

margen N° 121 - junio de 2026

## Intervenciones del Trabajo Social en Salud Mental

Por Cristian Lipari

**Cristian Lipari.** Licenciado en Trabajo Social, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMP). Diplomado en Gestión de Organizaciones Sociales, Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Diplomado en Políticas Públicas en Salud Mental, Escuela de Gobierno en Salud "Floreale Ferrara", gobierno de la provincia de Buenos Aires. Residencia 3° año Trabajo Social en Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende", gobierno de la provincia de Buenos Aires, Argentina.

*La salud mental no puede desligarse de la justicia social, porque el sufrimiento humano está enraizado en la realidad histórica.*

Ignacio Martín Baró

### Introducción

El presente escrito tiene por objetivo exponer diversas reflexiones producto de la experiencia de rotación por el Servicio de Salud Mental del Hospital General de Agudos "Dr. Oscar Alende" de la ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires (en adelante HIGA) el cual constituye parte del Programa de Residencia de Trabajo Social.

En un principio se buscará generar una breve descripción de las particularidades del servicio, para luego avanzar en la profundización de los análisis de cada espacio transitado en la rotación: dispositivo de internación, hospital de día, dispositivo de consumo problemático y rol de nuestra disciplina con relación a las redes de apoyo.

A lo largo del escrito se buscará articular cada espacio y experiencia con categorías propias del campo, realizando una vinculación con el Trabajo Social y los impactos de nuestras intervenciones en las situaciones problemáticas relacionadas a padecimientos de salud mental. A su vez, se retomarán aportes de experiencias de otros escritos realizados por residentes que también han realizado la rotación por servicios de salud mental en hospitales de características similares.

Por último se retoman los aportes realizados en el escrito para brindar una breve definición de las incumbencias de nuestra disciplina en relación a la intervención en situaciones complejas y la categoría de cuidados.

### Conformación del equipo de Salud Mental y trabajo interdisciplinario

En principio es pertinente referir las características generales del servicio de Salud Mental en el

HIGA “Dr. Alende”, el cual es el único efector de salud pública que brinda atención por guardia diariamente en todo lo que conforma la Región Sanitaria VIII de la Provincia de Buenos Aires, compuesta por dieciséis municipios. A su vez, no solo ofrece atención por guardia sino internaciones, tratamientos ambulatorios en caso de requerir seguimiento luego de que un equipo haya intervenido en una situación en particular, entre otros.

También es importante mencionar que tanto el servicio de Salud Mental como el HIGA en su totalidad se encuentran en la ciudad de Mar del Plata, por lo que la ciudad en sí misma conforma una gran parte de la demanda que se atiende en el servicio.

El servicio cuenta con equipos rotativos en internación, los cuales en su mayoría se integran con residentes de las disciplinas de psiquiatría y psicología. Por otro lado, cuenta con equipo de enfermería en ambas salas (varones y mujeres), dos acompañantes terapéuticos, una profesional de terapia ocupacional, administrativos/as, promotores de salud encargados de la seguridad y finalmente, un equipo fijo de Trabajadoras Sociales compuesto por cuatro colegas, quienes participan activamente en los dispositivos descritos a lo largo del escrito.

Más allá de la internación, el servicio cuenta con el dispositivo de Hospital de Día, el cual funciona en un edificio aparte del servicio de internación y compone un espacio de rotación con un equipo conformado al interior del mismo (enfermería, terapia ocupacional, mantenimiento, acompañante terapéutico, psicología y trabajo social).

Además existe el dispositivo de consumo problemático, recientemente conformado por una psicóloga y un trabajador social, los cuales brindan atención también en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) y articulan con dispositivos de atención a consumos problemáticos en la ciudad, realizan primeras escuchas e implementan espacios de abordaje grupales, los que se complementan con una psiquiatra de planta. En su totalidad, el servicio cuenta con una conducción compuesta por una trabajadora social, una psicóloga y un psiquiatra.

La gran cantidad de profesionales se desempeñan en el marco de una organización interna orientada a la ocupación de la mayoría de los espacios de atención que ofrece el servicio, por lo que los acompañantes terapéuticos participan regularmente de intervenciones de abordaje grupal, al igual que las trabajadoras sociales, además de intervenir individualmente en la internación en conjunto con el resto del equipo.

La conformación amplia de miradas disciplinares invita a pensar en un primer momento acerca del lugar de la interdisciplina como modalidad de trabajo y abordaje de situaciones complejas, principalmente a la hora de intervenir en el ámbito de la internación.

Follari (2014) da cuenta de las diferencias respecto de la interdisciplina y la multidisciplina, planteando también las características de la primera en el ámbito institucional, así como también las dificultades que trae consigo la conformación de los grupos para el trabajo interdisciplinario. En dicha diferenciación y en relación a la multidisciplina, sostiene la aplicación a una temática de *aportes de disciplinas científicas diversas*, indicando que no necesariamente implica un entrecruzamiento de saberes para la generación de uno nuevo. Por otro lado, la interdisciplina constituiría un conjunto de modelos, teorías, leyes, metodologías, técnicas, provenientes de diversas disciplinas para la conformación de un conocimiento nuevo que permita acercar una respuesta a problemáticas complejas (Follari, 2014).

A la hora de abordar problemáticas en referencia a padecimientos de salud mental, es inevitable direccionar el trabajo hacia la interdisciplina, no solo por la vinculación interpersonal generada a través de la conformación de un único equipo de trabajo sino por la complejidad de las

problemáticas que atraviesan a los sujetos que poseen un padecimiento de este estilo. Estamos hablando de sujetos atravesados por situaciones de vulnerabilidad económica, habitacional, vincular, por consumo problemático y, en muchos casos, diagnósticos concretos de salud mental que sin un tratamiento sostenido en el tiempo condicionan enteramente el desarrollo de la vida cotidiana del sujeto.

