

# Tesis de Maestría/*Thesis of Master's degree/Tese de Maestria*

## Salud mental y trabajo comunitario: ¿un binomio en transformación?/*Mental Health and Community work. A changing pairing?/Saúde mental e trabalho comunitário: um binômio em transformação?*<sup>1</sup>

María de Lourdes Pérez<sup>2</sup>

Tutor: Clara Netto<sup>3</sup>

Recibida: 15 de junio de 2017

Aceptada: 20 de setiembre de 2017

### Resumen

El presente trabajo se propone indagar sobre las concepciones de salud y específicamente de salud mental y trabajo comunitario del Equipo Comunitario de Salud Mental de la Unidad de Atención Integral 2, (UDAI 2) y de informantes calificados que integran las Direcciones del Ministerio de Salud Pública y de ASSE, en el entendido que las mismas actúan y diagraman sus prácticas de intervención. Los fundamentos teóricos en los que se basa el trabajo llevan a profundizar sobre el concepto de salud desde una mirada integral y más específicamente el concepto de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos y el concepto de trabajo comunitario desde la perspectiva de construcción de ciudadanía. Se realizará un breve recorrido histórico en donde se destacan cuatro momentos o hitos en nuestro país para la Salud Mental que determinan diferentes prácticas de intervención profesional. Los momentos históricos delimitados son: el surgimiento de la psiquiatría y el manicomio cuyo modelo de intervención es biologicista, organicista, es decir se actúa sobre la enfermedad instalada; la aparición del movimiento antipsiquiatría que cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y su conceptualización sobre la enfermedad mental; la aprobación del Plan Nacional de Salud Mental en el año 1986 con el cambio de modelo de atención cuyo énfasis está puesto en la atención en el primer nivel, trabajando en y con la comunidad. Por último la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud en el año 2007 en donde se incluye a la Salud Mental como una de las prioridades. Las concepciones sobre salud y específicamente sobre salud mental y trabajo comunitario son el objeto de la investigación. Se trata de un estudio de carácter exploratorio, analítico y descriptivo en el cual se intenta indagar a través de los relatos de los sujetos implicados y de este modo realizar la aproximación al objeto de estudio planteado. La metodología empleada contribuyó no solo a obtener información sobre la realidad a estudiar sino que constituyó un disparador para problematizar las concepciones de salud mental, de trabajo comunitario y su repercusión en los usuarios/as y en los Equipos Comunitarios de Salud Mental.

**Palabras clave:** Modelo Médico Hegemónico, Salud, Atención primaria en Salud, Reforma de la Salud mental, Trabajo comunitario, Dimensiones para la intervención profesional en el trabajo comunitario, Trabajo multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario.

### Abstract

This work aims at investigating the different attitudes to health, specifically to mental health and community work in the Mental Health Community Team of the “Unidad de Atención Integral 2” (UDAI2 – Comprehensive Health Unit 2) and in the selected informants from ASSE (State Health Services Assistance) and from the Management of the Ministry of Public Health, as they both outline

---

<sup>1</sup> Tesis defendida el 5 de abril de 2016 en el Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República para obtener el título de Magister en Primer Nivel de Atención en Salud.

<sup>2</sup> Asistente Social Universitaria. Trabajadora Social en Asesoría para la Igualdad de Género en la Intendencia Municipal de Montevideo. Coordinadora Técnica del Área de Violencia basada en Género en Sanidad Policial. [madelou28@gmail.com](mailto:madelou28@gmail.com)

<sup>3</sup> Licenciada en Filosofía. Analista Institucional, Prof. Adj. Facultad de Psicología Universidad de la República., Consultora en temáticas vinculadas a la psicología social comunitaria e institucional, procesos participativos y autogestivos.

and put into practice their procedures. Based on theoretical grounds, this work makes us consider a more comprehensive concept of Health and Mental Health from the perspective of Human Rights and of Community Work from the perspective of “civic construction”. Through a historical overview of Mental Health in Uruguay four periods are highlighted, which determined different practices on professional procedures. These historical moments are: the emergence of psychiatry and the asylum, whose procedure has a biologic and organic approach that acts on the disease; the development of the movement against psychiatry that questions the traditional psychiatric procedures and its concepts of mental diseases; the approval of the National Mental Health Plan in 1986 which included a change in the care model so that the emphasis is put on the first levels working with and in the community; and the approval of the National Integrated Health System in 2007 that considers Mental Health as a priority.

The concepts of Health, specifically of Mental Health and Community Work, are the aim of this research. This is an exploratory, analytical and descriptive research which intends to investigate the discourses of the individuals involved. The methodology used contributed to collect the information and to problematise Mental Health and Community Work concepts and their effects on the users and on the Mental Health Community Team.

**Key words:** Hegemonic Medical Model, Health, Primary Health Care, Mental Health Reform, Community work, dimensions for the professional procedures in community work, multi, inter and transdisciplinary work.

### Resumo

O presente trabalho propõe indagar sobre as concepções de saúde e, especificamente, saúde mental e trabalho comunitário da Equipe Comunitária de Saúde Mental da Unidade de Atenção Integral 2 (UDAI 2) e de informantes qualificados que integram as Secretarias do Ministério de Saúde Pública e de ASSE, uma vez que as mesmas agem e planejam as práticas de intervenção. Os fundamentos teóricos que embasam o trabalho levam a aprofundar o conceito de saúde desde uma visão integral e, mais especificamente, o conceito de saúde mental desde uma perspectiva de direitos humanos, e o conceito de trabalho comunitário desde a perspectiva de construção de cidadania. Será realizado um breve percurso histórico, onde destacam quatro momentos ou eventos para a Saúde Mental no nosso país, que determinaram diferentes práticas de intervenção profissional. Os momentos históricos definidos são: o surgimento da psiquiatria e do hospício, com um modelo de intervenção que é biologicista, organicista, isto é, que age sobre a doença; o aparecimento do movimento antipsiquiatria, que questiona as práticas psiquiátricas tradicionais e sua conceituação sobre a doença mental; a aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental, em 1986, com a mudança de modelo de atenção, com ênfase na atenção primária, trabalhando na e com a comunidade. Por último, a implantação do Sistema Nacional Integrado de Saúde, em 2007, onde a Saúde Mental foi incluída como uma das prioridades. As concepções sobre saúde e, especificamente, sobre saúde mental e trabalho comunitário são objeto da pesquisa. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, analítico e descritivo, no qual tenta-se indagar através do relato dos sujeitos implicados e, deste modo, realizar a aproximação ao objeto de estudo. A metodologia empregada contribuiu não só para obter informação sobre a realidade a ser estudada, mas também constituiu um gatilho para problematizar as concepções de saúde mental, de trabalho comunitário e de sua repercussão nos usuários/as e nas Equipes Comunitárias de Saúde Mental.

**Palavras chave:** Modelo médico hegemônico, Saúde, Atenção primária à saúde, Reforma da saúde mental, Trabalho comunitário, Dimensões para intervenção profissional em trabalho comunitário, Trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

## Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a la Facultad de Enfermería, Centro de Posgrado por habernos permitido a otras profesiones realizar la Maestría y por habernos recibido y brindado tan generosa hospitalidad. A los profesores/as por su dedicación, compromiso y por brindarnos sus conocimientos. A mis compañeros de generación por el tiempo compartido. A Daniel Barbosa por su apoyo permanente para que pudiera concretar la entrega de la tesis. A la coordinadora de la Policlínica de UDAI 2 por permitirme realizar la investigación en dicho centro. A todos los entrevistados/as por todos los valiosos aportes. A Clara mi querida tutora, por el tiempo brindado y por sus aportes certeros que enriquecieron este trabajo. A mi esposo y mi hija por entenderme y alentarme en todos los emprendimientos que realizo.

## Índice

1. Resumen
2. Planteamiento del problema
3. Justificación y uso de resultados
4. Fundamento teórico
  - 4.1. El modelo médico hegemónico
  - 4.2. Proceso latinoamericano de Re conceptualización
  - 4.3. La salud: un problema filosófico
  - 4.4. Concepto de salud
  - 4.5. APS y Modelo Médico Hegemónico
  - 4.6. Reformas en Salud Mental
  - 4.7. Trabajo Comunitario
  - 4.8. Dimensiones de la intervención
  - 4.9. Trabajo interdisciplinario
5. Objetivos de la investigación
6. Metodología
  - Presentación de la Policlínica
7. Análisis de datos
8. Discusión y Conclusiones
9. Recomendaciones
10. Referencias bibliográficas
11. Anexos

## Abreviaturas

- UDAI 2 Unidad de Atención Integral 2  
MSP Ministerio de Salud Pública  
ASSE Administración de Servicios de Salud del Estado  
APS Atención Primaria en Salud  
SNIS Sistema Nacional Integrado de salud  
MMH Modelo Médico Hegemónico  
ONU Organización Naciones Unidas  
OMS Organización Mundial de la Salud  
OPS Organización Panamericana de la Salud  
RAP Red Atención Primaria  
ECSM Equipo Comunitario de Salud Mental

## Planteamiento del problema

Esta investigación se propone identificar, describir y analizar las concepciones que tienen los integrantes del Equipo Comunitario de Salud Mental de la Unidad de Atención Integral 2 (de ahora en adelante UDAI 2) sobre salud y más específicamente sobre salud mental y trabajo comunitario. Castoriadis (1997) permite pensar cómo la institución imaginaria de la sociedad provoca que los colectivos sean portadores de diversas concepciones y prácticas de lo social. Este imaginario se nutre y es a su vez conformado tanto por integrantes de la comunidad como por equipos de salud, decisores de políticas públicas y organismos internacionales. En este imaginario de significaciones se dan tensiones entre la teoría y la práctica, lo instituyente y lo instituido, entre el ser y el deber ser. Específicamente en el campo sanitario los análisis de Saforcada (2010:75) dan cuenta de dos modelos para analizar las concepciones y prácticas que orientan el desempeño específico y cotidiano de profesionales y técnicos de la salud. Estos modelos se contraponen: el “modelo individual restrictivo” y el “modelo social expansivo”. La estructura del saber en el primer modelo es mono o bidisciplinaria, el objeto del saber es la enfermedad, el eje teórico técnico es la clínica restrictiva, la orientación del efector es la rehabilitación y el objeto de acción es el individuo descontextualizado. En tanto en el modelo social expansivo la estructura del saber es multidisciplinaria, el objeto del saber es el proceso de salud, el eje teórico técnico es la clínica expansiva, la orientación del efector es la protectiva y promocional en tanto el objeto de acción es el ecosistema. Estos modelos no se dan químicamente puros, sino que hay predominancia o coexistencia de los mismos. Si tomamos como válida la contraposición y analizando las prácticas en salud mental parecería que el modelo hegemónico persiste, dejando al modelo social expansivo como un instituyente que pugna por legitimarse. Nos remontaremos a la época del Renacimiento, en donde las ciudades expulsaban a los bizarros y diferentes, a “los hombres infames” hacia el mar en lo que Foucault denominaría la “nave de los locos” o “Stultifera Navis” o eran azotados y golpeados públicamente mientras corrían al exilio, efectuando operaciones de clasificación, separación, expulsión y castigo a los seres considerados fuera de la norma. En la época de la Modernidad, siglo XIX, se origina un modelo de vigilancia y castigo; aparecen los saberes técnicos “asistiendo en el diagnóstico y el tratamiento de las desviaciones, diseñando aparatos conceptuales que permiten disciplinar y encauzar cuerpos descarriados” (Techera, Apud, Borges, 2010;36). El psiquiatra actúa sobre lo material, en el orden biológico y orgánico, es decir en la enfermedad. En este contexto surge la psiquiatría y el manicomio cuya figura central la constituye el denominado “panóptico” de Foucault, siguiendo a Bentham. (Techera, Apud, Borges, 2010;36). El panóptico es un modelo en donde los reclusos están en la periferia no pudiendo visualizar el centro; la torre donde se controla y se vigila. A mediados del siglo XX (1967) se inicia en Europa el Movimiento de la Antipsiquiatría, encabezado por Roland Laing y Franco Basaglia. Este movimiento crítico cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental sobre la cual se apoyan las mismas. Los análisis realizados por Michel Foucault lo muestran como un fuerte oponente contra la psicología y la psiquiatría hegemónicas, explicitando como “la razón ha sometido a la sin razón”. Foucault utiliza la perspectiva histórica para justificar el orden actual de las cosas, pudiendo encontrar en las distintas taxonomías de la locura confeccionadas por la medicina una forma de conciencia al que este autor llama analítica, es decir, que toma a la locura como objeto de saber. Sin embargo este saber está escindido de las técnicas consideradas terapéuticas. Siguiendo al autor, este contacto de la medicina con la locura no puede comprenderse como progreso científico o humanitario sino que engloba el “Gran Miedo”, es decir, que los acontecimientos exigían una redefinición del loco para poder justificar su internación, en donde el discurso médico psiquiátrico recluye a los locos, no como forma de impedir desordenes y mantener la paz social sino por el propio bien de las personas, como medida terapéutica indispensable. Los planteos del movimiento antipsiquiátrico impactan en nuestro país y se plantea un cambio en el modelo de atención en la salud mental a partir del Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del año 1986. En este sentido, a partir de la reapertura democrática del año 85 nuevos modelos y propuestas aparecieron en el ámbito de la salud; por un lado, se pudo retomar la Declaración de Alma Ata que Uruguay firmara en 1978, en el gobierno de facto cívico militar. Y por

otro el trabajo en torno a la construcción del Programa de Salud Mental de 1986, marcaron caminos a seguir en esta área. El énfasis colocado en la enfermedad fue equilibrado en un acento hacia la salud. Conceptos como prevención y promoción tomaron fuerza; las estrategias de APS cobraron interés tanto en el discurso como en la práctica. La práctica de atender a las personas en su lugar de residencia se fue priorizando como parte del cambio en el modelo de concepción del lugar de donde el proceso de salud enfermedad adviene, así como también el comienzo del desarrollo de acciones comunitarias. (Cherro, 2004:7-8). En esta línea en el año 2007 se comienza a implementar el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que incluye a la Salud Mental como una de sus prioridades en sus metas.

En el campo específico de la Salud Mental los familiares referentes comienzan a tener un rol protagónico favoreciendo la deshospitalización y despsiquiatrización (Nin, Regina y Porciúncula, 2004:11-13). Este cambio epistemológico en el abordaje de la Salud Mental acarrea la necesidad de constituir equipos multidisciplinarios e iniciar coordinaciones interinstitucionales para abordar eficazmente las situaciones atendidas en el primer nivel de salud. Este proceso se formaliza en el año 1986 marcándose algunos mojones: el fortalecimiento en recursos especializados en salud mental incorporando psiquiatras y psicólogos (1990), la inauguración del Centro Diurno Hospital Vilardebó (1991), se constituye la Red Comunitaria coordinada entre los diferentes niveles de atención (1992), el aumento de prestaciones psiquiátricas y de camas en hospitales generales del interior (1993), se inaugura el segundo Centro Diurno Benito Menni (1995), el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto (1996). (Nin, Regina y Porciúncula, 2004:11-13). En los primeros años de este siglo la oferta se fundamenta en la priorización del primer nivel de atención en la especialidad salud mental, en donde la atención es típicamente asistencialista basada en la elaboración de diagnósticos y tratamientos del usuario ya enfermo, donde la alternativa es la atención médica psiquiátrica. Se cuenta con 11 policlínicas en el área metropolitana, 9 de ellas en centros de salud, 1 en el hospital Maciel y otra en el Hospital Vilardebó. (Nin, Regina y Porciúncula, 2004:13). Con respecto al trabajo comunitario, en el año 2002 se realizan las primeras jornadas nacionales de los equipos comunitarios de salud mental de Montevideo y área metropolitana. Se profundiza en cuestiones conceptuales respecto al trabajo comunitario y sobre la función que deben cumplir los diferentes integrantes de los equipos. Se comparten las experiencias en trabajo comunitario poniendo énfasis en las metodologías de abordaje y en las temáticas comunes. Surge la necesidad de tener reuniones periódicas que se concretizan en la creación de dos regionales Este y Oeste que en la actualidad continúan funcionando. (Nin, Regina y Porciúncula, 2004:18-19). Como consecuencia de una de las más profundas crisis socioeconómicas sufridas en nuestro país en el año 2002, cambia el perfil de la consulta psiquiátrica emergiendo las demandas de carácter socioeconómicas sobre las psiquiátricas, entendidas desde un modelo individual restrictivo. Esta situación transforma a los equipos de salud mental en la puerta de entrada a los Centros de Salud, generando un “taponamiento” y agobio en el personal dejando al descubierto un caudal de demandas insatisfechas. (Nin, Regina y Porciúncula, 2004:18-19). En suma, de acuerdo a los autores citados se exponen cuatro instancias históricas de relevancia que describen el recorrido de la especialidad Salud Mental en nuestro país. Con respecto al trabajo comunitario se visualiza que el nuevo modelo del año 96 da origen al trabajo comunitario en esta especialidad con acento en la promoción de salud. A partir del planteamiento del problema surgen las siguientes interrogantes:

¿Qué concepción de salud y específicamente de salud mental tienen integrantes de los Equipos Comunitarios de Salud Mental? ¿Desde qué concepción los integrantes de los Equipos Comunitarios de Salud Mental abordan el trabajo comunitario? En este cambio de modelo de atención, ¿cómo se piensa y qué lugar se le da al usuario dentro de los equipos de salud mental?

