

TUTORA: Martina Aguiar Auerbach

Salud Mental infantil

Una perspectiva desde la Educación Social

Andrés M. Martínez Roel

23 de Noviembre de 2020

Tabla de contenidos

Justificación	1
Antecedentes en la temática.....	3
Objetivos.....	5
Estrategia metodológica.....	5
Antecedentes en el área.....	7
Historicidad de la salud mental en el Uruguay	8
Incorporación de la perspectiva de DD.HH a la atención en salud mental	12
Marcos institucionales del trabajo.....	14
Relato de experiencia.....	17
Momentos iniciales de la práctica en campo	18
Momento intermedio y resolución.....	22
Descripción de la tarea educativa social.....	23
Elementos de la tarea cotidiana.....	24
Educación social y Derechos Humanos (DD.HH).....	26
El vínculo educativo como formador de subjetividades.....	27
En el entendido de la ES como derecho.....	29
La centralidad del sujeto en el trabajo interdisciplinar	31
Educación Social y Salud Mental	33
Hacia el encuentro con el sujeto de derecho.....	37
Funciones de los Educadores Sociales.....	41
Conclusiones y reflexiones finales.....	44
Referencias.....	
Glosario.....	
Anexos.....	

Introducción

Justificación

La temática abordada en el presente trabajo corresponde a Salud Mental desde la perspectiva de la Educación Social. La experiencia seleccionada se produjo en el marco de la práctica pre-profesional del último año de la carrera, donde se trabajó en el dispositivo de salud mental infantil comprendido en la red de primer nivel de asistencia de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

La elección de esta experiencia y tema se fundamenta en lo novedoso de la temática, ya que en su momento era apenas el segundo año de práctica pre profesional para la Educación Social en estos dispositivos. En este sentido, ante la falta de un marco referencial para dichas prácticas, se vivió como un desafío personal y profesional.

En lo que respecta a nuestro país, existen pocas o casi ninguna experiencia en estas temáticas interrelacionadas, lo que anima a profundizar más en estas áreas. Por tanto el presente trabajo tiene entre sus intenciones generar un insumo y registro de lo que se trabajó desde lo educativo social en este dispositivo, al mismo tiempo que es el ejercicio de sistematización de experiencia de la práctica, que toma elementos y estrategias de la investigación cualitativa para desarrollar la información, los datos y el análisis.

Por otra parte el ingresar en un campo profesional como el de la medicina, profesión con amplio desarrollo, lógicas particulares y pocos registros de este tipo de experiencias, se toma como una oportunidad. La integración de la Educación Social a los entornos sanitarios, se ve como territorio a construir propiciando nuevos modos de atención en estos dispositivos, que podrían redundar en el beneficio de las personas atendidas.

Un aspecto destacable en los equipos de Salud Mental Infantil, es la organización ya existente de trabajo a través de equipos multidisciplinarios. Las profesiones que componen estos equipos y a la que se debe anexar el trabajo educativo

social es encabezada por el profesional en psiquiatría, junto a enfermeras/os y trabajadores sociales. El trabajar desde lo multidisciplinar, en la integración de la educación social con otras profesiones se considera como aspecto positivo en la mejora de la atención en clave de derechos para los sujetos.

El enriquecimiento que se produce en el entrecruzamiento de las distintas profesiones, es lo que se observa como una oportunidad para lo educativo social, de habitar nuevos lugares y colaborar en la construcción de dispositivos de atención que sean percibidos como espacios más amenos por los sujetos y sus familias.

El concepto de Salud Mental a lo largo del tiempo ha ido cambiando, dejando de ser considerado la simple ausencia de enfermedades o afecciones como buen estado de salud; para pasar a ser como lo denomina la Organización Mundial de la Salud (OMS): un estado de completo bienestar físico, mental y social. Como se ve en la definición el padecimiento de una enfermedad mental involucra multifactorialidad de componentes, entonces para lograr sobrellevar una enfermedad mental se debe entender a los sujetos diagnosticados y a los familiares que lo acompañan. Se considera una posibilidad o justificación si se quiere, el trabajo de la Educación Social en estos espacios al facilitar el acceso a una atención de calidad, ante el planteamiento de situaciones de vida en los entornos intrafamiliares, sociales y comunitarios de las personas.

Continuando en la misma línea, los cambios que transitaba el país en lo que atañe a la discusión y promulgación de una nueva ley de Salud Mental, demostraban el cambio de paradigma, elementos que sirvieron como estímulo para ahondar en esta experiencia. La modernización del modelo en la atención provoca movimientos en las concepciones de las diferentes profesiones que llevan a la modificación de los dispositivos, la respuesta sanitaria va en la línea de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por alguna situación de salud mental. La articulación de los diferentes servicios para la consolidación de una red de soporte, la respuesta que se debería brindar en lo que concierne a las particularidades de la salud mental con abordajes en la comunidad, es lo que demuestra que se torna relevante para la Educación Social el acompañar dicho enfoque.