En ese sentido, en su artículo N° 3, la Ley de Salud Mental N° 26.657 de Argentina (2010) define a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, sociales, culturales, biológicos y psicológicos, dando cuenta de la lectura del fenómeno a partir de la composición de elementos complejos que inciden en la vida cotidiana de los sujetos de intervención en este espacio.

Con respecto al punto anterior, resulta fundamental destacar el rol de la Ley de Salud Mental en la orientación de las prácticas, tanto en el ámbito de la internación como en el abordaje ambulatorio y en situaciones vinculadas al consumo problemático. Esta normativa permite la incorporación de diversas miradas en la acción cotidiana frente a cada situación, por ejemplo al señalar la necesidad de garantizar condiciones que hagan sustentables las externaciones, evitando que estas se limiten únicamente al momento en que el efecto medicamentoso resulta satisfactorio en términos psicopatológicos.

Retomando la concepción de interdisciplina y los aportes establecidos en la Ley de Salud Mental, Follari (2014) señala que la finalidad de un equipo, explícita y específica, determina aquello que se pone en relación para posibilitar una conjunción. En este sentido, subraya la necesidad de establecer criterios comunes en términos de objetivos al momento de tomar decisiones sobre las intervenciones, particularmente en el caso de pacientes que atraviesan un proceso de salud mental.

A lo largo del presente escrito se traerá a colación estos elementos, ya que variarán los objetivos dependiendo del espacio donde se trabaje.

### **Dispositivo de internación de Salud Mental en un Hospital de Agudos}**

La internación en el servicio de salud mental está concebida con el propósito de que tenga la menor duración posible y, en ese marco, se generen estrategias que contribuyan al proceso de salud-enfermedad-cuidado favoreciendo la continuidad del tratamiento en el ámbito ambulatorio (Michalewicz et al., 2014).

Con el fin de dar cuenta de las intervenciones realizadas, considero importante retomar la categoría de “clínica del sujeto”. Al respecto, Basaglia (citado por de Sousa Campos, 1996) aclara que la perspectiva es bien fenomenológica: sale el objeto ontologizado de la medicina —la enfermedad— y entra en su lugar el enfermo. No obstante, no es un enfermo en general sino que es un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. Todo el énfasis está puesto en una existencia concreta y sobre la posibilidad de inventarse la salud para estos enfermos. Pero para Basaglia, inventar salud implica más que una intervención técnica y está ligada a la reproducción social del paciente. Esta noción está profundamente influenciada por la perspectiva de ciudadanía activa y de protagonismo, en la cual se parte del reconocimiento del paciente como una persona con derechos, pero que al mismo tiempo se lo debe preparar para hacer valer los derechos propios y construir un mundo mejor para el sujeto y para los otros; esto es una mezcla de actividades políticas, gerenciales, de promoción y de asistencia a la salud.

En la cita retomada se señala que la clínica debe superar la concepción del sujeto entendido únicamente como enfermo, para orientarse hacia una perspectiva semejante a la planteada por la Ley de Salud Mental de Argentina (2010). En este marco, la salud mental se concibe como un proceso que involucra múltiples complejidades y dimensiones, lo que exige garantizar el derecho a la salud desde una mirada integral y respetuosa de la diversidad de factores que la determinan.

Además se considera que una lectura epistemológica que coloque el foco en la enfermedad, conduce a eliminar la singularidad de las situaciones buscando garantizar ciertos patrones regulares, suprimiendo así el campo de imprevisibilidad de la vida cotidiana en la cual desarrollan su reproducción los sujetos (de Sousa Campos, 1996).

Retomando los aportes de la clínica del sujeto, podemos a su vez recuperar la definición de clínica referida por Ingrassia (citado en Rodríguez Peña, 2022), en la que encuadra a esta categoría como prácticas o dimensiones del trabajo interdisciplinario ligadas al trabajo de invención a escala de lo singular, a las intervenciones orientadas a que un sujeto pueda construir nuevas posibilidades existenciales; posibilidades que a su vez impliquen el desarrollo de nuevos grados de libertad, es decir, que impliquen despliegues inéditos de la autonomía subjetiva.

En relación con la intervención en el servicio mencionado, es pertinente señalar que las internaciones pueden ser de carácter voluntario o involuntario, siendo estas últimas las más frecuentes. En la guardia, donde se decide la admisión, se evalúa —de acuerdo con lo establecido en la Ley de Salud Mental— la existencia de un riesgo cierto o inminente para la propia persona o para terceros, en el momento en que el sujeto es evaluado.

La sala de internación se encuentra dividida en sectores para mujeres y varones, cada uno con servicio de enfermería disponible las 24 horas. Al momento del ingreso, durante los pases de sala que se realizan los días lunes y jueves, se presentan las particularidades de cada nueva internación y se define el equipo encargado de trabajar en cada caso. Es así que en los mismos se definen duplas de psiquiatras y psicólogos/as, a los que les corresponde una Trabajadora Social y un Acompañante Terapéutico por equipo.

Cada profesional interviene de acuerdo con las incumbencias definidas por su disciplina; sin embargo, a lo largo del tránsito por diversas situaciones complejas se evidencia que las construcciones epistemológicas propias de cada campo resultan insuficientes para abordar los casos de manera individual. Por ello es que se requiere la articulación de múltiples miradas y una lectura integral que contemple todas las dimensiones del sujeto con el fin de garantizar un tratamiento efectivo y, en consecuencia, una externación sustentable.