## **Justificación y uso de los resultados**

La finalidad que persigue esta investigación es la de comprender y analizar las prácticas y conceptualizaciones que sostienen los integrantes del Equipo Comunitario de Salud Mental de la UDAI 2 acerca de la salud y específicamente la salud mental y el trabajo comunitario en el primer nivel de atención. Como resultado esperado se intenta contribuir a nuevas reflexiones y posibles proyectos de intervención comunitarios. Entender desde dónde se actúa y cuáles son los paradigmas que dirigen la acción comunitaria permitirá confrontarlos con los objetivos buscados en las dos últimas reformas de salud realizadas en nuestro país y visualizar si las mismas han permeado en los usuarios y en el propio equipo de salud mental. En segunda instancia promover procesos que contribuyan a reflexionar acerca de la temática permitirá también hacer visible cómo las intervenciones repercuten en los usuarios y en el propio equipo de salud mental. Asimismo pretende contribuir a encontrar maneras más eficientes, eficaces y solidarias de intervención profesional a partir de las necesidades y demandas de nuestra población en salud mental. En última instancia, la profesión de Trabajo Social está instrumentada para intervenir en el primer nivel de atención con especialización en trabajos comunitarios y sociales. A pesar de estar también insertas en Salud Mental dicha disciplina no es formación específica de la profesión. Esta doble inserción de primer nivel de salud y “en la especialización salud mental” (Nin-Regina y Porciúncula, 2004:13) denota diferentes líneas de tensión donde el principal nudo se encuentra en la exigencia de intervenciones asistenciales y la necesidad de comenzar a equilibrar el flujo de las mismas con las intervenciones comunitarias, en el entendido que las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedad impactarían en la calidad de la asistencia directa y en la comprensión social de la enfermedad mental. Siguiendo a Claramunt consideramos que el trabajo comunitario desde la dimensión socioeducativa puede orientar a un proceso emancipatorio mediante la participación colectiva de la población con derecho a usufructuar los bienes materiales e inmateriales que se producen, fortaleciendo la capacidad de formación de los actores colectivos y la negociación con el poder público, apuntando a construir una agenda pública que mejore la calidad de vida de la población. (Claramunt, 2009: en Galvez, 2012: 62). De la revisión bibliográfica realizada se han encontrado algunas sistematizaciones de experiencias que abordan la temática. De ellas surgen puntos en común: el “ir hacia la comunidad” ha sido analizado como un proceso de “medicalización indefinida” de la salud, que implica interpretar los problemas sociales bajo la concepción de salud – enfermedad (Acosta: 1994,50-51). Esta visión de salud-enfermedad respecto a los problemas sociales puede ser ampliada y enriquecida desde una mirada integral que explique el proceso salud- enfermedad desde la intersección de múltiples variables donde se ponen en juego las matrices ideológicas tanto de los integrantes de los equipos de salud como ideológicas, mitos y creencias que atraviesan a la población. Encontrar alguna de las variables comunes que atraviesan estos fenómenos tan complejos puede promover abordajes más asertivos de los que ya se vienen desarrollando, en definitiva para tender a mejorar la salud mental de la población.

## **Fundamento teórico**

### **El modelo médico hegemónico**

En nuestro país el resultado de la secularización de nuestra sociedad y el predominio del pensamiento positivista basado en las ciencias naturales son una expresión del modo de producción capitalista desarrollada en los siglos XIX y XX. La institución médica se convierte en una estructura de poder estatal que practica el higienismo como forma de difundir una racionalidad técnica que predomina en el abordaje de la cuestión social. Acosta sostiene que en una sociedad altamente secularizada como la Uruguaya el sacerdote fue sustituido por el médico en el gobierno de las conciencias individuales (Acosta, 1997: 109-110). El Uruguay de fines de siglo XIX sufre un corte en las prácticas sociales, se pasa de prácticas vinculadas al cuidado de las personas en la cobertura de sus necesidades básicas y espirituales hacia aquellas vinculadas a curar a las personas desde la aplicación de la ciencia en el cuidado del cuerpo como forma de garantizar una clase obrera funcional a las necesidades industriales de principios del siglo pasado. (Acosta, 1997: 110-112). El autor entiende que las intervenciones

sociales comienzan a profesionalizarse con una concepción funcional al sistema económico capitalista y monopolista vigente. Las mismas dan respuesta a la cuestión social mediada por las exigencias de mercado y las necesidades básicas de la población. Se inicia un proceso que imprime un carácter moderno y científico a la gestión de la salud, la asistencia pública se medicaliza siendo el Estado Batllista la mediación en este cambio de prácticas sociales. (Acosta, 1997:114). En el periodo 1908 - 1930 se fundan diez hospitales en Montevideo, se crea el Consejo de Asistencia Pública y se designa por primera vez un médico como Director de Hospital. Barrán plantea que "(...) la estructura sanitaria a cargo de especialistas médicos... fue parte del proceso de construcción del Estado moderno en el Uruguay, junto con el monopolio legítimo de la coacción física y la universalización de la enseñanza primaria. Los inspectores departamentales de higiene y los hospitales eran agentes transmisores de pautas culturales y normas morales modernas (...) a los sectores populares (...) todo este aparato sanitario era también parte del esfuerzo civilizatorio que (...) difundía un estilo de vida más moderna... amoldada al orden social burgues (...)" (Barrán en Galvez; 2012: 9). Barrán entiende que entre 1900 y 1930 la sociedad uruguaya se medicalizó. Esta medicalización sucedió en tres niveles: el nivel de atención donde se visualiza el rol creciente del médico en el tratamiento de la enfermedad, el nivel de la conversión de la salud como un valor supremo para la sociedad y el nivel de asunción de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes derivados de la propagación del saber médico. (Barrán, 1993:57). Es entonces como dice Barrán que la sociedad medicalizada fue fruto de este triple proceso en donde el saber médico se popularizó, en donde el médico monopolizó el tratamiento de la enfermedad y donde se buscó la preservación de la salud que ya esta era la aspiración suprema de la sociedad (Barrán, 1996:153). El Estado batllista fue el gran ejecutor y aliado de este tipo de medicalización. En el año 1930 el médico ya era una figura clave en la familia uruguaya, se lo esperaba como al antiguo sacerdote católico. El poder médico fue el primero de los poderes tecnocráticos. Según Menéndez la Medicalización es un proceso que supuso la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud – enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social. (Menéndez, 1984: 65). Menéndez define el Modelo Médico Hegemónico como: "el conjunto de prácticas, saberes y teorías generalizadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado" ( Menéndez,1988: 1). Según este autor el Modelo Médico Hegemónico tiene rasgos estructurales que son: biologismo, Individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, legitimación jurídica, tendencia inductiva al consumo médico. Para Menéndez el rasgo dominante en el modelo médico hegemónico es el biologismo, en el entendido que este rasgo subordina a los otros niveles explicativos posibles. En este sentido plantea que el aprendizaje médico profesional se hace a partir de contenidos biológicos donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural biológico y no un hecho social histórico. En suma, las diferentes profesiones asociadas a la salud nacieron insertándose en mecanismos de socialización establecidos a principios del siglo XX, con una impronta de disciplinamiento del cuerpo a través de la profesión médica en el proceso de modernización del estado. En este marco el nacimiento de las diferentes profesiones se encuentran teñidas de acciones basadas en el control de aspectos de la vida de las personas en especial en lo referente a la salud.

### **Proceso latinoamericano denominado Re conceptualización**

El término posmodernidad designa movimientos artísticos, culturales, filosóficos y científicos que se inician a mediados del siglo XX y se mantienen hasta la actualidad. Para la Sociología la pos modernización refiere a un proceso cultural observado en países latinoamericanos a partir de los años 70. La posmodernidad continúa como proyecto la emancipación de la humanidad defendiendo la cultura popular, el descentramiento de la autoridad intelectual y científica y la desconfianza en los grandes relatos sociológicos. El posmodernismo argumenta que el lenguaje moldea nuestros

pensamientos y que no puede haber ningún lenguaje sin pensamiento, así el lenguaje crea literalmente la verdad la cual es cuestión de perspectiva o contexto más que algo universal. No tenemos acceso a la realidad, a la forma en que son las cosas sino a aspectos recortados de la misma. Es la época del desencanto, se renuncia a las utopías y se apuesta a la carrera por el progreso individual. Se predicán los límites a las ciencias verdaderas en cuanto a la generación de conocimiento verdadero y validez universal. El sistema económico pasa de una economía de producción a una economía de consumo. La renovación de la naturaleza y la defensa del medio ambiente se mezclan con la conducción al consumo. Se cuestionan las grandes religiones. Para Erich Fromm vivimos en una sociedad donde el consenso alrededor de una idea o una conducta no tiene mayor valor en cuanto se intenta asegurar que se trata de una conducta saludable. Se ve necesario partir de las condiciones sociales ideales para el hombre y compararlas realmente con las que le toca vivir, como forma de conocer las patologías de nuestras sociedades y el daño que las mismas provocan en la salud mental de las personas. Las raíces de los problemas sociales, el ambiente opresivo que afecta el sistema nervioso, el estudio de los centros políticos y económicos serían los asuntos que es necesario conocer primero. (Dupont, 1966: 12 -13)

### **La salud: un problema filosófico**

Dentro del encuadre de la re conceptualización que implica analizar las raíces de los problemas sociales que se concretan en los procesos de salud enfermedad comenzaremos definiendo el concepto de Salud, ingresando en la Teoría Social de la Salud (Blanco, Portillo y San Martín: 1991). Desde esta teoría los logros de la civilización y el progreso social influyen en los procesos de formación y de nuevos objetivos que se plantea la sociedad, cambia las condiciones materiales de vida y las relaciones sociales del hombre, cambia al propio hombre. La actividad laboral del hombre moderno tiene condiciones que facilitan la posibilidad de adaptarse intelectual y físicamente. Las contradicciones que surjan de este proceso inciden en el proceso salud-enfermedad. Se trata de lo normal y patológico, en la vida humana, de la estructura psicológica del individuo de los mecanismos de su formación; de la unidad dialéctica de lo social y lo biológico y de la interacción de lo orgánico y lo psíquico. Lo central está en un modo de vida sano, en las condiciones del medio en que se produce. (Blanco, Portillo y San Martín, 1991: 16). El hombre es el elemento principal de las fuerzas productivas y la fuerza del progreso científico, por esto el hombre debe ser el objetivo final de un proyecto social con énfasis en la salud y no en la enfermedad. Este proyecto debe aspirar a un sistema productivo no basado en la explotación y en la enfermedad sino en la justicia distributiva y en la formación de un modo de vida sana. (Blanco, Portillo y San Martín, 1991: 16).

“La salud es un concepto integral y no puede ser marginado de la concepción filosófica del hombre según la cual este es el resultado de la evolución biológica social. Como producto de esta evolución debe estar adaptado en forma óptima a las condiciones naturales y a la cultura creada por él. La categoría de salud es indudablemente de carácter histórico” (Blanco, Portillo y San Martín, 1991:17). Para redondear esta categoría utilizaremos la concepción de H. San Martín quien entiende que los hombres no son iguales frente a lo normal o lo patológico, la distribución desigual de los riesgos es lo que los hace diferentes, la sociedad crea y distribuye según sus propios intereses. Hasta aquí hemos plasmado el proceso salud enfermedad producto de la adaptación del hombre a sus condiciones de vida y a las contradicciones que puedan resultar de esta adaptación donde la determinación principal constituye la forma de reproducción social y su subsistencia económica. En este sentido, hay autores que entienden que los fenómenos patológicos tienen límites muy confusos con los fenómenos normales y que a su vez los primeros provienen de la modificación de los segundos. Es imposible iluminar los fenómenos normales a partir de los fenómenos patológicos; entendiendo estos como algo que revela una estructura individual modificada. Este autor define a la salud como un sentimiento de aseguramiento que el hombre tiene respecto a la vida y que no se asigna por sí mismo ningún límite. La salud es una manera de abordar la existencia sintiéndose no solo poseedor o portador de la misma sino también creador de valor de normas vitales. (Canguilhem, 1986: 138-155). En suma, el concepto de salud en el que nos basamos es integral, en donde se da la dialéctica salud-enfermedad como proceso que se ve determinado por factores biológicos, económicos, sociales y culturales económica



y social (distribución de la riqueza, accesibilidad de derechos y oportunidades, posibilidades de adaptarse a las contradicciones del sistema, mandatos sociales). Asimismo el límite entre lo patológico y lo normal es difuso dado que dependiendo del momento histórico que transite la sociedad y lo que considere normal determinara lo que considere patológico. El individuo puede tener la opción de establecer sus propios límites, aunque a muchos u otros sujetos las condiciones socio culturales y económicas se le vuelven imposible de trascender.

### **Concepto de Salud en los años 80 y estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)**

En el año 1978, los gobiernos de 134 naciones reafirman en la Conferencia Internacional de Alma Ata la definición de la OMS del año 1948: “ la salud es el completo estado de bienestar físico-mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad” y se comprometen a llevar “la salud a toda la población para el año 2000 a través de una estrategia de Atención Primaria en Salud”. Floreal Ferrara realiza algunas críticas a esta definición ya que la misma daría a entender un concepto de salud – enfermedad estática, donde además considera que nunca se puede lograr el equilibrio total ya que el individuo está en una permanente búsqueda del equilibrio puesto que en cada momento de su vida aparecen conflictos a resolver. Ferrara propone que el concepto de salud – enfermedad hay que tomarlo como un proceso que contiene caracteres socio- históricos que también condicionan al sujeto enfermo y por tanto el concepto se deberá elaborar según el modo de producción de la sociedad, porque de acuerdo a la clase social a la que se pertenezca se diferenciará el modo de vivir la enfermedad. De la declaración de Alma Ata importa resaltar algunos aspectos que modifican sustancialmente la forma de encarar la salud. La estrategia de APS se orienta a la prevención y el mantenimiento de la salud más que hacia la curación. Las acciones de prevención y promoción hacen que las personas pasen de ser receptoras a ser generadoras de salud. Por otra parte esta estrategia exige políticas de coordinación intersectoriales para llevar la atención y la educación a los lugares donde la gente vive. Para ello se necesita definiciones políticas para reorientar los recursos asignados. Por último y quizás el aspecto central de la APS tiene que ver con la participación de la comunidad. En este sentido en el Documento de Alma Ata se realizan dos acepciones a la participación comunitaria: por un lado como acción o capacidad individual asociada al autocuidado, al conocimiento y actitudes que implican que las personas puedan tomar la salud en sus manos, puedan conocer, exigir y controlar el derecho a la salud, a los servicios y a la calidad de los mismos. La otra acepción asocia a la participación a una acción colectiva con el fin de satisfacer necesidades que individualmente no pueden ser satisfechas. La participación en este sentido adquiere diversas formas, desde la elaboración de un diagnóstico, planificación, ejecución evaluación y control de actividades hasta la colaboración en algún servicio.