Al mismo tiempo la transversalidad existente de los Derechos Humanos en este paradigma, brindan mejores elementos para la relevancia de la Educación Social por considerar al profesional de la Educación un agente con formación idónea en estos aspectos.

Antecedentes en la temática

Debido al poco recorrido que se tiene en nuestro país del binomio Educación Social y Salud Mental, se realizó una búsqueda documental de materiales teóricos ampliada a otros países que sí, tienen mayor experiencia en la temática. Se encontraron algunos trabajos educativos sociales relacionados a los espacios sanitarios de Salud Mental:

- *La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: El amor por la pregunta y la construcción del caso en red.* (2013) Cosme Sánchez Alber. Interabide Asociación Educativa. Propone reflexiones sobre la figura del Educador Social en ámbitos de Salud Mental Comunitaria. Trata distintos enfoque para un modelo de trabajo basado en el trabajo interdisciplinar entre profesionales y en red con los diferentes dispositivos.
- *El acompañamiento en salud mental. Acompañar en el lazo social.* (2009) Díaz, E. Calandria, E. Freiría, A. Parra, A. & Pérez, M. Revista de Educación Social. Propone la labor del acompañamiento como eje para la tarea educativa dentro de ámbitos sanitarios, cuidando la dignidad como sujeto de derecho de las personas, conceptualizando el término de salud mental.
- *Consentimiento informado en Salud Mental* (2015) De Pena, L. Lema, S. & Silva, C. Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. A partir de términos médicos tradicionales (paciente psiquiátrico, enfermo mental, salud mental) problematiza las concepciones y aporta elementos basados en derechos humanos para el trabajo en el campo de la salud mental y la autodeterminación de los sujetos atendidos.

- *Adolescencia, salud mental y educación social (2004)* Martínez Bolarín, M. RES-Revista de educación Social (3). El trabajo propone el desarrollo de la tarea educativo social basada en la relación de confianza, hacia el mayor aprovechamiento de los recursos existentes para la mejor inserción social de los sujetos.

Otro medio consultado para antecedentes en la temática fue el Portal Colibrí (UDELAR) donde se seleccionaron algunos trabajos referidos a la temática de SM desde los abordajes de la psicología o el trabajo social:

- *¿Cómo se manifiesta en la cotidianeidad de una familia la presencia de la enfermedad mental? (2013)* Cecilia Corleto Rapela. La propuesta se enfoca en el análisis de tres categorías formuladas en base a trabajos de campo: Salud Mental, familia y vida cotidiana. Basándose en estas categorías realiza un análisis respecto a los cambios de paradigmas en el concepto de Salud Mental y relaciona esta problemática con los aspectos sociales que repercuten directamente en los trayectos de vida de los sujetos atendidos, así como en el entorno familiar cercano.
- *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinaria (2015)* Míguez Ma. Noel. (coordinadora). El trabajo es una investigación realizada por varios profesionales de forma interdisciplinaria, que aporta una mirada crítica a la medicalización en la infancia. Busca desnaturalizar esta práctica brindando reflexiones teóricas y experiencias basadas en casos concretos.
- *Profesionales que trabajan en policlínicas barriales de salud mental y la importancia de un trabajo integrado. (2015)* Natalí Vázquez. El trabajo coloca el foco en la atención interdisciplinaria de los equipos de salud mental comunitarios, problematizando su funcionamiento, para una mejora hacia la atención del sujeto, su entorno y la comunidad.

- *Salud mental: la importancia del abordaje interdisciplinario a través de los equipos comunitarios de salud mental. Problemas y potencialidades (2010) Ma. del Carmen Sosa.* Mediante la construcción de categorías analíticas muestra la importancia de la perspectiva social dentro de los equipos de Salud Mental. Los aportes que se podría hacer al tradicional enfoque médico y al trabajo interdisciplinar entre las profesiones que actúan en estos dispositivos.

Objetivos

Objetivo General

- Analizar el rol del Educador Social en un dispositivo de Salud Mental.

Objetivos específicos

- Describir las funciones del Educador Social en Policlínica Misurraco.
- Describir las acciones desarrolladas que aumentaron la interacción social y educativa de los/as sujetos.

Estrategia metodológica

La elección de la estrategia metodológica está basada en la investigación cualitativa, al considerar esta metodología la más apropiada para un mejor abordaje e interpretación de la experiencia seleccionada, sostenida en un estudio de caso.