La internación puede concebirse como un dispositivo más dentro del proceso terapéutico de los sujetos, en la medida en que forma parte de una estrategia de intervención integrada en un proceso asistencial integral (Cherri et al., 2019).

Este dispositivo constituye una estrategia terapéutica que brinda un mayor sostén subjetivo en momentos de crisis y posibilita la construcción de nuevas formas de pensar y organizar la vida cotidiana. Su finalidad es que, al momento de la externación, el usuario pueda enfrentarse a su realidad desde una perspectiva diferente en referencia al momento del ingreso (Rodríguez Peña, 2022).

Desde el Trabajo Social como disciplina, se entiende que una de sus incumbencias más claras del equipo es la de garantizar los derechos vulnerados de cada paciente. Para ello se proponen acciones concretas orientadas al acceso a determinadas políticas públicas, que pueden convertirse en herramientas fundamentales para la construcción de estrategias de intervención.

Más allá de ello, desde nuestra disciplina se trabaja de manera amplia con el sujeto, considerando que las entrevistas y la construcción de un vínculo con los pacientes constituyen en sí mismas una forma de intervención. A partir de ese espacio relacional es posible proponer diversas estrategias que contribuyan al proceso terapéutico.

Otra de las incumbencias del Trabajo Social se vincula con la articulación con otros efectores de salud, en función de las necesidades que se identifiquen en cada situación.

En relación con lo mencionado anteriormente, resulta pertinente retomar los aportes de Stolkner (2006), quien sostiene que la articulación entre los distintos niveles y efectores de atención debe concebirse como un proceso planificado, sostenido y respetuoso de las singularidades de los sujetos, evitando la reproducción de la fragmentación y garantizando la continuidad de los cuidados. Asimismo, plantea la necesidad de construir un entramado de prácticas que resguarden los vínculos entre instituciones y equipos, con el propósito de asegurar la atención y el cumplimiento de los objetivos en cada usuario que transite un proceso terapéutico.

Esta práctica, retomando a la autora, no se limita al “traspaso” o a la lógica de derivación de cada situación hacia un efector distinto, sino que supone un proceso dinámico en el cual cada institución que interviene con los sujetos pasa a formar parte de su *red comunitaria*. De este modo, se construye un vínculo terapéutico que solo puede sostenerse si la perspectiva de cuidados se mantiene como eje central. A su vez, constituye una estrategia de intervención sostenida en el tiempo y transversal a todos los dispositivos que la integran, compartida por los colegas de nuestra disciplina que desarrollan su trabajo en clave intersectorial.

Además de la articulación con instituciones, el Trabajo Social desarrolla una intervención privilegiada con las redes de apoyo de los sujetos, dado que estas resultan fundamentales para cualquier estrategia que el equipo busque implementar.

Desde nuestra disciplina se busca comprender la realidad cotidiana en la que se encuentra inmerso el sujeto, sus intereses, sus vínculos más cercanos, así como su trayectoria de vida e institucional. También se considera la percepción tanto de la persona como de su red de apoyo respecto del padecimiento en salud mental. A partir de todos estos elementos, el Trabajo Social construye, de manera interdisciplinaria, estrategias de intervención desde lo singular, retomando los aportes previamente mencionados y ofreciendo al equipo la mirada específica de nuestra disciplina.

Por otro lado, el acompañamiento a lo largo de la internación también constituye una intervención en sí misma ya que, como se mencionó, el vínculo generado por los profesionales es central para cualquier acción propuesta a lo largo de la internación.

Cánovas et al. (2024) sostienen que la relación terapéutica constituye un motor de transformación en tanto posibilita que el paciente se reconozca como sujeto activo en su proceso de salud. Retomando estos aportes, es posible pensar en la transformación de una experiencia de sufrimiento -como lo es una internación en salud mental- en un espacio de construcción subjetiva, permitiendo el despliegue de cuestiones referidas a la vida cotidiana o trayectoria de vida del sujeto. De este modo, se favorece la conformación de estrategias futuras orientadas al autocuidado y a la autonomía.

En relación con este punto, las entrevistas realizadas a lo largo de la rotación reflejaron esta perspectiva, en tanto se considera al sujeto como parte activa de su proceso de internación, tomando en cuenta cada aporte realizado por el paciente en su posterior externación. Asimismo, el hecho de que el vínculo sea construido por todo el equipo facilita que los pacientes cuenten con un

espacio de escucha en el momento que lo requieran, sin depender exclusivamente de la intervención de un/a psicólogo/a, psiquiatra, trabajador/a social o acompañante terapéutico.

En lo que respecta a la búsqueda de la participación activa de los sujetos en su proceso de intervención, resulta relevante destacar el rol de las actividades grupales realizadas al interior de la internación, especialmente la *asamblea de usuarios internados*. Este dispositivo grupal tiene como finalidad habilitar la circulación de la palabra de los usuarios que transitan una internación, promoviendo que las temáticas abordadas se vinculen con cuestiones colectivas tales como el mantenimiento e infraestructura de la institución, la convivencia, las particularidades del tratamiento, las dudas respecto del uso de la medicación y la relación con el equipo de salud, incluyendo tanto las buenas prácticas como los posibles malos tratos, entre los aspectos más relevantes.

Es destacable el lugar que ocupa este dispositivo grupal, dado que en cada instancia se enfatiza la importancia de la participación activa de todos los participantes. Los profesionales que participan toman registro formal de lo dialogado, con el propósito de transmitirlo posteriormente a la conducción y generar instancias de modificación o de reclamo ante espacios de decisión superiores. En este sentido, la participación activa en este dispositivo genera condiciones de participación ciudadana como un ejercicio propio de sujetos de derecho capaces de poner en cuestión aquellas situaciones que estructuran o condicionan el tránsito por una internación en salud mental y su propio tratamiento.