### **Atención Primaria en Salud y Modelo Médico Hegemónico.**

Según Menéndez la Atención Primaria aparece como el instrumento viable para resolver o agudizar la crisis del Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH). Esto es que dicha estrategia ha constituido la principal respuesta del sector salud organizada para enfrentar la crisis de la eficacia, como del gasto público (Menéndez, 1988:9). Para este autor la estrategia de Atención Primaria tiene una triple relación: el sector salud, los profesionales médicos y los conjuntos sociales estratificados. En los años 70 el MMH se identifica con una medicina de alta complejidad, basada en la curación y donde el segundo y tercer nivel son cada vez más costosos y sofisticados. Es así que surge la Atención Primaria para actuar en situación de pobreza, crisis prolongadas y de la forma más eficaz y barata. El médico o la enfermera diplomados constituyen en términos teóricos figuras secundarias para el programa de Atención Primaria. El éxito de estos programas están basadas en el trabajo comunitario y en la supervisión médica constantes, así como el desarrollo de tecnología sanitaria simple que puede ser usada con autonomía por la Comunidad. Por razones de mercado la industria químico farmacéutica ha diseñado productos cada vez más sencillos para favorecer la auto administración. Se ha generado según este autor una doble ruta. Una que corresponde a los “características estructurales del MMH y que se expresa en una práctica médica predominantemente curativa, costosa, de eficacia reducida para el nuevo perfil epidemiológico, basada en la práctica médica... aquí el médico actúa a partir de su saber técnico y ensaya por lo menos parte de su entrenamiento profesional”(Menéndez,

1988; 10). Es decir, tiende a reconocer como profesión médico, con eficacia relativa y autoridad técnica. La otra trayectoria “desarrolla un enfoque preventista respecto de las patologías que más afectan la mortalidad en los países dependientes”. Sus principales acciones son de Atención Primaria, incluido el saneamiento del medio ambiente y se considera que el eje de dichas actividades debiera ser la Comunidad. Esta es una medicina barata, simple y eficaz respecto de esas patologías y en la cual el médico no se reconoce como ejerciendo la complejidad de su saber técnico. La posibilidad de solución aparece depositada más en las prácticas sociales que en un saber diferenciado. En sociedades donde el personal médico es escaso esta trayectoria no genera conflictos, pero en sociedades con alta cantidad de profesionales, la Atención primaria aparece como una alternativa ambivalente. La Atención Primaria aparece como una forma de abaratar costos para el Estado y reducir inversiones. La Atención Primaria debe estar basada en el grupo familiar y la comunidad y deber constituir el primer nivel de atención.

### **Reformas en Salud Mental.**

La Organización Mundial de la Salud (1977) define la Salud Mental como: “salud mental no es simplemente ausencia de enfermedad mental reconocible, sino un estado de bienestar en el que el individuo manifiesta sus propias habilidades, trabaja productivamente y es capaz de contribuir al bienestar de la comunidad”. Galende (1998) enfatiza que la salud mental rompe la frontera de una ideología de la enfermedad mental en el individuo, hacia una intervención más preventiva sobre las condiciones sociales del bienestar psíquico. Lo que se propone es la construcción de un lazo social terapéutico de diferente tipo, donde la cuestión del saber circule, es decir, que se escuche el saber de los pacientes, de la familia, de la comunidad, de los otros profesionales (Custo, 2008:21). Este autor enfatiza que toda sociedad produce una subjetividad situada en su tiempo histórico, y que este momento histórico, económico, político y cultural hace que las sociedades presenten distintas formas para enfrentar y resolver sus propias dificultades, es decir que la forma de resolver los problemas de salud y salud mental de la población está en estrecha relación con los estilos, valores y organizaciones que una sociedad posee para afrontar las situaciones de la vida cotidiana (Custo, 2008:23). Es decir que la salud mental se evidencia tanto en la satisfacción de lo material como también de lo simbólico y en la construcción de los vínculos sanos, creativos, solidarios, en la toma de decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos, en la posibilidad de la construcción de los proyectos de vida. Galende (1997) considera que todas las reformas dirigidas hacia la salud mental acompañaron a los movimientos por los derechos humanos de las personas. La Federación Mundial para la Salud Mental en 1989 declara el reconocimiento de los derechos humanos del enfermo Mental; su reafirmación es dada por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU y luego reafirmada en la Declaración de Caracas del año 1990 de la OMS y OPS. El documento que se elabora en la Declaración de Caracas se plantea la necesidad de reorganizar la atención psiquiátrica, proclamando la superación del modelo de asistencia psiquiátrica basado en el dispositivo asilar poniendo el énfasis en la transformación del Hospital Psiquiátrico; se apunta a la promoción de la salud mental y la prevención y reconoce la responsabilidad del Estado y la participación de la comunidad en esta construcción de la Salud. Promueve el mayor grado posible de autodeterminación y responsabilidad personal y en caso de procedimientos en contra de su voluntad, el derecho a una representación y apelación. (Custo, 2008:24). Aparece entonces un sujeto de derecho con capacidad para demandar y la obligación del Estado de garantizar esos derechos. Con el advenimiento de la democracia en el Uruguay en el año 1986 se emprende un nuevo plan aprobándose por el Ministerio de Salud Pública el Plan Nacional de Salud Mental. Este plan apunta a tres direcciones: La primera apuntó al primer nivel de atención, en y con la comunidad como estrategia principal. La segunda consistió en la creación y el desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes y la voluntad de superar el modelo asilar. La elaboración de un Sistema Nacional Integrado de salud es un proyecto político social que propone un cambio del modelo asistencial que pone énfasis en el primer nivel de atención, del financiamiento en el seguro nacional de salud y de la gestión en la descentralización y participación activa y organizada de la sociedad.

## Trabajo comunitario

El trabajo comunitario es la intervención en el ámbito comunitario encaminada a desarrollar las capacidades personales, grupales y vecinales, fomentando la autoayuda y la solidaridad, potenciando los propios recursos de la comunidad, a través de la participación activa de sus habitantes desde la perspectiva individual, como de sus organizaciones formales e informales a través de sus grupos (Rosell, 1994:25). Según Manuel Moix, (1998:28) el Trabajo Social comunitario implica la aproximación intergrupala a la solución de problemas sociales, el incremento del conocimiento y comprensión de necesidades de la comunidad y el tipo de ayuda que precisa para que puedan satisfacerse; por tanto, da gran importancia al conocimiento de los recursos de la comunidad y a la ayuda que esta precise para resolver sus problemas. En suma, el trabajo comunitario es una forma de abordar la cuestión social a través de la intervención profesional en la que se trabaja en y con la comunidad para satisfacer las necesidades sociales, abordar los problemas sociales, así como promover los derechos humanos a través de la participación activa de la población Y. ¿Qué es la Comunidad? Hay muchas definiciones de comunidad, pero daremos algunas connotaciones que den cuenta de los significados más importantes de lo que es la comunidad. La comunidad es el ámbito donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas, donde se establecen los vínculos y la comunicación. Para algunos autores suele ser un ámbito donde hay intereses y fines en común, así como también el sentido de pertenencia o cohesión producto de una historia colectiva. Es un ámbito donde la heterogeneidad se despliega en toda su complejidad. Cuando hablamos de comunidad hablamos de interacción de personas, de formas de organización que los sujetos se dan para satisfacer distintas necesidades (comisiones, cooperativas, etc), de la participación en las mismas, la existencia de líderes, la representatividad (Rodríguez; 1998:88). Siguiendo a esta autora, para el abordaje de tal campo de complejidad es imprescindible la conjunción de diversas disciplinas (sociología, antropología, economía, Ciencias de la Comunicación, ciencias de la educación, epidemiología, Salud Pública, Ciencias sociales, etc.), así como también un abordaje metodológico en donde los profesionales deberán trascender lo manifiesto e internarse en los significados latentes del discurso y la conducta humana. Asimismo, es importante destacar que el trabajo comunitario no puede desprenderse de los acontecimientos sociopolíticos culturales que tiene un país, pero además ningún ejercicio profesional puede estar ajeno a una ideología que lo sustente y justifique (Aguerre, Rudolf; 1998:37). Como planteamos en la definición de trabajo comunitario es esencial la participación de la comunidad para el abordaje de los problemas sociales, la promoción de los derechos y la construcción de ciudadanía. En relación a la participación Custo plantea la idea de Sirvent (1999:15 y 129) que considera que hay dos formas de participación: la real y la simbólica. La participación real tiene lugar cuando los miembros de un grupo o una Institución influyen sobre todos los procesos de la vida Institucional y en la naturaleza de las decisiones. Esto denota un cambio en quién decide, qué se decide y a quién se beneficia. En cambio la participación simbólica se refiere a acciones que ejercen poca o nula influencia sobre las políticas o gestión institucional, pero generan en los grupos la ilusión de un poder inexistente. Custo (2008:71). En este proceso de participación la autora destaca como factor importante el reconocimiento y la autoestima que le atribuyen al hacer actividades que se vinculan con la comunidad. Entonces, es posible pensar a la participación como promotora de salud mental en los sujetos. Custo (2008:72). La participación como promotora de salud tiene que ver con la posibilidad que encuentra la persona de actuar en colectivo a través de un objetivo construido entre todos, intercambiando y generando mejoras en su entorno más próximo donde desarrolla su vida cotidiana.

Según Custo hay que aceptar que existen distintos niveles de participación, que se mueven como en un continuo, desde las acciones más sencillas que sostienen tramos de tejido social a través de la solidaridad y ayuda barrial, hasta en el otro extremo, los movimientos que incluyen posturas políticas que logran incidir en la gestión del gobierno. El hecho de poder ejercer la ciudadanía en sus dimensiones de pertenencia, participación y derechos, proporciona acumulación de capital social, cultural y simbólico, otorgando reconocimiento en el ámbito local e identidad. Todo esto promueve la salud mental del individuo (Custo, 2008:75).

### **Dimensiones de la intervención profesional en el trabajo comunitario**

Los cambios operados en el papel de Estado así como el surgimiento de formas alternativas de organización en el ámbito social y económico productivo, exigen que de manera cotidiana el ejercicio profesional se enfrente a desafíos y tensiones. Paralelamente se crean y fortalecen distintas formas y procesos de participación de la Sociedad Civil que dan cuenta de prácticas socio-económicas y política-culturales que exploran caminos alternativos a lo instituido. (García, 2001: en Galvez 56-57). El trabajo Social durante el transcurso de la historia ha transitado por diversas conceptualizaciones, pero todas han puesto énfasis en la implementación e intervención de procesos educativos, tendientes al desarrollo y consolidación de transformaciones positivas de las realidades sociales en las que se interviene (García, 2001: en Galvez 57). Como toda profesión se encuentra constituida por una dimensión práctico-interventiva y supone un bagaje teórico metodológico. Las dimensiones en las que se desarrolla el Trabajo Social son:

- Dimensión investigativa
- Dimensión asistencial
- Dimensión socio-educativa
- Dimensión ético-política

En la dimensión investigativa se realizan estudios acerca de la realidad en la que generalmente se interviene. Se investigan conocimientos que contribuyan a la comprensión de la realidad social y además de aquellos aspectos que trascienden las necesidades de intervención inmediata. La práctica profesional se encuentra unida a la actividad pensante y a la producción de conocimiento, donde se da un proceso sistemático y reflexivo que incorpora elementos teóricos y empíricos. (Claramunt, 2009: en Galvez 57). La dimensión asistencial “implica facilitar el acceso a servicios y recursos materiales para la reproducción biológica y social de habitantes que se encuentran en situaciones socioeconómicas precarias: subsidios monetarios, vivienda, salud, alimentación y servicios públicos. La accesibilidad de estos recursos se haya asociada a la concreción de los derechos de los usuarios en su calidad de ciudadanos. Esta dimensión promueve mejorar la calidad de los servicios y de los programas sociales, considerando al usuarios como personas sujeto de derechos”. Claramunt, 2009: en Galvez 57-58) La dimensión socio educativa “... existen múltiples experiencias que implican un desarrollo de procesos de aprendizaje y cambios en las condiciones materiales y simbólicas de los individuos, familia y movimientos sociales. Estimulando y promoviendo nuevas formas de relacionamiento, nuevas prácticas sociales que posibiliten el desarrollo de potencialidades y capacidades de carácter intelectual, afectivo, organizativo, material, etc.” (Claramunt, 2009: en Galvez 58). La dimensión ético política “atravesada los diferentes componentes del Trabajo Social y se pone en movimiento incidiendo en todas las dimensiones que conforman el accionar de los trabajadores sociales. Remite a los valores que orientan la intervención profesional y posiciona al trabajador social de determinada manera en las relaciones de poder presentes en el campo de acción” (Claramunt, 2009: en Galvez 58). García plantea que en la dimensión socio educativo se crean puentes que permitan la adaptación de los sujetos a las normas sociales establecidas como forma de acceder a la concreción de los derechos, aunque estos sean inherentes a las personas. En cambio Claramunt plantea que esta dimensión está dirigida a la emancipación y desarrollo de la autonomía de las poblaciones que se encuentran en situaciones críticas. En este sentido Claramunt plantea la tensión existente en esta dimensión entre dos lógicas opuestas. Por un lado enfoques educativos que apuntan al disciplinamiento y adaptación de los sujetos a las necesidades de reproducción del capital y por otro lado orientaciones que se identifican con los intereses de las clases subalternas alentando su fortalecimiento a través de su accionar.(Claramunt, 2009). A esta posición la autora agrega un concepto importante que refiere a los procesos grupales como ámbito privilegiado de aprendizaje y sostén en procesos de cambio que resultan difíciles de asumir por individuos aislados. De esta manera es importante estimular la conexión de personas y familias, potenciando la formación de grupos, quienes problematicen su situación, definiendo sus aspiraciones con respecto a su calidad de vida y movilizandolos recursos para satisfacerlas. El espacio socio educativo es un espacio de crecimiento de las personas en el desarrollo de la conciencia colectiva, en donde se posibilita la generación de

aprendizajes, se fortalece la capacidad de análisis de la realidad, se plantean cambios y participan en procesos de negociación, de toma de decisiones viables y acordes con sus intereses y necesidades. Estas movilizaciones que la población desarrolla implicarían luchar contra la resignación y la naturalización de los procesos sociales. (Claramunt, 2009). Por otro lado la autora plantea que las prácticas profesionales contienen el desafío de respetar el saber popular o saber cotidiano y a quienes lo construyen, partiendo de la importancia que estos saberes tienen para la producción y reproducción de la vida social. (Claramunt, 2009).

### **Trabajo multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario.**

Según E. Morín la transdisciplina ha conocido en el período contemporáneo gran utilidad en varios campos científicos. Nos enfrentamos permanentemente al proceso de separación y delimitación de los objetos de estudio como la física, la química, la biología y el conocimiento social.

¿Qué es la interdisciplina?

Es una forma de organización de los conocimientos, donde los métodos exitosos de una disciplina se transfieren a otra. Como resultado se puede obtener una ampliación y cambio en el método transferido o un cambio disciplinario total y entonces se genera una nueva disciplina.

¿Qué es la multidisciplina?

La multidisciplina no altera los campos y objetos de estudios disciplinarios, ni tampoco la metodología. Lo que hace es juntar varias disciplinas para que cada una proyecte una visión específica sobre un campo determinado. En definitiva se intercambian saberes en un ejercicio que comienza a trascender las fronteras de cada una de las disciplinas involucradas.

¿Qué es la transdisciplina?