En lo que respecta a la internación, al momento de planificar la externación del sujeto se propone la modalidad de permiso terapéutico como una estrategia de evaluación, bajo la premisa de que se trata de un proceso. Los usuarios no reciben el alta de manera inmediata sino que transitan una externación de dos o tres días durante la cual regresan acompañados por su red de apoyo al lugar donde residen o a otra institución. El objetivo es evaluar el acompañamiento brindado por dicha red afectiva, observar cómo se desarrollaron en relación con su vida cotidiana durante el permiso y determinar si, efectivamente, tanto la medicación como los demás elementos previstos en la internación resultaron adecuados para contribuir a su situación de salud.

A lo largo del tránsito por una internación en salud mental se considera que uno de los principales objetivos es que el usuario pueda construir herramientas para el desarrollo de su autonomía, lo cual requiere ser pensado a partir de la constitución del lazo social con otros.

### **Redes de apoyo y de cuidado**

La internación de un usuario implica que necesariamente se involucre un tercer actor en una situación que -probablemente- haya sido sostenida por la red de apoyo del sujeto. Por lo tanto, invita a pensar a la institución y los equipos de salud como un elemento mediador para sostener tanto al padecimiento del sujeto como a su red afectiva.

Este involucramiento puede permitir nuevas formas de vinculación entre el usuario y sus vínculos, también pensando estrategias de transformación en este punto.

Es fundamental reconocer los impactos que un padecimiento de salud mental genera en las redes afectivas, ya que estas suelen sostener la vida cotidiana de los usuarios a lo largo del tiempo y, en ocasiones, pueden experimentar un cierto “agotamiento” si no se cuenta con posibilidades para acceder a un tratamiento prolongado, .

En este sentido, una de las incumbencias del Trabajo Social consiste en realizar entrevistas con

quienes acompañan. Por un lado, el propósito es brindar un espacio de escucha y de resignificación subjetiva acerca de lo que implica atravesar un padecimiento de salud mental y, por otro, evaluar la conformación y posibilidad de expansión de la red buscando incorporar otros actores en el proceso. Este trabajo puede abordarse a partir de la desnaturalización de la situación, recuperando en las entrevistas la trayectoria de vida y los vínculos del sujeto con el objetivo de generar un vínculo de confianza, tanto con la institución como con los equipos de salud

El trabajo y conocimiento de estas realidades aporta al resto del equipo insumos valiosos respecto de las herramientas disponibles y de las posibilidades de acompañamiento ante una eventual externación.

El trabajo social tiene un amplio campo de conocimientos alrededor del concepto de *lazo social*, el cual puede pensarse como el conjunto de relaciones que permiten la integración de los sujetos en la trama comunitaria. Este lazo se construye en la vida cotidiana de los sujetos, en espacios comunitarios y en las instituciones. Al respecto, Carballeda (2018) plantea que estos vínculos sostienen la vida comunitaria y que tienen vinculación con nuestra disciplina, en tanto la intervención del Trabajo Social busca reconstruir, fortalecer o resignificar esos lazos cuando se encuentran atravesados por escenarios de exclusión, crisis o vulneración.

Por otro lado, Sluzki (1996) define a las redes sociales o de pertenencia como aquella trama de vínculos significativos que cumplen funciones concretas de sostén, identidad y cuidado. Es importante dar cuenta de este punto, ya que todas aquellas significaciones e identidad que compone al sujeto es producto de aquellos vínculos que sostenga a lo largo de su trayectoria de vida.

Pero al pensar en el concepto de red no se alude únicamente a la familia sino también a los vínculos generados a lo largo de la trayectoria institucional de los usuarios; en particular, se destaca la relación que se establece entre un sujeto que atraviesa un proceso, ya sea en internación o ambulatorio, en el servicio de salud mental y el equipo de profesionales que lo acompaña.

Un elemento importante que retoma Sluzki, entre las diversas características que desarrolla, es el de la reciprocidad. Este concepto alude a que los sujetos no son únicamente receptores pasivos de cuidados sino que, en tanto sujetos de derecho, también aportan a la red en un vínculo recíproco.

Este último punto es una dimensión a considerar en la intervención con las redes de apoyo, ya que desde nuestra disciplina se busca que se comprenda a la persona con padecimiento mental como un sujeto capaz de realizar acciones que aporten a la dinámica de esta red. En este sentido, también busca desmitificar la idea de que el cuidado es únicamente unilateral de un sujeto a otro, el cual prescinde de toda autonomía. Es por eso que también se trabaja alrededor de esta última dimensión como un proceso que se genera a partir de la interacción entre todos los elementos que componen la red.

Siguiendo lo mencionado anteriormente, al momento de pensar la intervención en un dispositivo de internación en salud mental, nuestra disciplina cumple un rol fundamental al reconocer que los lazos y redes son históricos y dinámicos, y que se encuentran vinculados con problemáticas sociales más complejas; por consiguiente, la intervención no puede ser concebida como un proceso mecánico sino que debe integrar la trayectoria de vida del sujeto y la participación activa de todos los actores involucrados.

A partir de allí es que la intervención puede construirse bajo la premisa mencionada. No solamente se trata de una acción bajo estándares funcionalistas con el objetivo de que la persona se vea acompañada en su proceso de salud-enfermedad-cuidado sino que se encuentra atravesada por la lectura de estas redes de cuidado que tienen consigo la posibilidad real de transformación.

Al interior del servicio de Salud Mental funciona también un dispositivo grupal llamado “entornos afectivos”, enfocado particularmente al acompañamiento de las redes afectivas de usuarios internados. La participación en este espacio es privilegiada en el sentido que es posible escuchar y visualizar aquellas preocupaciones o necesidades de quienes acompañan en el cotidiano, a aquellos sujetos con quienes se interviene en la internación.

### **Hospital de día**

En lo planteado anteriormente respecto de la construcción o el abordaje a partir del concepto de lazo social, es posible vincular dichas categorías con el trabajo y experiencia transitada en el Hospital de Día, el cual también forma parte del servicio de salud mental del HIGA “Dr. Alende”. El mismo consistió en formar parte del equipo y acompañar las situaciones que allí se trabajan.

La modalidad de trabajo es radicalmente distinta a la del dispositivo de internación, ya que en este caso se trata de un dispositivo con una perspectiva ambulatoria y con foco en el sostenimiento de lo comunitario como eje orientador de todas las prácticas que allí se desarrollan.

El Hospital de Día cuenta con un equipo integrado, como ya se mencionó, por una amplia variedad de profesionales provenientes de diversas epistemologías de trabajo.

Con respecto al funcionamiento diario, recibe aproximadamente entre 20 y 30 usuarios de lunes a viernes en horario diurno. Quienes asisten realizan actividades de gran diversidad a lo largo de la semana (taller de pintura, dibujo, carpintería, huerta, etc.). Algunas de las actividades mencionadas también conllevan articulación con otros efectores o residencias (por ejemplo nutrición, con el proyecto de huerta o la realización de talleres en articulación con proyectos de extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata).

En relación con la inserción de los usuarios en este espacio, habitualmente se trata de articulaciones propuestas durante la internación y que forman parte de las estrategias que los equipos de dicho dispositivo consideran al momento de planificar el sostenimiento del tratamiento, una vez superada la situación aguda de los usuarios.

Como se mencionó al principio del apartado, uno de los enfoques principales de este espacio es el fortalecimiento de los vínculos sociales como principal estrategia de abordaje en situaciones de padecimiento mental. En este sentido, los talleres y actividades pasan a segundo plano, en tanto el objetivo principal es la vinculación entre los participantes y, por otro lado, el cuidado y apropiación del espacio como parte de su vida cotidiana.

En ese sentido, Camarotti (2015) se refiere al modelo integral comunitario como aquel que pone el foco en la promoción y prevención de la salud, incorporando como parte de la lectura y análisis de las situaciones el contexto en el cual se dan los padecimientos de los sujetos.

A su vez, se señala que la participación de las personas en su propio proceso de resignificación de su padecimiento se construye a partir del reconocimiento de aquellos elementos que condicionan los padecimientos de salud mental en el entramado comunitario. Este objetivo que menciona la autora sólo es posible ponderar desde la cercanía, vinculación y dando lugar a la apropiación de los sujetos del espacio que transitan, entendiendo también de que se trata de una institución de salud.

Camarotti (2015) alude también a que la forma más adecuada de propiciar estos espacios es mediante políticas participativas basadas en tres ejes fundamentales que, a mi consideración, estructuran también el acompañamiento de los profesionales del dispositivo en cuestión: el rol

activo de las personas como sujetos de derecho, la construcción de ciudadanía concomitante a ello y el logro de autonomía.

La concepción del padecimiento de salud mental como parte de la constitución del sujeto, y no como su totalidad, conlleva a necesariamente pensarlo como sujeto de derecho, el cual y a partir de allí, es capaz de ejercer sus potencialidades en la vida cotidiana más allá de aquellas cuestiones que lo condicionan.

Por otro lado, la construcción de ciudadanía es un elemento primordial para el logro de autonomía, la cual se considera uno de los principales objetivos de cualquier intervención que se realice desde el área de salud mental, ya que es notable que a partir de un evento de salud agudo, el sujeto ve complejizada sus posibilidades de autonomía, hasta incluso necesitar que otros acompañen el proceso.

Por ello, la práctica cotidiana y la vinculación del equipo de salud con la trayectoria de vida de los usuarios permite la construcción de nuevas narrativas alrededor de los padecimientos que colocan a los mismos en un lugar de sujetos capaces de potenciar aquellas cuestiones que generan interés o que simplemente son funcionales a su vida cotidiana.

Entonces, a partir de esa lectura es posible inferir que las prácticas en este dispositivo se encuentran atravesadas por dos elementos fundamentales que permiten resumir lo anteriormente mencionado: las prácticas de cuidado y el lazo social como categoría central en la construcción de ciudadanía.

Ambos conceptos funcionan de manera simbiótica y retroalimentada, ya que no es posible hablar de cuidado sin que eso repercuta en la construcción de vínculos y relaciones que se establecen entre las personas. Camarotti (2015) refiere que las prácticas de cuidado parten del trabajo territorial, ya que todos los actores sociales que participan en el ámbito comunitario son quienes reciben y ejercen prácticas de cuidado.

Es allí donde se hace inevitable pensar en el abordaje del lazo social como mecanismo generador de prácticas que lleven consigo el ejercicio del cuidado relacional (Carballeda, 2014). El espacio comunitario es un recurso necesario para pensar estas estrategias, también comprendiendo que este mismo espacio puede generar mecanismos de exclusión y padecimiento.

El sufrimiento social refiere a estas últimas prácticas y da cuenta de la necesidad de revertir estas dinámicas a partir de dispositivos como el descrito en este apartado (Camarotti, 2015).

Por otro lado, el ejercicio de la interdisciplina (Follari, 2014) forma parte de una práctica cotidiana al interior del espacio, ya que al poseer un equipo conformado y un objetivo concreto, permite el desenvolvimiento de las disciplinas en prácticas concretas de acompañamiento bajo los ejes anteriormente mencionados. Esto no significa que no existan tensiones propias de la epistemología que conforma el pensamiento de cada profesional sino que permite determinada permeabilidad para abordar las situaciones desde la perspectiva comunitaria antes mencionada.