Es una forma de organización de los conocimientos que trasciende las disciplinas. Hace énfasis en: lo que están entre las disciplinas, en lo que los atraviesa a todos y lo que está más allá de ello. Aspira a un conocimiento lo más completo posible, que sea capaz de dialogar con la diversidad de los saberes humanos. La transdisciplina es compleja y requiere del diálogo de saberes. Con la transdisciplina se apela a un conocimiento relacional, complejo, que nunca se acaba, aspirando al diálogo y la revisión permanente. No existiría un único punto de vista sino múltiples visiones de un mismo objeto. En suma, Morín manifiesta que la innovación presupone una cierta desorganización, relajamiento de tensiones estrechas vinculadas con la acción de un principio organizativo. Este autor se opone al aislamiento de los objetos del conocimiento, los restituye a su contexto, los reinserta en la globalidad a la que pertenece.

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Describir y analizar la intervención comunitaria que realizan los profesionales que integran los Equipos Comunitarios de Salud Mental.

### **Objetivos específicos**

- 1) Describir y analizar la concepción del trabajo comunitario en el discurso de las políticas y programas de salud mental para caracterizar su concepción y sus líneas de acción.
- 2) Identificar y caracterizar las concepciones de los diferentes actores que participan en la implementación de las Políticas de Salud Mental (Directores y Asesores de ASSE-MSP) y de los integrantes del Equipo de Salud Mental Comunitaria de UDAI 2 Sayago, para comprender el posicionamiento de los mismos.

### **Metodología**

La investigación se desarrolló en la Unidad de Asistencia Integral (UDAI 2) en el ex barrio de INVE 14 actual Barrio Francisco Acuña de Figueroa. Esta Unidad depende del Centro de Salud Sayago (RAP- ASSE). Se trata de un estudio de carácter exploratorio, analítico y descriptivo en el cual se intenta explorar o indagar a través de los relatos de los sujetos implicados y de este modo realizar la aproximación al objeto de estudio planteado. El objeto de estudio a investigar se focaliza en las concepciones que tienen los integrantes del Equipo Comunitario de Salud Mental de la UDAI 2 sobre la salud y específicamente sobre la salud mental y el trabajo comunitario y de personas calificadas integrantes de las Direcciones de ASSE y del Ministerio de Salud Pública. La metodología

desarrollada es de tipo cualitativa, la técnica utilizada es la entrevista semi estructurada, buscando indagar en los relatos de los entrevistados.

**Fuentes primarias.** Se realizarán entrevistas semi estructuradas al personal del Equipo Comunitario de Salud Mental y autoridades que ejecutan, controlan y evalúan el Plan Nacional de Salud Mental.

**Elección de entrevistados.** las entrevistas semi estructuradas se realizó al personal técnico y no técnico que integran el Equipo Comunitario de Salud Mental de UDAI 2, solicitando la participación voluntaria de los mismos, garantizando el anonimato de estas personas. Se tomará por lo menos un representante por disciplina: Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social, Administrativo y personal de Enfermería. Se destaca que la investigadora no conocía previamente a ninguna de las personas que fueron entrevistadas. Con respecto a los informantes calificados que integran las Direcciones de ASSE y Ministerio de Salud Pública fueron seleccionadas tomando en cuenta la voluntad de las mismas para participar de esta investigación.

**Entrevistas.** Se aplicaron entrevistas semi estructuradas, con una guía orientadora de preguntas flexibles permitiendo conocer las prácticas comunitarias, así como también las concepciones que tienen los integrantes del Equipo Comunitario de Salud Mental y los informantes calificados de ASEE y Ministerio de Salud Pública sobre la salud y la salud mental y el trabajo comunitario. Se solicita a los/as entrevistados/as autorizaciones para grabar, lo que permite un análisis minucioso de los relatos vertidos, facilitando la escucha. Se garantiza la confidencialidad en las entrevistas por medio del consentimiento libre e informado. (ver anexo). Se solicitó autorización Institucional para la realización de la investigación, especificándose los objetivos de la misma, la metodología y los fines de la misma (ver anexo). El lugar para la realización de las entrevistas fue seleccionado por los propios entrevistados. Se confeccionó una guía de preguntas. La investigadora presenta a los entrevistados el marco general de la investigación, sus objetivos y luego aplica la guía de preguntas. Se mantuvo una escucha abierta y respetuosa al proceso de cada uno de ellos en la elaboración de la respuesta. Se implementa la observación en algunos espacios que se consideran relevantes para la investigación.

### Entrevistados/as

Administrativo	Entrevistado 1 (E. 1)
Auxiliar de Enfermería	Entrevistado 2 (E. 2)
Psiquiatra	Entrevistado 3 (E. 3)
Psicóloga	Entrevistado 4 (E. 4)
Psicóloga	Entrevistado 5 (E. 5)
Psicóloga	Entrevistado 6 (E. 6)
Trabajador Social	Entrevistado 7 (E. 7)
Psiquiatra	Entrevistado 8 (E. 8)
Psiquiatra	Entrevistado 9 (E. 9)

**Fuentes secundarias. Relevamiento bibliográfico.** Análisis de documentos (revisión histórica del diseño e implementación de las políticas de Salud Mental). Revisión de documentos: Plan Nacional de Salud Mental del (1986) y Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (Agosto de 2011). Análisis de documentos que nos aporta marco teórico.

### Presentación de la Policlínica UDAI 2.

UDAI 2 está ubicada en la calle Laura Cortina 5307 esq. Rinaldi Guerra. Depende del Centro de Salud Sayago (RAP-ASSE) cuya Directora es la A.S. Miriam Gopar. En el año 1996 con el cierre del Hospital Musto es que comienza a realizarse a nivel territorial un trabajo comunitario y descentralizado en salud mental. En ese entonces en el Centro de Salud Sayago se conforma un Equipo de Salud Mental integrado por tres Psiquiatras, dos Psicólogas, un Asistente Social, dos Enfermeras y una Administrativa. En dicha Policlínica funcionaba un Equipo de salud integrado por Medicina General, Pediatría, Cardiología y Farmacia. El área de incidencia de este servicio está limitada por las calles Casavalle, Gral. Hornos, Avda. de las Instrucciones y Camino Lecocq. El

Equipo actualmente se integra de la siguiente manera: 1 Administrativa, 2 Auxiliares de Enfermería, 2 Psicólogas de adultos, 1 Psicóloga de niños, 1 Trabajadora Social, 4 Psiquiatras de adultos y 2 Psiquiatras de niños. (Ver en anexos la descripción de la zona donde se realizó la investigación).

### **Análisis de datos**

Del marco teórico desarrollado precedentemente se seleccionaron las siguientes dimensiones de análisis para ser procesadas.

#### **Dimensiones para el análisis**

##### **1) Concepción de salud y de salud mental**

Concepto medicalización de la salud y modelo médico hegemónico.

Concepto integral de la salud: adaptación a condiciones naturales, materiales, culturales y sociales

Concepto de salud y Atención Primaria de Salud

##### **2) Concepción del trabajo comunitario**

Dimensión asistencial y socio educativo.

Trabajo en equipo

##### **1) Concepción de salud y de salud mental**

Realizando el análisis de los discursos de los integrantes del Equipo Comunitario de Salud Mental de UDAI 2 se desprende que la mayoría de los mismos plantean que su marco de referencia con respecto a la concepción de salud “es la salud integral”. Sin embargo, de los contenidos de estos discursos emergen otras concepciones que no están tan alineadas con dicho marco. Es por tal razón que las dimensiones de análisis que nos hemos propuesto, las abordaremos en la complejidad de su conjunto.

*“(…) lo que yo veo que está muy cerrado a la asistencia, queda como la asistencia psiquiátrica, la psicológica y terminan haciendo todo acá, de repente hay pacientes que no van nunca a Medicina General, no se controlan más, es como que el cuerpo no existe y la psiquis es solamente para el lamento.” (E. 5).*

De este discurso se desprende por una parte la concepción de salud pero concebida desde la atención clínica y por otra parte la dualidad entre lo orgánico y lo psíquico. También muestra la dualidad en la atención del usuario/a, en donde en los servicios de salud mental solo se podría visualizar lo psíquico, porque lo orgánico debería ser atendido por otro profesional que no se integra al equipo de salud mental. Esto se da en concordancia con los binomios propios del inicio de la ciencia: mente y cuerpo. Aristóteles planteaba el cuerpo y su epistemología experimental solo sobre lo que se podía medir y pesar. Platón y sus concepciones filosóficas dejando el manejo de la mente para Dios. Del cuerpo se ocupaba la medicina y de la mente Dios. Esto determina que las concepciones de atención a la salud están teñidas de creencias propias del inicio de la ciencia y de sus primeros filósofos. La idea de integrar mente y cuerpo, es una lucha constante que está aun vigente y hay mucho por hacer. La internalización de estos conceptos no se logra por decreto. Entonces ¿cómo vamos a pretender que los equipos de salud se integren a los centros de salud como una especialidad más?. Aunque a fines del 2015 ya los centros de salud pasaron a depender de las direcciones de estos, dejando de ser controlados por la dirección de salud mental en gran parte. Pero como mencionamos, estas dependencias no garantizan los cambios en las concepciones. Otro discurso relaciona la definición de salud y salud mental como una concepción integral, pero concebida también como una atención clínica, dirigida a la resolución de conflictos desde lo intrapsíquico, a la atención directa de la patología psíquica ya instalada

*“(…) concepción integral que no solo abarca lo mental, lo individual, lo intrapsíquico, sino que también tiene que ver con el entorno... desde mi formación psicoanalítica lo fundamental es lo intrapsíquico, tiene que ver como el individuo va procesando sus angustias, las defensas, el conflicto, desde mi perspectiva lo esencial, la patología tiene que ver con el conflicto.” (E. 3)*

Conflicto que se genera a partir de la estructuración de la psiquis con el primer medio que acoge: la familia o en su defecto instituciones. Este discurso comienza a introducir en forma tímida aspectos del sufrimiento psíquico que se originan en principio al exterior del individuo, y en esta epistemología surgen los síntomas físicos. Se comienza a entrever la integración mente-cuerpo. Por otra parte surge también cómo la concepción de salud de algunos técnicos se ha modificado con el transcurso del tiempo

*“(...) yo a lo largo de los años he ido cambiando la idea de la salud, empezamos trabajando con la enfermedad y ahora pensando desde la atención en la prevención de la salud... trabajar más lo sano...” (E. 4),*

de la cual no surgen elementos que hagan pensar que esta concepción se concrete en la práctica clínica. En el discurso aparece como una equiparación entre los conceptos de prevención de salud y promoción de salud no surgiendo la prevención de la enfermedad. Trabajar con lo más sano en salud mental implica dejar de mirar la discapacidad (patología psiquiátrica y su pronóstico) para mirar aquellos aspectos que permiten llevar adelante niveles de autonomía e inserción social, es decir aspectos sanos como la posibilidad de trabajar en algo, de integrarse a un grupo, etc. Todo para potenciar lo sano para sobrellevar lo enfermo y esto sí es prevención del posible desarrollo de la patología instalada. Entonces el fortalecimiento de lo sano evita que la enfermedad cabalgue y desintegre los pragmatismos sexuales, sociales y laborales entonces desde esta mirada si es prevención. Si bien se desprende una concepción mayoritariamente positivista, el discurso se apoya en la atención clínica y donde las intervenciones son un poco más integrales, incluyendo tímidamente el medio familiar y social. Es una práctica en salud mental apoyada en una estructura institucional nacida en la separación centros de salud–equipos de salud mental. En otras palabras la incisión en la práctica clínica (el cuerpo o la mente) y en la institución (o perteneces al centro de salud o al equipo de salud mental). En los discursos obtenidos en las entrevistas realizadas emerge el predominio de esta concepción precedente. Aparecen inquietudes por los conflictos intrapsíquicos producidos por el entorno y el intento de mirar los aspectos sanos de la persona por sobre la discapacidad diagnosticada. En otras palabras dentro del equipo se intenta desarrollar una lucha contra el estigma social que produce la enfermedad mental y que no produce la enfermedad física. Si bien se plantea la inquietud, las intervenciones que se pueden desarrollar se encuentran acotadas al técnico que no cuentan con recursos institucionales que puedan apoyar estos procesos (trabajo protegido, diurnos de rehabilitación social, etc.). El trabajo comunitario como expresión de una continuidad entre las prácticas clínicas y la intervención en medio social (mente-cuerpo) son casi inexistentes. Dentro de los discursos aparece otro extremo en donde prevalece una mirada de los aspectos sociales en la concepción de salud.

*“(...) salud como un espacio de disfrute, de integración de distintas disciplinas, distintas dimensiones. La descripción formal biopsicosocial comunitario esto es lo que puede cerrar; el estar bien en los distintos (ámbitos) y el estar mal en alguno de los ámbitos influye en los otros (...)” (E. 6)*

Otra postura concibe la integralidad en la concepción de salud como algo diferente y lejana a la clínica y como algo impuesto desde un modelo de atención, que en caso de asumirlo puede generar una discriminación dentro del colectivo profesional y dentro del equipo.

Surge también un discurso de profesionales que fueron formados para incluir estas variables no visibles de la cuestión social:

*“(...) desde la integralidad,... atención primaria de la salud, salud para todos en el año 2000, tuvimos las prácticas de lo que era el APEX ... me encanta la clínica, pero también siento que esto es importante, son dos cosas distintas, pero que pueden ir de la mano y uno como técnico no va a perder*



*la integralidad... porque a veces pasa que si te desdibujas, si con otros que no son como vos, o si salís a la comunidad... como con esto del rol, como si sale de la etiqueta te vas a perder... pero no es fácil, no a todo el mundo le importa y a veces las cosas se hacen porque son directivas de arriba y la gente lo hace obligada y sin ganas, cuesta integrar a alguien en sintonía y decir bueno, me interesa y vale...” (E. 5)*

*“Algunos plantean que su formación es clínica, que valoran esos espacios pero no se sienten capacitadas, valoran tu aporte .y respetan tu aporte. Otros no lo respetan y no lo valoran.” (E. 6. ).*

De estos discursos (se puede inferir que existe un nudo de tensión entre la asistencia clínica y la concepción fenomenológica que impide la articulación de diferentes saberes en la promoción del desarrollo de los objetivos del equipo de salud mental proveniente de la última reforma. Este nudo de tensión podría generar cierta parálisis en algunos técnicos ante la posibilidad de ser cuestionados en su intervención. En este sentido, una profesional explica:

*“Yo soy muy clínica, muy del consultorio, no hago trabajo comunitario. Tengo experiencias muy puntuales, algunas propias, pero más que nada vinculadas a mis compañeros” (E. 7)*

Con respecto a la inclusión de diferentes dimensiones que integran la cuestión social en forma no visible se obtuvo el siguiente discurso:

*“Es en ese sentido que lo veo, cuesta mucho porque la práctica nuestra de salud mental uno está siempre contaminado con la enfermedad. Lo enfermo, lo enfermo y te cuesta ver la salud y lo que ves de la salud no le das corte porque con todo lo que vemos de la enfermedad uno lo subestima, pero si no lo subestimas no llegarías a esos grados horribles de enfermedad.” (E. 5)*

Del mismo se desprende que existe la necesidad de comenzar a visualizar lo que permanece invisible o no incluido en las intervenciones clínicas pero permanece solo en el discurso no habiéndose detectado acciones y proyectos que concreten las mismas. En algún discurso estas otras variables de la cuestión social son expresadas en ideas definidas para una posible concreción:

*“(...) todo lo que sea promoción e inclusión social, por ejemplo: las placitas que colocó la Intendencia que puedan ir todos, que puedan recrearse o cuando se hacen jornadas educativas ampliadas, o la corre 5 k, que son cosas cotidianas, pero es eso la salud integral. Te integras, se hacen otros movimientos, a su vez te relacionas (...)” (E. 5).*

*“(...) El disfrute el placer, el intercambio, la autoestima también el poder compartir, poder abrirte a recibir aportes y ayuda y también ayudar (...)” (E. 6)*

Para algunos entrevistados es necesario

*“(...) empezar por promover la recreación como básico, la inserción barrial, que la gente tenga un lugar de referencia, que la policlínica sea un lugar de referencia. La recreación me parece fundamental, la música. Yo veo que la gente no tiene una cabeza de que es importante relacionarte con amigos, tomar un mate, no lo viven como parte de un proceso de salud. Y para mi es re importante (...)” (E. 4)*

Centrándonos en informantes calificados pertenecientes al nivel de Dirección de Salud Mental de ASSE y respecto a la concepción que brindan sobre salud y salud mental cabe destacar que la definición se centra en la gestión y en las coordinaciones con el primer nivel de atención en salud sobre todo dentro de la profesión médica:

*“(...) antes se asociaba la salud mental al Hospital. Actualmente importa mucho la coordinación con*

*el Equipo de salud del primer nivel de atención, quienes son la primera línea de recepción de los pacientes...debería haber un equilibrio, ni derivar todo al psiquiatra, ni absorber todo en el primer nivel de atención (...)" (E. 9)*

Con respecto a la salud integral el discurso pone de manifiesto:

*"Salud integral, no solo como atención sino como promoción de estilos de vida saludables, como parte de la salud total de la persona. En este proceso estamos." (E. 9)*

Si se analizan los discursos provenientes de los dos niveles referenciados —equipo comunitario de salud mental y Dirección de Salud Mental de ASSE— se construye una definición de salud y salud mental anclada al tratamiento clínico y centrada en la patología ya instalada pero que tiende tímidamente a la necesidad de integrar otras variables: sociales, recreativas, culturales. Esta necesidad no se ve muy fuertemente plasmada en acciones concretas y proyectos vigentes localizándose sobre todo a nivel discursivo, pero se vislumbra que existe un proceso de cambio dirigido en ese sentido. Analizando el discurso de informantes calificados de mayor jerarquía ubicados en la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, cabe destacar que el discurso plantea una mayor apertura a aspectos fenomenológicos en la construcción del concepto de salud y salud mental:

*"(...) Manejamos el concepto de salud integral pero la frase que siempre manejamos es que no hay salud sin salud mental. Es necesario considerar el concepto amplio de salud, aspectos biológicos, genéticos, químicos, psicológicos, sociológicos culturales ecológicos ambientales de los determinantes sociales, etc. Esta multifactorialidad inciden notoriamente y cuando pensamos en salud pensamos en una persona sana físicamente pero fundamentalmente que pueda desarrollar sus potencialidades, sus capacidades y que pueda participar e incidir en su entorno y en su medio de una forma positiva y que tenga las respuestas más adecuadas para sí, para los demás en las situaciones que les va tocando a lo largo de la vida (...)" (E. 8)*

De los discursos de algunos integrantes del Equipo Comunitario de Salud Mental surge

*"(...) ahora pensando desde la atención en la prevención de salud... trabajar más lo sano." (E. 4)*

*"(...) atención primaria en salud, salud para todos en el año 2000." (E. 5)*

*"(...) atención primaria implica prevención y promoción y la prevención solo se puede hacer desde la comunidad." (E. 7)*

Es decir se tiene conocimiento de la concepción de Atención Primaria de Salud y el modelo que esta estrategia de atención implica. Otro relato cuestiona este tipo de atención para la salud mental y dice:

*"Prevención en psiquiatría no es fácil, porque prevenir una enfermedad mental no se ha visto que realmente pueda prevenirse demasiado, porque en realidad la enfermedad aparece (...) estoy hablando de una enfermedad en serio, no síntomas reactivos a situaciones sociales." (E. 7).*

Sin embargo autoridades de ASSE consideran que esta estrategia es viable y necesaria en salud mental, pero que no se puede realizar desde la mirada de la psiquiatría convencional. Comenta que en esta acción directa (paciente, familia y en la comunidad) se realiza psi coeducación que apunta a mejorar la estabilidad de la familia y también la comunidad. Desde ahí se aporta por ejemplo que elementos tiene que tener el docente para la consulta oportuna y aportar a los Pediatras en puericultura factores para velar por un desarrollo integral. Continúa manifestando que se puede incidir en factores de riesgo y potenciar los factores o fortalezas y los factores de resiliencia. En definitiva se considera que este es el punto de arranque filosófico de la salud mental.

## 2) Concepción del trabajo comunitario

*“Es lo fundamental, en si sería trabajar en la comunidad en red, para obtener información y poder derivar y que la gente esté informada, de los recursos y que todos tengan un carne de adolescente, del adulto mayor, del niño y psiquiátrico. Que las redes estén cerca de la Policlínica. Que se animen ellos, que se den a conocer y nosotros también.” (E. 2)*

*“A veces sucede que si nos damos a conocer da miedo por las demandas de después. Estuvimos un par de años discutiendo esto con el equipo. A veces se aceptaba de maestros (derivaciones), pero ahora no. Porque hacía talleres en las escuelas y ya coordinaba y las maestras les decían tengo x problemita. Por eso es importante trabajar en red porque se detectan cosas.” (E. 2)*

*“Conexión con instituciones fuera, ahora conseguimos el salón comunal, esto de conectarse con la comisión y las mujeres vienen del barrio a través de papelitos que hicimos pero básicamente eso, lo interdisciplinario y lo interinstitucional.” (E. 5)*

*“Ahora también participo de la red de salud” (E. 6)*

De acuerdo a los discursos obtenidos en las entrevistas realizadas a los integrantes del Equipo de UDAI 2 se plantearon algunas experiencias que ha desarrollado el Equipo Comunitario de Salud Mental en relación al trabajo comunitario las que dan cuenta de las concepciones que los distintos entrevistados/as tienen sobre el tema. Algunos entrevistados conciben el concepto del trabajo comunitario asociado a la asistencia domiciliaria desarrollada por enfermería, psiquiatría y en algunas oportunidades por el profesional de trabajo social. Esta asistencia se vincula a un estilo o forma de intervención con características impregnada de elementos educativos, pero que se distancian de una intervención socio educativo de acuerdo el marco teórico desarrollado:

*“Es muy poco pero hacemos las visitas domiciliarias, hacemos educación, cómo está la persona, ya vemos el entorno, como la tratan. Vamos con técnicos, con la Asistente Social” (E. 2)*

*“La visita domiciliaria como actividad comunitaria. Hacer actividades de talleres, encuentros, la posibilidad de hacer actividades recreativas. Acercarse a actividades más sanas.” (E. 7).*

Desde el discurso obtenido en estas entrevistas, el “dar pautas a seguir” concuerda con la concepción de análisis en cuanto a la intervención, dando cuenta que la misma resulta potenciadora y al mismo tiempo como un tipo de disciplinamiento del tratamiento clínico. Se destaca la no inclusión de aspectos centrados en la perspectiva de promoción de derechos.

*“Es muy importante trabajar en la comunidad, salir a la comunidad, que la comunidad nos conozca y dar pautas a seguir.” (E. 2).*

Existe una tensión entre la perspectiva de promoción de derechos como eje ordenador de la intervención comunitaria y las intervenciones que refieren a la dimensión asistencial. Desde la concepción construida a partir de estos discursos, las coordinaciones interinstitucionales amplían los tratamientos de rehabilitación resultando un componente trascendente en la concepción de intervención comunitaria. Igualmente el equipo rescata el cuestionamiento de este componente como centro de la intervención.

*“Una cosa es estar inserto y vas coordinando, pero no sé si eso es comunitario, mi formación es clínica.” (E. 3)*

Surge la implementación de acciones comunitarias a través del desarrollo de una serie de talleres de carácter psico educativos dirigidos a familiares de usuarios/as portadores de patologías graves, crónicas y persistentes. Desde el relato se trasluce una intervención que intenta ubicarse en una dimensión promocional y/o socio educativo. Este tipo de intervención comunitaria resulta de

importancia para la población involucrada ya que aporta información que instrumenta a familiares para un mejor trato potenciador del tratamiento médico a través acciones que posibilitan la inclusión social en el ámbito familiar y en la comunidad como objetivos primordiales. En los discursos obtenidos se encuentra incluida la perspectiva de derechos humanos con la población usuaria, pero no emergiendo nuevamente como objetivo principal de estas intervenciones:

*“Hicimos actividad con pacientes esquizofrénicos, para explicar, para atender, que es muy difícil. Hicimos talleres para familiares. La gente comenzó a preocuparse, gente mayor que ya tenía hijos y que sabían que en algún momento no iban a estar, preocupados por los muchachos o las muchachas, logramos que cuando llegara ese momento se fueron al Cottolengo, entonces los muchachos quedaron cubiertos. Son dos hermanos (...)” (E. 2)*

La concepción de trabajo comunitario construida en alguno de los integrantes del equipo resulta de importancia en cuanto es una extensión del trabajo clínico en forma de extramuros sumando la visión de trabajar desde un lugar promocional de la salud y abandonando el antiguo lugar que implicaba la propia patología:

*“Este año empezó la Psicóloga de adolescente y adultos junto con la Asistente Social, hay un local, están trabajando con mujeres y está funcionando con variados temas. Los martes de 10 a 12. Es un espacio de salud, ahí no se trabaja desde la patología.” (E. 3).*

Esta postura tiene puntos de encuentro con la dimensión promocional y socio educativa planteada en el marco teórico desde donde se prioriza el desarrollo de las potencialidades de las personas procurando mejorar los niveles de autonomía. En este sentido, surgen otros discursos similares:

*“Sentíamos que algo había que hacer y pensamos empezar con algo de mujeres... y salió la propuesta de crear el grupo de mujeres, que básicamente la idea es la integración de esas mujeres comunes y corrientes del barrio y las usuarias de la policlínica. Difundir una salud integral, pensar que desde lo cotidiano tenemos millones de cosas que pueden hacer y nos va a resultar una mejor calidad de vida. A veces nos cuesta pensar, favorecer la autogestión y hacer que las mujeres se muevan en red. La mujer fue a la Comunamujer, trajo material para sus compañeras, se contactó con otras mujeres del barrio. Se hizo el trabajo de hormiguita, se ven los recursos. Están los recursos comunitarios pero hay que ampliarlos.” (E. 5).*

En esta construcción de discursos surgen variantes a la concepción del trabajo comunitario

*“Yo intenté otro tipo de actividad que era hacer un taller literario con los niños, pero no ha tenido éxito. Falla la convocatoria, o están acostumbrados que vienen acá a atenderse. Es todo un tema. Vienen más cuando están enfermos.” (E.3)*

Con este discurso se da cuenta de la concepción de esperar dentro del centro de salud a los usuarios/as, que vengan a recibir conocimiento. Volviendo a la tensión que surge de las diferentes posturas, encontramos entonces aquellas que tienen que ver con el desarrollo de la autonomía de las personas, favoreciendo la autogestión a través de redes comunitarias y promoviendo el conocimiento y la información y otras que tienen que ver con el pautar conductas que mejoren el tratamiento en el usuario y que se encuentran más cerca de la dimensión asistencial y la heteronomía. A partir de estas diferentes concepciones que conforman la construcción del discurso sobre trabajo comunitario se deja en evidencia la sobre exigencia que implica el desarrollo del trabajo comunitario en el equipo de salud mental.

*“Es un esfuerzo trabajar con la comunidad, es aportar nuestro conocimiento en beneficio de todos.*

*Sea en salud mental u otras áreas del trabajo social es importante el saber instalado, de construir esos mitos o sistemas de dominación y saberes desde los distintos actores. Es lo que trato de apuntar al resto del equipo, es un tema de concepción, pero no es fácil desde la postura hegemónica. Eso cuesta, uno analiza y trata de modificarlo pero no es fácil, y para la comunidad también cuesta.” (E. 6).*

En esta instancia el esfuerzo planteado implica el tema logístico asociado al éxito de las convocatorias así como de construir el saber instalado, y los sistemas de dominación y saberes.

*“Cuando te paras de otro lugar, que no es que no lo quieras hacer (refiere a la demanda de los usuarios en cuanto a todos los pasos que implica dar para que una actividad se concrete pero la misma es depositada en los técnicos), dándole la posibilidad de que la gente se apropie, porque eso lo va a favorecer en el ejercicio de sus derechos, en su salud mental, en su autoestima, autonomía. El trabajo comunitario tiende al desarrollo y a la participación ciudadana y al desarrollo personal.” (E. 6).*

Volviendo a una de las concepciones de este equipo que refiere a la dimensión socioeducativa planteada en el marco teórico de este trabajo, en una de las entrevistas se desprende el trabajar con la comunidad y no para la comunidad, desde una perspectiva de derechos humanos orientada a la construcción de ciudadanía.

*“Tener un proyecto, objetivos, porqué trabajas con la comunidad y construir con la comunidad. El porqué, para qué, cómo. Después con la comunidad construir nuevas propuestas, hacer diagnósticos, saber por qué planificamos esto con las mujeres.” (E. 6)*

Volviendo al planteamiento de las dificultades que se le presentan al Equipo Comunitario de Salud Mental para que pueda trabajar en comunidad surge del análisis de los discursos: la falta de preparación de las distintas disciplinas, los temores e inseguridades que esto determina, la falta de tiempo de los profesionales por la exigencia de una demanda asistencial que los absorbe en esta forma de intervención sumada a la falta de presupuesto propio y la falta de recursos materiales y financieros para la concreción de las actividades, En este sentido surgen estos planteamientos:

*“No nos dan los tiempos, por la demanda que hay... los técnicos están desbordados... faltaría la locomoción... tenemos que tener herramientas y eso es lo que falta... faltaría capacitación para el personal de la salud para poder trabajar en comunidad.” (E. 2)*

*“Yo creo que tengo la noción, pero no sé, creo que no me animo, o me parece más sencillo quedarme en el consultorio y esperar a alguien. Creo que hay gente que hace cosas, que le resulta bárbaro, pero a mí me cuesta mucho el salir. Nos cuesta mucho a todos” (E. 4).*

*“Nosotros no tenemos formación comunitaria.” (E. 3)*

*“A todos nos cuesta. Todos hablamos que hay que hacer, hay que hacer, pero a todos nos cuesta o sea salvo a la Asistente Social. Es la única que lo realiza porque tiene formación.” (E. 4)*

*“Tenemos temores, capaz que sabemos pila de cosas, porque en todos estos años trabajando estoy segura que sabemos hacer cosas. Pero hay que organizarlas para saber cómo hacer; un funcionamiento de comunidad capaz que es eso, nada más que eso. (...) las Asistentes Sociales tienen más formación” (E. 4)*

*“Porque se habla mucho ahora de integrar a la comunidad o de integrarse los efectores de salud a la comunidad pero no estamos preparados las distintas disciplinas.” (E. 6)*

*“Hay dificultades, no tenés recursos, acceso a internet, a una computadora, esto te limita.” (E. 6)*

*“Algunos plantean que su formación es clínica, que valoran los espacios pero no se sienten capacitadas, valoran tu aporte y respetan tu aporte. Otros no lo valoran.” (E. 6)*

*“En el compromiso también va el compromiso en cuanto al horario que le dedicas al trabajo, hay*

*formas rígidas de trabajo que no favorecen. Aquí por suerte tenemos un día destinado a la reunión de equipo.” (E. 6)*

*“A veces la gente que hace más trabajo comunitario se queja de la logística, la falta de recursos para hacer el trabajo, que tienen que buscar un lugar, medios, desde un paleógrafo, folletos. No tendría que ser cuestión de pedir, tendría que estar aquí, incluso espacios físicos, no tenemos espacio para atender; mucho menos para hacer actividades de promoción.” (E. 7)*

*“Tendría que haber menos carencia para el trabajo comunitario porque es la vedete.” (E. 7).*

Es decir, entre otras dificultades se reitera la falta de preparación de las distintas disciplinas para el trabajo comunitario, surgen los miedos y las formas de resolver esos miedos, pero también todo lo que tiene que ver con los recursos materiales para hacer más fácil la tarea. Desde la Dirección del Ministerio de Salud Pública se obtiene el siguiente discurso:

*“El trabajar con un modelo comunitario no implica estar en la comunidad, en la trinchera, estar afuera, el modelo comunitario implica estar atendiendo a la persona, la primer crisis en el hospital, que recibe una descompensación y que implica esto? Que necesariamente hay que apoyar. Desde el primer momento ver las potencialidades que tienen la persona y los aspectos sanos que tiene y considerar a la persona desde su entorno familiar, barrio, relaciones, implica trabajar desde este lugar tomando todos los aspectos.” (E. 8)*

La Dirección de ASSE plantea:

*“Con respecto al trabajo comunitario, el haberse instalado los equipos de salud mental en la comunidad, pasa a ser un primer nivel de atención especializado con asistencia a cuadros clínicos y participación en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.” “La inserción en la comunidad en primera instancia apuntó a los usuarios adultos y se trabajó con hogares de ancianos y con casas protegidas de pacientes psicóticos crónicos y trabajo de psi coeducación con pacientes también psicóticos crónicos. En el año 2005 comienza la asistencia pediátrica, la población entonces se amplía también a los niños/as y adolescentes. Es así que desde esta mirada se considera prioritarios trabajar con Escuelas, colegios, CAIF y Club de niños.” (E. 9)*

Desde los relatos existiría una contradicción en los discursos, para una Dirección la concepción de trabajo comunitario podría estar dada por el lugar donde se realiza la tarea, dentro o fuera de la Policlínica. Lo que se tomaría en cuenta es el objetivo de la actividad. Pero en el otro discurso aparece la tarea comunitaria centrada con Instituciones insertas en la comunidad. Siguiendo el análisis del relato de la Dirección del Ministerio de Salud Pública dice:

*“La participación de los usuarios y sus familias es clave, todas las consultorías y todos los extranjeros lo dicen y nosotros estamos absolutamente convencidos que son clave en esto.” (E. 8)*

*“La participación en todos los niveles. Cosa que no es fácil, porque ellos tienen sus problemáticas, están en varios grupos peleados entre ellos.” (E. 8)*

*“No se producen los cambios, ni en la persona enferma ni en los programas ni en los sistemas sin la participación de los usuarios y también de los trabajadores.” (E. 8)*

Se plantea la importancia de la participación de los usuarios, sus familias y de los trabajadores para que los cambios se produzcan, pero se plantean también las dificultades para dicha participación. Con respecto al trabajo en equipo surgen los siguientes datos:

*“El trabajo social aporta el aspecto metodológico. Sobre todo la importancia del trabajo en equipo, porque la fortaleza está en el trabajo en equipo, lo que no es fácil.” (E. 6)*

*“El trabajo comunitario serviría para que alguno se enganche para visualizar una esperanza. La*

*trabajadora social es esencial para ello, los psicólogos son esenciales para ello, enfermería es esencial también, y el psiquiatra no sé si es tan esencial.” (E. 7)*

*“Al cierre del Musto el objetivo era contener al paciente y a la familia en el territorio. Fue ese el gran objetivo inicial. El objetivo nuestro era la integración entre usuarios y el barrio. ¿Por qué cuesta? Porque los usuarios que están afectados de alguna forma no lo pueden sostener. No es la misma población que el centro de salud Sayago. El equipo tendría que decir qué puede aportar la persona.” (E. 6)*

*“Los psiquiatras de adultos no están formados para el trabajo comunitario, por la formación que tienen. Los psiquiatras se forman únicamente en hospitales generales o en hospitales como el Vilardebó. Los psiquiatras de niños están mejor, ya que el objeto de trabajo es el niño y la familia, ya partiendo de eso están más capacitados que los de adultos” (E. 8)*

*“Porque creo que el rol que puede cumplir el psiquiatra es menor en ese tipo de trabajo. El tema de prevención y el tema de educación a gente sana, el psiquiatra sabe de enfermedades.” (E. 7)*

*“Hay mucha gente que no piensa como yo, más en estos entornos de salud mental. Y más en un primer nivel de atención.” (E. 7)*

*“Es diferente a otro servicio de salud de primer nivel de atención, hay que ver bien que es prevención, porque creo que estamos corriendo el riesgo de psiquiatrizar cosas que no son de psiquiatría. La tristeza, la marginalidad, cuando no tengo que comer, no son de psiquiatría. La premisa es que todo el equipo tiene que trabajar en comunidad. A mí me parece que hay razones por las que eso podría estar en debate.” (E.7)*

*“Primero porque cuando uno hace medicina y psiquiatría uno se prepara, la facultad lo prepara para atender pacientes y yo contrariamente a lo que piensa mucha gente no esta tan mal. Tenemos una formación muy clínica. Por otro lado considero que sí, los psiquiatras tenemos un rol en la comunidad, pero no es el rol tanto preventivo, que es un rol de psi coeducación. Cuando hablo de psi coeducación a familiares no estoy tratando de prevenir la enfermedad, estoy tratando de mejorar la calidad de vida del paciente y familiares”.(E. 7)*

*“Yo creo que se le da mucho importancia que se realice (el trabajo comunitario). A veces uno piensa o sospecha que hasta se le da más importancia que a lo clínico. Depende de cada equipo lograr las cosas, depende de que estén interesados o no interesados.” (E. 7)*

Uno de los nudos más importantes que surgen de las entrevistas es el cuestionamiento de cuáles son las disciplinas que integran los equipos de salud mental deben participar en el trabajo comunitario. En este sentido se visualiza que el psiquiatra de adultos no tiene herramientas para ello, los psiquiatras infantiles tienen mayor conexión con la comunidad ya que trabajan más desde la familia por tanto se acercan a escuelas, CAIF, INAU, etc. Las demás disciplinas según los discursos son esenciales para ello... No hay una postura unánime con respecto a este tema, ni en los psiquiatras de adultos ni en los psiquiatras de niños. Las demás profesiones no lo cuestionan.

*“Por suerte tenemos una cantidad importante de psicólogos, los asistentes sociales, los auxiliares de enfermería en el lugar más de la trinchera. No el Psiquiatra. En mi opinión el psiquiatra tiene que estar en un lugar de mayor complejidad, sí apoyando, sí dando herramientas, sí supervisando, tiene que estar en interconsultas, en actividades de formación, pero no tiene que estar directamente.” (E. 8)*

De la observación surgen dos aspectos a destacar: el Centro de Salud Mental Comunitario no tiene cartel que identifique al mismo. En este sentido me cuestiono ¿es por falta de presupuesto para ello o habría una intencionalidad de no mostrar la Policlínica por un tema de estigma? Por otro lado no hay materiales educativos para los usuarios/as (folletería) solo cartelera con datos de servicios de la zona.

## Discusión y Conclusiones

Esta investigación permite arribar a determinadas conclusiones respecto a la concepción de salud y trabajo comunitario que tienen los distintos integrantes del Equipo Comunitario de Salud Mental y de los representantes de ASSE y MSP. Por lo que se ha expuesto en el análisis de los datos aportados, se observa que los entrevistados parten de diferentes concepciones respecto al significado de la salud mental para cada uno de ellos. Realizando el análisis de los discursos de los integrantes del Equipo Comunitario de Salud Mental de UDAI 2 se desprende que la mayoría de los mismos plantean que su marco de referencia con respecto a la concepción de salud “es la salud integral”. Sin embargo, de los contenidos de estos discursos emergen otras concepciones que no están tan alineadas con dicho marco. Surge entonces por una parte la concepción de salud pero concebida desde la atención clínica y por otra parte la dualidad entre lo orgánico y lo psíquico. En definitiva también muestra la dualidad en la atención del usuario/a, en donde en los servicios de salud mental solo se podría visualizar lo psíquico, porque lo orgánico debería ser atendido por otro profesional que no se integra al equipo de salud mental. Esto se da en concordancia con los binomios propios del inicio de la ciencia: mente y cuerpo. Esto determina que las concepciones de atención a la salud están teñidas de creencias propias del inicio de la ciencia y de sus primeros filósofos. La idea de integrar mente y cuerpo, su lucha está aún vigente y hay mucho por hacer. La internalización de estos conceptos no se logra por decreto. Entonces ¿cómo vamos a pretender que los equipos de salud se integren a los centros de salud como una especialidad más? Aunque a fines del 2015 ya los centros de salud pasaron a depender de las direcciones de estos, dejando de ser controlados por la dirección de salud mental en gran parte, como dijimos anteriormente esto no garantiza el cambio de concepción. Sin embargo surge también que para algunos integrantes del Equipo las concepciones de salud mental se han ido modificando con el transcurso del tiempo y del quehacer profesional en donde destacan la incorporación de aspectos que tienen que ver más con cuestiones sociales, culturales, recreativas y medioambientales. Aparece entonces más la concepción integral de la salud. La concepción de salud ha evolucionado con el transcurso del tiempo y podemos decir que aún se continúa analizando, modificando y redefiniendo. Sin embargo, pese a estos cambios continuos en la concepción se visualiza que en la práctica se concede mayor relevancia a los factores biológicos, se interesa más por la enfermedad y la rehabilitación, que por la mirada integral de la misma. Aparecen inquietudes por los conflictos intrapsíquicos producidos por el entorno y el intento de mirar los aspectos sanos de la persona por sobre la discapacidad diagnosticada. Es decir dentro del equipo se intenta desarrollar una lucha contra el estigma social que produce la enfermedad mental y que no produce la enfermedad física. Si bien se plantea la inquietud en las intervenciones que se pueden desarrollar, se encuentran acotadas al técnico, no contando con demasiados recursos institucionales que puedan apoyar estos procesos (trabajo protegido, diurnos de rehabilitación social, etc.). El trabajo comunitario como expresión de una continuidad entre las prácticas clínicas y la intervención en medio social (mente-cuerpo) son casi inexistentes. ¿Cómo concebiría una intervención integral un profesional en esta incisión? Para empezar es necesario desarrollar el concepto de estigma social introducido a finales del año 2015 por el Dr. Díaz del Peral en los equipos de salud mental. Esta concepción tiene la característica de introducirse en el proceso de medicalización y normalización de las personas. Interviniendo en primera instancia en las personas “no normales o enfermas” considerándolas capaces de lograr niveles de autonomía e inserción social. Por otro lado incide en la mirada social que discrimina al paciente psiquiátrico y que no habilita los niveles de autonomía esperados. Estas formas de intervención se encuentran asociadas al Paradigma de la Recuperación. El Modelo se centra en las vías de adaptación de las personas con problemas mentales y les ayuda a tener el control de sus vidas, La recuperación se centra en la persona, no solo en sus síntomas. Es visto como un trayecto, no un destino; y para transitarlo una persona con problemas mentales necesita la ayuda de amigos, familia y profesionales, usando nuevas e innovadoras estrategias. Promueve el avance en sus vidas, desarrollando metas y relaciones que le den sentido. Las personas afectadas pueden no tener un control total de sus síntomas, pero pueden tener un control de sus vidas. (Jozamiz, Markez y Ortiz: 89-85). Para las personas adultas se trata de mantener por ejemplo:



- Buenas relaciones.
- Seguridad financiera.
- Trabajo satisfactorio.
- Crecimiento personal.
- Un buen ambiente en la vida.
- Desarrollar las perspectivas personales culturales y espirituales.
- Desarrollar resistencia a la adversidad o estrés ante el futuro inmediato.

La tarea asistencial clave en el modelo de recuperación, es ayudar a la gente a recobrar su sitio en las comunidades donde viven y tomar parte en actividades convencionales junto al respeto del mundo que les rodea. Hay una creciente evidencia de que el tomar parte en oportunidades sociales, educacionales, formación, de voluntariado y de empleo, pueden contribuir al proceso de recuperación. (Jozamiz, Markez y Ortiz: 89-85). En suma: para Díaz de Peral las etapas de la recuperación consisten en: el desconcierto como una profunda sensación de pérdida y falta de esperanza; la concienciación donde no todo está perdido y donde una vida plena es posible; la preparación con un inventario de las fortalezas y las debilidades respecto a la recuperación comenzando a trabajar en el desarrollo de habilidades de recuperación; la reconstrucción como actividad para lograr una identidad positiva, fijar metas significativas y asumir el control pleno de la propia vida; y por último el crecimiento que implica vivir una vida con sentido, caracterizada por la autogestión de la enfermedad y sentido positivo de uno mismo. De acuerdo al desarrollo realizado en el que se intenta especificar la matriz de intervención acorde al Equipo de Salud Mental, se encuentra en el proceso de equilibrar la asistencia directa de cada especialidad y la construcción de intervenciones interdisciplinarias en el acompañamiento de las personas afectadas respetando aquellos cambios que propongan las mismas. Otra postura que aparece en la investigación, es concebir la integralidad en la concepción de salud como algo diferente y lejana a la clínica y como algo impuesto desde un modelo de atención, que en caso de asumirlo puede generar una discriminación dentro del colectivo profesional y dentro del equipo. Surge también un discurso de profesionales que fueron formados para incluir estas variables no visibles de la cuestión social, pero que muchas veces puede generar cierta parálisis por ser cuestionados por otros técnicos en su intervención. Para intervenir entonces en salud mental desde la mirada integral no solo se deberían tener en cuenta factores biológicos e individuales de la persona sino que deberíamos tener en cuenta variables relacionadas con el entorno de los individuos, la sociedad, la cultura, la historia, el medio ambiente, con la promoción de estilos de vida saludables y en cuestiones más concretas el disfrute de un espacio público, el poder compartir actividades con otros, el participar en una correccaminata o simplemente el saludar a un vecino (como dice Weinstein). Desde la perspectiva o la mirada de APS el objetivo de los Equipos de salud es promover la salud y el bienestar de los individuos, por lo que no se debería esperar que los mismos consulten por sus enfermedades, sino que se debería trabajar para brindar a la población herramientas para que tengan una vida saludable. Ha sido un hallazgo interesante el cuestionamiento que surge de los entrevistados si en salud mental se puede trabajar desde la prevención y más específicamente si los Médicos Psiquiatras deben trabajar desde esta línea ya que el fuerte de esta profesión (de acuerdo a lo que plantean en esta investigación) es trabajar sobre las patologías siendo así como se forman los profesionales a nivel académico. Sin embargo desde las autoridades de ASSE consideran que esta estrategia es viable, pero que no se puede realizar desde la mirada de la psiquiatría convencional. Partiendo de los datos que surgen de la investigación que muestran que existen concepciones distintas con respecto a la salud mental, consideramos que esta situación determina que las matrices de intervención profesional sean también distintas. Se debería romper con las miradas y respuestas parcializadas y tender a repensar nuevos enfoques de la salud mental donde se trabaje interdisciplinariamente, poniendo el acento en potenciar en el individuo características como la creatividad, la solidaridad, el disfrute y no focalizando el abordaje del daño o la patología como intervención primordial. El modelo de atención integral implica llevar la atención de la salud y la salud mental a espacios cotidianos donde los individuos construyen la salud involucrando a las personas y su entorno. Esto implica no ver solo la enfermedad, sino donde vive esa persona, si tiene