Por último, a lo largo de la rotación fue posible escuchar también las experiencias de las redes de apoyo de los usuarios que asisten a Hospital de Día, ya que una vez al mes se realiza un encuentro únicamente con ellos a los fines de acompañar y pensar en la situación de cada usuario, incorporando la vida cotidiana referida por sus propios afectos.

Las devoluciones de estas redes resultan sumamente positivas y, si bien refieren a las problemáticas propias de acompañar a una persona con padecimiento de salud mental, también destacan aquellas cuestiones que los usuarios lograron incorporar a lo largo de su trayectoria en el

dispositivo y que han tenido un impacto significativo en su vida cotidiana.

Es importante remarcar la relevancia de este espacio, no sólo por su amplia trayectoria como parte de lo institucional sino también porque su conformación se originó desde sus bases con objetivos comunitarios. Se concibe la salud mental como el complejo proceso que es, poniendo el foco en la necesaria vinculación entre la institución, los equipos de salud, las redes de apoyo y los usuarios, con el cuidado como eje principal.

### **Dispositivo de consumo problemático**

Tal como lo indica la Ley Nacional de Salud Mental (2010; Art. 4)., las adicciones o consumos problemáticos deben ser consideradas como parte de las políticas de salud mental. Esto es así porque se reconoce que el consumo de sustancias psicoactivas constituyen un problema de este campo, adecuándose también a la modalidad de trabajo propuesto por la misma ley (interdisciplina y enfoque integral) garantizando el goce de los Derechos Humanos de los sujetos en toda intervención.

A su vez, esta ampliación en el tratamiento de las situaciones por consumo problemático contemplan la despenalización de los usuarios que se encuentran atravesados por esta problemática, entendiendo que se trata de una cuestión de salud y no de un asunto a abordarse únicamente desde el ámbito judicial.

Acompañando esta legislación y a partir de un proyecto impulsado por el Servicio Social del hospital, el HIGA “Dr. Alende” incorporó el dispositivo de consumo problemático como parte del servicio de Salud Mental. No obstante, es importante señalar que esta problemática ya venía siendo abordada previamente por diversos profesionales dentro del servicio, quienes desarrollaban grupos de trabajo en el dispositivo de internación. Este nuevo espacio está conformado por una psicóloga y un trabajador social, con el objetivo de abordar la problemática en el marco de la internación en salud mental. Entre sus funciones se incluyen la apertura de espacios de primera escucha dirigidos a la comunidad, la articulación con otros efectores comunitarios que trabajan la temática, la construcción de la problematización del consumo tanto en entrevistas individuales como en modalidad grupal, y la generación de espacios de escucha ante situaciones detectadas por otros profesionales del hospital en cualquier dispositivo de internación, incluso cuando la situación de salud que atraviesan los usuarios no esté directamente vinculada al consumo.

Allí se trabaja particularmente en el acompañamiento en el grupo del dispositivo de internación de salud mental, el espacio grupal de acompañamiento realizado semanalmente con personas de la comunidad que no se encuentran internadas y el espacio de primera escucha realizado con el objetivo de ofrecer acompañamiento en el grupo mencionado.

Los espacios grupales tienen como objetivo central poner en común la problemática y reflexionar sobre el modo en que ha impactado en la vida cotidiana de cada participante. Se enfatiza que el consumo problemático constituye una realidad compleja que no depende únicamente de la voluntad individual sino que está atravesada por factores socio-comunitarios, psicológicos y vinculares. Esto implica la necesidad de reconstruir las representaciones sociales que imperan en torno a esta temática.

Particularmente, el dispositivo grupal que funciona luego de que las personas puedan tener su lugar en primera escucha está pensado con el objetivo de sostener la problematización de la situación, brindar un lugar donde se puedan alojar aquellos padecimientos desencadenados por

consumo y, al mismo tiempo, articular de manera cuidada con otros efectores de salud comunitarios acorde a la singularidad de cada usuario.

Esta manera de pensar la intervención permite pensar a mediano plazo un acompañamiento ante situaciones que, regularmente, tienen una larga trayectoria.

En este punto resulta necesario definir algunas consideraciones referidas a la temática. En principio, el equipo se orienta a partir de diversas categorías que guían la práctica y la perspectiva en relación al consumo problemático. Según Barrenengoa (2020), es posible definir la vinculación de un sujeto con el consumo a partir de considerar al mismo como un proceso histórico y biográfico que ha condicionado dicha relación. El autor se refiere al mismo como trayectoria de consumo. Al comprender la problemática desde una perspectiva relacional, podemos pensar al consumo como un trayecto dinámico atravesado por elementos sociales, culturales y subjetivos.

En ese sentido, la trayectoria de consumo tiene estrecha vinculación con la trayectoria de vida de cada sujeto y cobra importancia el considerar la singularidad en cada caso, ya que la forma en la que los usuarios se relacionan con el consumo es distinta, considerando su complejidad.

Un elemento importante que refiere el autor con respecto a la *interrupción del consumo* es la de considerar a este proceso como un momento de redefinición subjetiva, donde la problemática deja de ser invisibilizada, para convertirse en objeto de intervención (Barrenengoa, 2020).