algún tipo de ocupación, si tiene posibilidades de disfrute del tiempo libre y de recreación. En suma, la construcción del concepto de salud y salud mental en los diferentes niveles de la escala jerárquica que comienza en su base con el equipo comunitario de salud mental de UDAI 2 y finaliza en su pirámide en el Ministerio de Salud Pública y ASSE, destaca para algunos integrantes del Equipo Comunitario de salud mental una concepción tradicional de la salud y de la salud mental estrechamente vinculada a la dicotomía en términos de salud-enfermedad, en donde se asocia la salud mental con la atención de las patologías. Por otra parte surge también cómo la concepción de salud de algunos técnicos que se ha venido modificando con el transcurso del tiempo. Sin embargo existe una alineación entre estos niveles de la escala jerárquica, en la definición de concepciones de atención integral basada principalmente en intervenciones clínicas, planteando la necesidad de incorporar otras dimensiones sociales, recreativas, culturales, medioambientales, etc. Asimismo plantean que se encuentran en proceso de cambio refiriéndose a la reforma de la Salud Mental cuyos objetivos de gestión fueron alcanzados con la descentralización de los servicios y el aumento de la accesibilidad a los mismos pero sus objetivos ideológicos de intervención aún se encuentran en proceso de cambio. Con respecto a la concepción que se tiene del trabajo comunitario también surge que los entrevistados parten de distintas concepciones respecto al significado del mismo. Se concibe el concepto de trabajo comunitario asociado a la asistencia domiciliaria desarrollada por distintos profesionales, vinculando esta asistencia a una forma de intervención con características impregnadas de elementos educativos, pero que se distancian de una intervención socioeducativa de acuerdo al marco teórico desarrollado. Surge entonces la concepción en donde el sujeto es considerado como paciente, es decir un “sujeto pasivo” al que se le “depositan” los conocimientos o saberes específicos del médico, el cual interviene para alcanzar la cura de la enfermedad, siendo la práctica solo reparativa, reduciéndose al individuo sin tomar en cuenta otros factores como los económicos, políticos, ideológicos, sociales, etc. que son determinantes de la enfermedad. Pero por parte de otros profesionales se visualiza al individuo con potencialidades para el desarrollo de su autonomía y emancipación y en el ejercicio de sus derechos. Las coordinaciones interinstitucionales amplían los tratamientos de rehabilitación, lo que se visualiza como intervención comunitaria. De todas maneras el Equipo plantea el cuestionamiento de este componente como centro de intervención. De acuerdo al marco teórico planteado concuerda este cuestionamiento en tanto es una herramienta del trabajo comunitario, pero no siendo el objetivo último del mismo. A mi entender si estas intervenciones toman un lugar relevante es porque no existe a nivel general un encuadre que habilite una dimensión socio educativa concretada en la intervención comunitaria. Se plantea un tipo de intervención comunitaria que tiene que ver con la realización de talleres que se intenta ubicar en una dimensión promocional y/o socio educativo. Sin embargo la perspectiva de derechos humanos no aparece como objetivo primordial de estas intervenciones. Se plantean entonces diferentes posturas; encontramos aquellas que tienen que ver con el desarrollo de la autonomía de las personas, favoreciendo la autogestión a través de redes comunitarias y otras que tienen que ver con el pautar conductas que mejoren el tratamiento en el usuario y que se encuentran más cercanas a la dimensión asistencial. La promoción de la autogestión que implica el desarrollo de la autonomía de las personas y la participación ciudadana hace pensar que en cierta medida se promueve la construcción de ciudadanía sin que esta concepción relevante – dentro del marco teórico planteado- sea incluida en los objetivos principales del trabajo comunitario. Aparece también la idea de esperar en el Centro de salud a los usuarios/as y en contraposición el salir a la comunidad. Pero no queda claro que significa ¿salir a la comunidad? Donde está el que “sale a la comunidad”? ¿En qué lugar se ubica? Hay un planteo dicotómico del adentro/afuera un una lógica binaria. El propio Saforcada, al plantear el modelo social expansivo versus el individual restrictivo no permite salir de las dicotomías. Esas dicotomías intentan ser superadas desde el paradigma de la complejidad. La clave de la Psicología Social es poder pensar el vínculo entre lo individual y lo social. Hoy se habla de lo singular y lo colectivo, en el entendido que lo singular no es lo individual. De la investigación se deja en evidencia la sobre exigencia que implica el trabajo comunitario en el Equipo de Salud Mental. El esfuerzo está asociado al tema logístico, al éxito de las convocatorias y a los sistemas de dominación de saberes. De acuerdo al marco teórico presentado, la dimensión socio educativa que se

encuadra en el trabajo comunitario implica un desarrollo de procesos, de aprendizajes y cambios en las condiciones materiales y simbólicas de las personas promoviendo nuevas formas de relacionamiento. Desde esta investigación se plantea la tensión existente entre dos lógicas opuestas: los enfoques educativos que apuntan al disciplinamiento y adaptación de los sujetos a las necesidades de reproducción del sistema capitalista y por otro lado el enfoque socio educativo que identifica intereses de clases subalternas alentando su fortalecimiento a través de su accionar. Dentro de los enfoques educativos encontramos discursos que extienden el trabajo clínico del centro de salud a las visitas domiciliarias lo que a mi entender implica desarrollar la dimensión asistencial directa dentro y fuera del centro de salud. El segundo enfoque lo encontramos en la postura de utilizar los saberes en beneficio de todos, des construir mitos, sistemas dominantes, el promover el ejercicio de los derechos de los usuarios/as, el construir con la comunidad, lo que tiende a un trabajo comunitario desde una concepción socio educativa.

Además de esta tensión entre enfoques de diferentes perspectivas se presentan dificultades asociados a una larga historia de asistencia directa. En este sentido los usuarios visualizan al centro de salud como un lugar de atención en salud primaria asociado a tratamientos médicos, lo que dificulta a convocar para participar en espacios comunitarios. Esta dimensión asistencialista que ha primado durante casi un siglo de vida no incluía el trabajo interdisciplinario lo que se concreta hoy en día en el escaso pensamiento de trabajo en equipo y menos aún la visión de un trabajo transdisciplinario. En esta línea resulta dificultoso plantear y concretar estrategias de gestión que aseguren el éxito de la intervención al no contar con diagnósticos actuales que refieran al conocimiento del territorio, alianzas con organizaciones sociales, conocimientos de recursos comunitarios y redes, convocatorias seguras, etc. El trabajo interdisciplinario es una condición fundamental para la promoción de la salud y para la reorientación de los servicios. Se debe trabajar con la mirada de promover estilos de vida saludables y realizando actividades de educación para la salud. Sin embargo en esta investigación se cuestiona que profesiones deben integrarse al trabajo comunitario. Surge entonces otro punto bien interesante que tiene que ver con la división social del trabajo. En este sentido los Equipos de salud Mental suelen encomendar a los profesionales Asistentes sociales y/o a los Psicólogos para el trabajo con la Comunidad. Se las ve como las profesiones que tienen que “salir afuera”. Pero nos preguntamos ¿Por qué solo estas profesiones? ¿No es un pretexto la falta de formación de las otras profesiones? ¿Desde un trabajo interdisciplinario esto sería así? ¿Qué hay afuera, con que se van a encontrar estos profesionales? En definitiva ¿la formación académica no contribuye a esta división social del trabajo?

Concretamente en esta investigación surge el planteo de las dificultades que se le presenta al Equipo Comunitario de Salud Mental para que pueda hacer el abordaje comunitario y en este sentido se plantea: la falta de preparación de las distintas disciplinas, menos a Servicio Social y algunos Psicólogos, los temores e inseguridades para pensar en el “afuera”, la falta de tiempo de los profesionales por las exigencias de la demanda asistencial y la falta de recursos materiales para la concreción de las actividades, ya que no está pensado un presupuesto específico para tal fin. A mi entender todas las disciplinas tienen aportes para realizar en este tipo de intervención; dentro de los equipos hay técnicos más preparados para el área asistencial, otros para el área promocional y otras disciplinas preparadas para gestionar la especificidad de este tipo de intervención, es decir, la comunitaria. Pero un verdadero trabajo en Equipo puede salvar dichas dificultades. En este sentido la reforma del sistema de la salud mental abandona el modelo asilar y concreta la descentralización de la asistencia llevándola a territorios específicos y por otra parte prioriza el primer nivel de atención, en y con la comunidad como estrategia principal. Desde el año 1986, fecha de inicio de la implantación del nuevo modelo, se ha logrado con éxito en llevar la asistencia directa al territorio, permitiendo que la población tenga mayor accesibilidad a los servicios de salud mental. En cuanto a la dimensión comunitaria que tiene como objetivo principal trabajar en y con la comunidad colocando en ella el tema de la salud mental no ha tenido el éxito que se le atribuye a la reforma de la gestión. Esto podría responder a diferentes variables: la descentralización de los servicios aumentó significativamente la atención directa – ampliándose además las líneas de trabajo hacia otras

temáticas como violencia doméstica, abuso y problemas de aprendizajes en niños/as y adolescentes, adicciones y consultas espontaneas en la rama de la psiquiatría y psicología - en los servicios, saturando la capacidad de respuesta de los técnicos asignados. Por otra parte, la concepción del trabajo comunitario en los integrantes de este equipo no apoya una modificación del paradigma hegemónico. De los discursos no se desprende una definición explícita de propuestas de cambios posibles para el trabajo comunitario. La lectura que se puede realizar de lo no dicho pero que está implícito, es que el trabajo comunitario es concebido como una prolongación del trabajo asistencial extramuros teniendo como objetivo principal la potenciación o fortalecimiento de los tratamientos psiquiátricos. Se podría explicar cómo el acompañamiento que realizan los conocimientos surgidos desde las disciplinas sociales al servicio de los tratamientos médicos. En este sentido no existe la concepción de construcción de ciudadanía con perspectiva de derechos humanos. Es como la continuación del modelo médico hegemónico de principios de siglo donde profesiones como la enfermería y las visitadoras sociales acompañaban al médico tratante y reforzaban sus indicaciones. Con esta concepción es obvio que no se asigne un equipo específico para trabajar en comunidad, ni capacitación y presupuesto propio. No hay aún un reconocimiento explícito de aquellas disciplinas que si portan el conocimiento necesario para desarrollar un trabajo comunitario con perspectiva de derechos humanos. Por lo expuesto consideramos entonces que otra variable tiene que ver con la concepción que se tiene sobre trabajo comunitario, el lugar no prioritario que se le asigna, la ausencia de técnicos asignados específicamente a esta área y la falta de presupuesto propio. Lo que quizás esté faltando además es el reconocimiento de la profesión o profesiones que podrían liderar y/o coordinar esta línea de trabajo, siendo ésta un pilar fundamental de la reforma de la salud mental. Al estar todos los profesionales en la asistencia directa frente a una demanda exigente, sumada a un modelo de gestión que aún está en periodo de transición, se invisibiliza la existencia de perfiles que puedan tener el liderazgo para estas acciones.

En suma, de los discursos surge la existencia de una doble concepción con respecto al trabajo comunitario; por un lado el trabajo educativo dirigido a depositar el conocimiento en los usuarios y por otro lado la concepción de trabajo comunitario como desarrollo de las personas a través de las redes territoriales. Entre ambas existe una tensión que se manifiesta en el discurso a través del cuestionamiento de acciones y perspectivas. Más allá de los enfoques conceptuales existen otras dificultades propias de la gestión y de la organización del Equipo Comunitario de Salud Mental así como de la conformación de los equipos y de la “invisibilización” de disciplinas especializadas para liderar el trabajo comunitario y que podrían aportar además de cuestiones metodológicas, también aspectos importantes que tienen que ver con conceptualizaciones del trabajo comunitario. Otra estrategia para el trabajo comunitario es la intersectorialidad que implica “la participación de distintos sectores sociales mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar bienestar y calidad” OPS (2003: 30)

Entre los implicados están los gobiernos, el sector salud, otros sectores sociales y económicos, las organizaciones sociales, las autoridades locales, las empresas, los medios de comunicación y la comunidad. Entonces se debe tener en cuenta a otros actores de la Comunidad, no solo los profesionales de la salud, que puedan contribuir en el mejoramiento de las condiciones de los individuos desde un abordaje integral, teniendo en cuenta aspectos económicos, sociales, culturales así como también la subjetividad década uno. Y por último otra herramienta fundamental para el trabajo comunitario es la participación de la comunidad en el entendido que los individuos sean capaces de identificar sus necesidades y satisfacerlas, dejando que la salud sea dominio exclusivo de la medicina, constituyéndose en algo más complejo, en una preocupación y un derecho de toda la población. La participación tiene como meta llevar a las comunidades a la apropiación de sus propios recursos, acciones y toma de decisiones. Para un proceso de cambio del modelo de atención que promueva la participación comunitaria con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la atención integral de las personas se debe conocer las necesidades de la población, adecuando entonces la atención a las necesidades reales, analizando no solo los determinantes individuales sino las características del contexto en el que se desarrollan las personas.

El territorio es el espacio privilegiado donde se manifiestan las particularidades de lo colectivo y pasa a ser un espacio para la realización de actividades transformadoras en donde se dé una lógica horizontal de intercambio entre usuarios, técnicos, vecinos/as y organizaciones sociales tendiendo a un trabajo organizado y en red. El modelo de atención integral implica llevar la atención de la salud y la salud mental a espacios cotidianos donde los individuos construyen la salud involucrando a las personas y su entorno. Esto implica no ver solo la enfermedad, sino donde vive esa persona, si tiene algún tipo de ocupación, si tiene posibilidades de disfrute del tiempo libre y de recreación. Tomando en cuenta los recursos humanos, hay debilidades que se detectan que responden a los niveles de formación y motivación que tienen cada profesional para trabajar desde esta mirada comunitaria. Pensando en estrategias futuras de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es muy importante acceder a posibilidades de formación y perfeccionamiento profesional permanente. Este perfeccionamiento no solo debería contemplar la especialidad de cada profesional sino también formarse en lo que tiene que ver con la intervención en el trabajo comunitario. Se deben establecer lazos con el territorio, con los recursos locales para tener en cuenta al momento de realizar una intervención profesional. Son importantes los vínculos que establece el Equipo comunitario de Salud Mental hacia afuera, las redes que se establecen con el conjunto de organizaciones sociales e instituciones de la zona y con la población en general. El impulso de un trabajo comunitario real se alcanzará con el desarrollo de un trabajo a nivel territorial con la comunidad, lo cual supone para ello la formación de profesionales con perspectiva de trabajo comunitario, manejo de recursos a nivel local, la incorporación de la dinámica social del barrio, considerando la participación real de la ciudadanía con sus intereses, necesidades y expectativas. Por otra parte también deberíamos cuestionarnos de que participación comunitaria hablamos. Como se lo plantea Z. Bauman con toda su conceptualización de la modernidad líquida, ¿parecería que hay malos vientos para la participación comunitaria en la era de lo efímero? ¿No se deberían considerar otros tipos de participación comunitaria, quizás no tan estructuradas, con delegación del poder, que fueran heterárquicas? ¿No se deberían considerar también nuevas formas de participación desde las nuevas tecnologías impuestas en esta nueva realidad social?

Y para finalizar complejizando aún más la discusión, me gustaría plantear un tema que no surge de los relatos ni opiniones de los entrevistados, pero que deberíamos considerar en cuanto a mí entender aporta a las resistencias en la reforma de la Salud Mental. Encarar la salud mental desde la prevención sería vivir en una sociedad más sana. Uno de los mayores negocios del mundo es la industria farmacéutica, siendo un sector empresarial dedicado a la fabricación, preparación y comercialización de productos químicos medicinales para el tratamiento y la prevención de enfermedades, lo cual reporta niveles de lucro económicamente muy altos. Entonces ¿no será que uno de los principales problemas por los que no se avanza en el cambio de modelo en salud mental tiene que ver con el hecho que la enfermedad es un negocio y trabajar desde la perspectiva de la promoción de la salud, atendería con un paradigma biologicista y medicalizado, en definitiva con la industria farmacéutica? Es uno de los sectores más rentables e influyentes del mundo, lo cual produce elogios por sus contribuciones a la salud y controversias por sus políticas de marketing y campañas. Richard Roberts, premio nobel de Medicina (1993: 3) decía “la salud humana no puede depender tan solo de la rentabilidad, lo que es bueno para los dividendos de las empresas no siempre es bueno para las personas. Las industrias farmacéuticas quieren servir a los mercados de capital.”