Al reconocer el impacto del consumo en los vínculos, la vida cotidiana y la salud, es que el proceso comienza su momento de problematización. Al referirse a las sustancias y la vinculación con los sujetos, Camarotti (2015) menciona que

Se parte de la idea de que lo determinante no es el producto (la sustancia), sino la relación entre ese producto y el modo de vida en que se inscriben las drogas, ya que estas no existen como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso. Por ello, es necesario hablar de diferentes modos de consumo, lo que comprende: frecuencias y cantidades, tipo de compromiso frente al consumo de drogas, significados que los grupos les otorgan a las drogas, rituales y sanciones organizados alrededor del consumo de las sustancias.

Estas categorías constituyen ejes de abordaje, especialmente en el primer momento en que los usuarios se acercan al servicio de salud mental para participar en el espacio de primera escucha. En este dispositivo se procura indagar sobre la trayectoria de consumo de los usuarios y, al mismo tiempo, comprender la vinculación del consumo en el momento de la entrevista. Asimismo, se exploran los motivos que han llevado a la persona a acercarse al espacio, ya sea por decisión propia o acompañado por su red afectiva.

A su vez, este estilo de entrevista tiene relación con lo referido por Contrera (2016), quien menciona que esta instancia busca retomar la trama narrativa respecto de los significantes del sujeto en torno a una cuestión en particular, en este caso el consumo. Esta recuperación de la trama narrativa tiene grandes potencialidades en términos de transformación, ya que al resignificar la trayectoria de vida del sujeto es posible dar cuenta de los elementos que condicionan la situación presentada, permitiendo en un primer momento una apertura a la problematización como centro de la intervención.

Luego del espacio de primera escucha, quienes presentan características que permitan el abordaje grupal comienzan a participar del espacio refiriendo que no se trata de una instancia

donde se penalice a quien no sostenga la interrupción del consumo, sino por el contrario, una puesta en común de aquellas circunstancias que dificultan llevar a cabo este objetivo.

Normalmente, las temáticas dialogadas en el espacio tienen vinculación con situaciones de la vida cotidiana, que a su vez tienen estrecha relación con aquellas cuestiones que han motivado la trayectoria de consumo a lo largo de la historia de vida. Nuevamente es posible retomar a Camarotti (2015) cuando refiere que el modelo comunitario integral busca incorporar en el análisis el contexto en el cual se da el consumo, con el objetivo de anticiparse a los efectos que estas condiciones pueden generar.

Con respecto a los espacios grupales, la misma autora hace referencia no solo a las prácticas de cuidado referidas en el apartado anterior; agrega que a partir de una búsqueda de construcción de estrategias de promoción en salud en consumo problemático se busca habilitar a los sujetos a participar activamente en el proceso de redefinición de la vinculación con el consumo.

Es así que como estrategia de abordaje, lo *común* promueve la desnaturalización de aquellos determinantes socioculturales y de la influencia de aquellas prácticas que promueven el consumo, a partir de la identificación con un *otro* motorizando el desarrollo de aquellas potencialidades para modificar ambas condiciones hacia horizontes de bienestar construidos y reformulados según sus propias experiencias (Camarotti, 2015).

### **Conclusiones: el Trabajo Social como disciplina de lo complejo y el cuidado**

Por la complejidad descrita a lo largo del presente escrito, el campo de la salud mental invita a pensar cómo el Trabajo Social, como disciplina, se incorpora poniendo en juego la mirada, las prácticas, la metodología y su epistemología al servicio de generar prácticas de cuidado y sostenimiento en todos los niveles de la intervención.

Rodríguez Peña (2022) refiere que, a través de la interpretación de las narrativas singulares de los sujetos, el Trabajo Social incorpora a la mirada de los equipos la caracterización y evaluación de los recursos (materiales y simbólicos) que el usuario y su red de apoyo disponen para abordar aquellos padecimientos subjetivos, con la complejidad que ello conlleva.

A su vez, considero que al ser padecimientos vinculados estrechamente con la realidad social, es pertinente también dar cuenta de las motivaciones de las condiciones de existencia de los sujetos. Es decir que el padecimiento de salud mental no dependerá únicamente de la medicación o de un tratamiento, sino del nivel de acompañamiento de los equipos de salud en la generación de condiciones de existencia que sean favorables para la reproducción subjetiva de los usuarios.

En tal dimensión también se pone en juego la posibilidad de construcción de proyectos de vida que motoricen aquella subjetividad atravesada por un padecimiento intangible y, muchas veces, difícil de encuadrar en un diagnóstico. Es por esto que nuestra disciplina tiene un rol primordial y privilegiado a la hora de construir epistemológicamente cada situación con fundamento teórico, vinculado al contexto y realidad social que transitan los usuarios y sus redes de apoyo.

Reflexionar sobre estos elementos permite reconocer la necesidad de que existan políticas públicas que garanticen desde el Estado no sólo la reproducción material sino también la construcción de recursos simbólicos en torno a esas condiciones materiales de existencia. En ese sentido, la coyuntura actual de desvalorización de las potencialidades del Estado para generar dichas condiciones dificulta nuestra intervención, haciendo necesaria una resignificación de lo público como aquello que posibilita modificar y transformar las condiciones estructurales que

inciden en la situación de salud mental de los usuarios con quienes se interviene. Esto tampoco sería posible sin tener presente una lógica de cuidado y vinculación con el otro, teniendo en cuenta la narrativa singular de cada usuario y su trayectoria de vida con el objetivo de comprender los orígenes del padecimiento en su trama más amplia y abordarlo desde allí, con entera participación de todos los efectores.

La institución de salud es un actor más que emerge en esta narrativa funcionando como intermediario, agente de cuidado y espacio de reflexión para la construcción de nuevas posibilidades de transformación. Con respecto a la categoría de Cuidados, la OMS (2024) la define como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud para prevenir enfermedades, y hacerles frente con o sin el apoyo de un trabajador de la salud o asistencial.