## Recomendaciones

- Valorar la existencia de los Equipos Comunitarios de salud mental como primer nivel de atención especializada que permiten mayor acercamiento del propio Equipo al territorio y a los usuarios.
- Contribuir a que las autoridades y los Equipos Comunitarios de salud mental visualicen y reflexionen que se trabaja desde distintas concepciones tanto de la salud mental como del trabajo comunitario.
- Reflexionar como impacta esta situación en el proceso de transformación del modelo de atención en salud mental, sobre todo en la intervención profesional y como consecuencia en los usuarios de los servicios de salud mental.
- Buscar estrategias metodológicas en forma colectiva e interdisciplinaria para incorporar a los usuarios en todas las etapas de las políticas de salud mental (diseño, ejecución, evaluación, monitoreo) y promover la participación activa de los mismos.
- Incorporar mayor cantidad de recursos humanos que tengan formación específica en trabajo comunitario, así como también promover actividades de formación para los integrantes de los Equipos Comunitarios de Salud Mental.
- Reflexionar y definir si deberían co-existir equipos de profesionales en la atención clínica y equipos específicos para la tarea comunitaria en los Equipos Comunitarios de Salud Mental.
- Debatar que disciplinas deben realizar trabajo comunitario. Se debe excluir alguna de las profesiones que integran los Equipos? ¿Se deberían integrar otras disciplinas con otras miradas?

## Referencias bibliográficas

- Acosta L. Trabajo social en el campo de la salud. Obstáculos y propuesta Demanda y oportunidades para el trabajo social. Nuevos escenarios y estrategias. Montevideo: Editorial Eppal; 1994
- Acosta L. Modernidad y Servicio Social. Un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay. (Tesis de maestría). Rio de Janeiro: Universidad Federal; 1998
- Ander Egg, E. América Latina y los Desafíos de la Política Social. Buenos Aires Argentina: Editorial Hvmánitas; 1990.
- Baráibar, X. Poco, para pocos y por poco tiempo: Políticas Sociales en tiempos de emergencia. Revista Institucional de la Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Documento de Trabajo No 12, Buenos Aires; 2007
- Barran J. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar. Tomo I. Montevideo: Edición Banda Oriental; 1993
- Barran J, Bayce R, Cheroni A, de Mattos T, Labisch A, Moreira H. "et al". La medicalización de la sociedad. Montevideo: Editorial Nordan Comunidad; 1996
- Barrenechea C, Bonino M, Celiberti A, Ciganda E, Echenique E, Echenique L. Acción y Participación comunitaria en salud. Montevideo, Uruguay: Editorial Nordan Comunidad; 1993
- Bauman Z. La modernidad líquida. Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.; 2000
- Blanco R, Portillo J y San Martín H. Teoría Social de la Salud. Montevideo: Departamento de Publicaciones de la UDELAR; 1991
- Bertona C, Nanzer F. Intervenir- reflexionar. Experiencias de sistematización desde el trabajo social. Uruguay: Espacio Editorial; 2008.
- Canguilhem, G. Lo normal y lo patológico. México, España, Argentina, Colombia: Editorial Siglo XXI; 1986
- Custo, E. Salud mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social. Argentina: Espacio Editorial; 2008.
- Cherro M. Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento. Montevideo: Gega SRL Imprenta Editorial; 2004
- Dupont R. Re conceptualización del Servicio Social. Montevideo: Editorial Guillaumet; 1966.
- Fernández B. Complejidad social y salud mental. Montevideo: Editorial CSIC-Universidad de la República; 2009.
- Filgueira, F. El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada en "Ciudadanía y Política Social" San José, Costa Rica: Bryan Roberts (Editor). FLASCO; 1998
- Galende E. De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF; 1998.
- Garay, M. Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención", Editorial Oficina del libro Fefmur; 2006.
- García, A Dimensiones y principios en Trabajo Social: reflexiones desde la intervención profesional. En: Temas de Trabajo Social, debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea. Montevideo: UDELAR; 2001
- Giménez, L. (compilador). Cruzando Umbrales. Aportes uruguayos en Psicología comunitaria. Editorial Laquinta S.R.L, 1998.
- Jara, O La sistematización de experiencias y teoría para otros mundos posible. Montevideo: Editorial Eppal Multidiversidad Franciscana de América Latina; 2012
- Jozamiz, Markez y Ortiz. - Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental. Artículo sin publicar.
- Menéndez, E. Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico. Revista paraguaya de Sociología. Año 21, No. 61, 1984
- Menéndez, E. Cura y control la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. México: Editorial Nueva Imagen S.A; 1979.
- Moise, C. Prevención y Psicoanálisis. Propuestas en salud comunitaria. Buenos Aires, Barcelona, Mexico: Editorial Paidós; 1998
- Montaño, C. Hacia la construcción de un proyecto ético político en búsquedas del Trabajo Social Latinoamericano. En: Urgencias, propuestas y posibilidades, Ana Ruiz (coordinadora). Buenos Aires: Editorial Espacio; 2005
- Nin, M., Regina, R. y Porciúncula, H. Implementación y desarrollo del Programa de salud mental en el ámbito del MSP en Equipos Comunitarios de Salud Mental. Un modelo en movimiento. Montevideo: Gega SRL Imprenta Editorial; 2004.

- Pastorini, A. ¿Quién mueve los hilos de las Políticas Sociales? Avances y límites en la categoría “concesión - conquista. En: La política social hoy. Compiladores Borgianni y Montaña. Brasil: Editorial Cortéz; 2000.
- Rodríguez Villamil, M. Experiencias en salud mental comunitaria. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad; 1990
- Saforcada E. Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF; 1999
- Saforcada de Lellis M, Mozobancyk S. Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2010
- San Martín H., Pastor V. Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Madrid: Ed. Díaz Santos; 1998
- Techera A, Apud I, Borges C. La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Montevideo: Editorial Grupo Arte y Salud .Facultad de Psicología-Universidad de la República; 2010
- Quezada M, Matus T, Rodríguez N, Oneto L. Paiva D, Ponce de León M Perspectivas metodológicas en Trabajo social. Desafíos de trabajo social en los 90. Buenos Aires: Espacio Editorial Buenos Aires. ALAETS-CELATS; 1990.
- Weinstein L. Salud y Autogestión. Editorial Nordan – Comunidad: 2008

**Otros documentos consultados**

- Gálvez, Talía. El Trabajo Social interviniendo desde la dimensión socio educativo con sectores en situación de exclusión social. Dificultades y oportunidades. Tesis en Trabajo Social, UDELAR 2012
- Castoriadis, C. El imaginario social instituyente. Zona Erogena No. 35 (Internet); 1997. Disponible en: [www.ubiobio.cl/castoriadis%20cornelius%20-%20el20imaginario](http://www.ubiobio.cl/castoriadis%20cornelius%20-%20el20imaginario) (consulta: 29 de dic 2015)
- Conferencia sobre Salud Mental de Domingo Díaz de Peral, noviembre de 2014, Montevideo, AECI.
- Menéndez, E. Modelo Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de Salud 1988 del 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Ponencia, 1988 pág. 451-464. Consultado en / <http://www.chubut.gov.ar> el 8 de abril de 2014.
- Rossell, T. Trabajo Social comunitario. (Internet); 1998. Disponible en: [www.buenastareas.com-ensayos-trabajosocialcomunitario](http://www.buenastareas.com-ensayos-trabajosocialcomunitario) (consulta 20 abril 2014)
- [www.edgarmorin.org/que-es-transdisciplinaria.html](http://www.edgarmorin.org/que-es-transdisciplinaria.html) (Consulta el 20 de abril de 2014)
- [www.rebelion.org/noticia.php?id=152886](http://www.rebelion.org/noticia.php?id=152886) (Consulta 20 de diciembre de 2014)



## Anexos

### Presentación de la zona de incidencia del Equipo Comunitario de Salud Mental de UDAI 2

Los límites de incidencia del ECSM son: Emancipación, Camino Lecocq, Casavalle y Avda. de las Instrucciones. Abarca varios barrios: Sayago, Peñarol, Conciliación y Nuevo París. La mayoría de la población pertenece al Barrio de Sayago. Esta zona está ubicada en el Municipio G y abarca la zona del Centro Comunal Zonal 13. Para aproximarnos a la realidad material de la población que se domicilia dentro de los límites de injerencia de este centro de salud se ha solicitado a la Unidad de Estadística – Planificación estratégica de la IM un Informe Tipo de la zona de interés en el periodo 2006 2012 con base en los datos acumulados de la encuesta continua de Hogares Fase I Censo 2004 Censo 2011 (Anexo 10).

En esta zona se domicilian aproximadamente 84.000 personas lo que equivale a decir uno de cada 5 ciudadanos que viven en la capital del país. Asimismo 52.000 de ellos no componen hogares particulares. Los mismos se definen como un grupo de personas con un lazo de parentesco o no, siempre que vivan en un régimen familiar en el cual se “comparta la olla” (Anexo 10, pág. 4). Del 2006 al 2012 la cantidad de hogares particulares descendió en un 30 %. Los propietarios de tierras y viviendas ascienden al 55 % de la población mientras que los inquilinos alcanzan el 19 %. Los ocupantes de viviendas en relación de dependencia ascienden a un 20 %. El nivel de viviendas inadecuadas con respecto a sus condiciones asciende al 20%. Con respecto a la ocupación de las viviendas el 47 % de las viviendas ocupadas se hace en forma irregular es decir que estamos hablando de una situación muy precaria. Los tramos de edades mayoritarios se centran en la franja entre 25 a 64 años de edad, el 50 % de la población es adulto o adulto joven. Lo sigue en proporción las niñas, niños y adolescentes que alcanza a 30000 personas y equivalen al 36 % de la población. Los adultos mayores equivalen a un 15 % de la población.

Para poder observar la evolución de la indigencia y la pobreza en este sector de la población cabe plantear que la encuesta continua de hogares considera pobreza aquellos hogares que pueden cubrir las necesidades alimentarias y no alimentarias de sus integrantes en forma “pobre” respecto a una Canasta Básica Total, mientras que los hogares que no pueden cubrir esas necesidades alimentarias se denominan indigentes. En este sentido actualmente 23 vecinos de cada 100 tienen menos de 18 años y son indigentes mientras que en todo Montevideo, 17 de cada 100 son indigentes. Con respecto a las personas adultas solamente una de cada 140 son indigentes en todo Montevideo ( 3 de cada 200). En la evolución 2006 - 2012 la cantidad de hogares en situación de indigencia disminuyó un 60 %. Con respecto a la pobreza se visualiza un descenso de hogares pobres en el periodo 2006 al 2012 en un 50 % aproximadamente. En poblaciones menores a 14 años la pobreza se concentra en el 28 % de ella, mientras que en la población adulta solo el 12 % mantiene situación de pobreza. En adultos mayores el 6 % es pobre. La tasa de desocupación es del 5 % para hombres y el 8 % para mujeres. Aumenta a un 22 % para personas menores de 25 años. El 70 % de la población tiene el ciclo básico de enseñanza completo. El 7 % tiene completa la Universidad y el resto de la población tiene el bachillerato completo. El derecho a la salud hace referencia al derecho que tienen las personas de disponer de Servicios de Salud. El 70 % de la población tiene cobertura de salud en mutualismo. Este estudio muestra datos acerca de la fragmentación social de la población tomando como indicadores el porcentaje de niños en edad preescolar que asisten a establecimientos públicos y privados siendo el 81 % de la población en edad preescolar. El segundo indicador que toma este estudio es el de hogares monoparentales con jefaturas femeninas ascendiendo a un 16 %. Como último indicador este estudio toma el porcentaje de jóvenes entre 15 y 25 años que no estudia ni trabaja ascendiendo al 20 % Estos indicadores de fragmentación social muestran aquellas transformaciones en la estructura social que quiebra la integración de la misma, la fragmenta y propicia mecanismos de exclusión y desigualdad de oportunidades. Todos los niños, niñas y adolescentes que no están en el sistema educativo, mujeres jefas de hogar con hijos a cargo y jóvenes que ni estudian ni trabajan son los grupos más vulnerables.

**Sayago** es un barrio de Montevideo, ubicado al norte de la capital. El origen del nombre surge en el año 1873, en terrenos de Francisco Sayago, por iniciativa de Luis Girard. Se forma a partir de la

parada del Ferrocarril en dicha zona, la que estaba instalada desde el año 1869. En el S XIX tuvo como principal figura de residencia al Gral. Máximo Santos, donde actualmente se ubica el Museo de la Memoria y el Cottolengo Don Orione, casas de esclavos. A principios del SXX ya como zona de quintas, sirvió de lugar de veraneo a los montevideanos. Delmira Agustini y Elías Regules tuvieron casas de veraneo en dicho barrio. Ya avanzado el SXX, Sayago comenzó a albergar a trabajadores. La fundación de fábricas, escuelas y de la Facultad de Agronomía empezó a llevar a Sayago a tener un desenfrenado crecimiento de población. Han cerrado fábricas pero aún hoy en descampados se transforman en nuevos barrios de Sayago. Las casas de veraneo de los montevideanos de la época estaban acompañadas de casas de extranjeros como la de los ingleses encargados de los ferrocarriles, linderas a las vías. La industria marcó y fue la precursora del avance de la zona, destacándose las fábricas de Dolmenit, Portland, AGA y otras siendo la fuente principal de los ingresos de los hogares obreros.

#### **Ex Barrio 14**

Dentro de Sayago hay pequeños barrios, como el ex Barrio 14 de INVE, actual barrio Francisco Acuña de Figueroa, fundado en 1955 y finalizado en 1957, con 87 familias. A esta zona se la conoce como Sayago Norte, aunque su origen y tiempo es similar al de todo Sayago, la referencia Norte es por estar más allá de la Avenida Garzón. El barrio consta de dos manzanas, con 7 pasajes, identificados con números, y 5 calles, en un principio identificadas con letras y actualmente llamadas con nombres de poetizas y personajes femeninos uruguayos de renombre del SXX, un salón comunal, un tanque de agua principal, una Policlínica (UDAI 2) y una comisión vecinal. Sayago cuenta con numerosos servicios, la educación abarca los tres niveles (primaria, secundaria, universidad); cuenta con sanatorio, hospital, clínicas; bancos, sedes del estado como el MGAP, Ministerio de Trabajo (anexo), ferias vecinales, hipercentro, supermercados, radios, etc.

#### **Salud**

La zona de Sayago cuenta con un Sanatorio Privado (Casa de Galicia), con el Centro de Salud Sayago dependiente de la RAP – ASSE reinaugurado en 2009, el Centro de Salud del BPS, una policlínica Cooperativista en el Complejo Habitacional 18 de Julio (MESA III), y un Equipo Comunitario de Salud Mental en el Ex Barrio 14, en la calle Laura Cortina, entre otros centros.



### Nota de consentimiento

Esta entrevista pretende reunir información sobre la concepción de salud, salud mental y trabajo comunitario. Se formularán preguntas generales sobre el tema con un tiempo determinado por el intercambio que surja en la misma y su contenido será grabado. Los nombres de quienes accedan a la entrevista no serán publicados. La participación es voluntaria, teniendo derecho a no responder alguna de las preguntas o cortando la entrevista cuando lo desee. El lugar de la misma será opción del entrevistado, siendo realizada por la responsable de la investigación, AS Lourdes Pérez, en el marco de la tesis final correspondiente a la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. Todo aspecto de la investigación ha sido explicado verbalmente en Idioma Español.

-----  
Fecha

Firma de la persona que otorga el consentimiento

### Cuestionario para aplicar en entrevista

- 1.- ¿Qué concepto tiene de salud y salud mental?
- 2.- ¿Considera que todos los integrantes del equipo tienen la misma concepción sobre la salud y la salud mental?
- 3.- ¿Qué componentes considera importantes para que haya salud mental?
- 4.- ¿Qué concepto tiene del trabajo comunitario?
- 5.- ¿Qué componentes deberían integrarse en el trabajo comunitario?
- 6.- ¿Qué actividades se realizan a nivel comunitario desde este equipo?
- 7.- Como profesional ¿participa de este trabajo comunitario?
- 8.- A su entender ¿Qué impacto tiene esta intervención tanto para la comunidad como para el propio equipo?