Por su parte, Mauleón (2014) entiende al cuidado como un proceso relacional que involucra a sujetos, profesionales, instituciones y comunidades. Enfatiza que este concepto reconoce la integralidad del sujeto, atravesado por múltiples dimensiones que componen la vida de los mismos.

El Trabajo Social en Salud Mental constituye un campo de intervención que nuclea estas dimensiones en el trabajo interdisciplinario, logrando ocupar un lugar privilegiado (enmarcado en la legislación vigente) como un actor importante en la toma de decisiones en torno a todas las situaciones que se trabajan en el servicio en cuestión.

A su vez, la categoría de cuidado como central a la hora de pensar las intervenciones en este campo, refiere a la lectura que realizamos desde nuestra disciplina, considerando las dinámicas institucionales y el lugar disruptivo que significa la vinculación con equipo de salud, una institución y hasta nuestra propia profesión. Es así como nuestra disciplina se propone propiciar y contribuir a una mejora en las condiciones de salud y cuidado en determinados escenarios y territorios, así como el acceso a derechos fundamentales en función de su integración social (Fussi, 2019).

Lo *social* existe en tanto existan vínculos establecidos entre los sujetos, lo que conlleva a pensar en el lazo social como un elemento de principal importancia para la intervención en un campo que busca resignificar aquellos elementos que han condicionado la trama narrativa de los sujetos al momento de una internación o primer consulta para el abordaje de una problemática que atraviesa la vida entera de una persona.

Es a partir de la entrevista -como instancia de intervención- cuando se pone en juego la capacidad de nuestra disciplina para la escucha con el objetivo de recuperar aquella construcción narrativa de significados y, por otro lado, la palabra como principal herramienta de intervención (Contrera, 2016). Este último punto nos brinda la legitimidad para pensar en el lugar de nuestra disciplina en los equipos de salud y la capacidad transformadora de construir las condiciones que movilicen la consciencia de los usuarios, todo ello en torno a la potencialidad de las capacidades de reproducción subjetiva de la vida cotidiana, poniendo el foco en el acompañamiento y el cuidado como elementos ético-políticos capaces de orientar toda intervención realizada en este campo.

## **Bibliografía**

- Barrenengoa, P. (2020). Subjetivación y trayectorias de consumos problemáticos juveniles. *Revista de Psicología, Vol. 19 Núm. 2*, Universidad Nacional de La Plata.  
<https://doi.org/10.24215/2422572Xe053>

- Camarotti, A.C. & Kornblit, A.L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud Colectiva*, 11(2), 221–234. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/684>
- Carballeda, A.J.M. (2018). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Editorial Margen. Buenos Aires.
- Cánovas, N., Vilchez Tornero, M. & Medina Rodríguez, L. (2024). *La relación y el vínculo terapéutico en enfermería de salud mental como motor de cambio*. Congreso de Enfermería en Salud Mental, XV Congreso Internacional de Enfermería y Fisioterapia, Granada, España. <https://congresoenfermeria.com/2024/pdfs/72356.pdf>
- Cherri, J.; Terán, B. y Rodríguez Peña, M.J. (2019). *La internación involuntaria como momento posible para la construcción de una demanda de tratamiento*. Ponencia en las VIII Jornadas Nacionales de Salud Mental InterRISaM 2019 "La Urgencia en Salud Mental". Santiago del Estero, Argentina.
- Congreso de la Nación Argentina (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010. <https://mpd.gov.ar/uploads/documentos/Ley%2026657.pdf>
- Contrera, V.L. (2016). Trabajo Social Familiar: la narrativa en la entrevista como espacio de reconstrucción de relatos. *Revista Margen N° 79, enero de 2016*. <https://www.margen.org/suscri/margen79/contrera79.pdf>
- Cordero, M. V. (2023). La intervención del trabajo social en un dispositivo de atención en crisis. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 15, 122–129. <https://doi.org/10.18294/smyc.2023.5239>
- Follari, R. (2014). Interdisciplina, hibridación y diferencia: algunos rubros de su discusión actual en América Latina. *De Raíz Diversa, vol. 1, núm. 1*, abril-septiembre, pp. 67-82, 2014. [https://latinoamericanos.posgrado.unam.mx/wp-content/uploads/01\\_03.pdf](https://latinoamericanos.posgrado.unam.mx/wp-content/uploads/01_03.pdf)
- Giménez, C.I. (2024). Trabajo Social y Salud Mental: aportes posibles para pensar procesos de desinstitucionalización en salud. *Revista Margen N° 115*. <https://www.margen.org/suscri/margen115/Gimenez-115.pdf>
- Michalewicz, A.; Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones vol.21 no.1*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v21n1/v21n1a21.pdf>
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2022). *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar*. <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/8910cf41-1316-4683-b3ef-dc4a61befd9d/content>
- Rodríguez Peña, M. J. (2022). Internaciones por salud mental en el Hospital General y el lugar del Trabajo Social: análisis de experiencia desde la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM) del Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria, Santa Fe. *Cátedra Paralela*, 20, 111–131. <https://doi.org/10.35305/cp.vi20.332>
- Sluzki, C. (1996). *La red social: fronteras de la práctica sistémica*. Gedisa Editorial, Barcelona.
- de Sousa Campos, G. W. (1996). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*.

Ministerio de Salud provincia de Río Negro, Argentina.

[https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud\\_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf](https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf)

Stolkiner, A. & Solitario, R. (2006). *Atención primaria de la salud y salud mental: la articulación entre dos utopías*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA), Argentina.

[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad2/subunidad\\_2\\_3/stolkiner\\_solitario\\_aps\\_y\\_salud\\_mental.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_solitario_aps_y_salud_mental.pdf)