Como lo afirma Piergiorgio Corbetta:

(...) el paradigma interpretativista, reflejado en el enfoque denominado cualitativista, se propone comprender e interpretar la realidad social en sus diferentes formas y aspectos. Para ello se basa en técnicas que no implican el

análisis por variables, sino por casos y no aparece el uso de la estadística. (Batthyány, 2011, p 77)

Se piensa que la posibilidad de relacionamiento entre el investigador y la realidad estudiada que brinda esta metodología, es lo que dará la comprensión de esta realidad; a diferencia de la metodología cuantitativa que busca las explicaciones de la realidad.

De las interacciones producidas en la práctica, surgen los datos que servirán de sustento interpretativo, conformando lo que Batthyány denomina *perspectiva interpretativa* (2011) de la investigación, característica elemental de lo cualitativo, que posibilita el estudio de caso; obteniendo así, mediante diversas fuentes un proceso de análisis inductivo que brinda mayor especificidad de la situación estudiada.

Las técnicas metodológicas que se trabajaron, fueron: la observación, el registro diario en campo, el estudio de documentación institucional, así como también revisión bibliográfica y aportes reflexivos.

El abordaje de los diferentes casos trabajados, se produjo de forma interdisciplinaria junto con las demás profesiones que coexistían en el dispositivo de salud mental infantil. El énfasis pedagógico que brinda lo educativo social, se conjugó junto al enfoque clínico, brindando las estrategias de acompañamiento que posibilitaron la concreción de los objetivos planteados. Dichos objetivos van en estrecha correlación con la perspectiva en derechos humanos, con una planificación tendiente a la obtención de mayores niveles en el usufructo de servicios públicos y circulación en lo comunitario de los sujetos atendidos y sus familias.

Antecedentes en el área

En lo que respecta a antecedentes relacionados con la temática elegida se encontraron trabajos referenciales que sirvieron de insumos para profundizar en el presente trabajo monográfico. Estos son algunas monografías de egreso realizadas en diferentes centros, las cuales fueron extraídas de la base de datos de la carrera Educador Social del Centro de Formación y Estudios (CENFORES) y la Biblioteca de Instituto de Formación en Educación Social (IFES).

- *La experiencia Educativo Social en el Centro Nacional de Información y Referencia de la Red Drogas “Portal Amarillo”.* (2013) Ángeles María González Nieto. La propuesta se enfoca en los aportes de la educación social como profesión pedagógica. Analiza los roles del educador social en este dispositivo, aportando desde una mirada compleja y multicausal para la problemática de consumo. Señalando la especificidad del educador social en este tipo de centro.
- *Rompe-cabezas: Educación Social y Salud Mental en dispositivos de protección a las adolescencias.* (2018) Romina Mendizábal. La propuesta propone la reflexión sobre un ámbito de la Educación Social poco desarrollado, como es la Salud Mental. Desarrolla contextualizaciones históricas para aportar la construcción de sujeto y realiza sistematizaciones respecto a la experiencia en un centro de medio camino para adolescentes, relacionándolo con la experiencia realizada en una policlínica del Primer Nivel de Asistencia en ASSE, dentro del área salud mental infantil.
- *De aproximaciones y convergencia: Un estudio de caso sobre acción educativa social con pacientes de Salud Mental Infantil.* (2017) Sofía Gómez Oroná. La propuesta propone la reflexión y el aporte de elementos para el desarrollo de la tarea educativo social, dentro de los marcos de Salud Mental Infantil; colocando el énfasis entre las prácticas educativas y estos dispositivos de Salud Mental. Se profundiza en la práctica y proyecto de extensión realizado como datos cualitativo para la divulgación

de la experiencia y profundización de la tarea educativa social en un área poco transitada.

Otra fuente aportada por las educadoras sociales:

- *Proyecto de Extensión: Acción socioeducativa con pacientes de salud mental en el Centro de Salud "Dr. Rubén Misuraco".* (2016) El proyecto es la extensión y continuación de la práctica pre-profesional realizada por Romina Mendizábal y Sofía Gómez. Refleja las líneas trabajadas posteriormente en sus monografías brindando elementos, experiencia y reflexiones para la Educación Social.

Historicidad de la salud mental en el Uruguay

Para entender las concepciones actuales de paciente y su relación con el médico, es necesario apoyarse en conceptualizaciones que demuestran los orígenes de los tratamientos sanitarios y desde que lugar era considerada la persona, frente a la perspectiva médico - paciente. Se describirá a continuación la historicidad de las experiencias y contextos que perfilaron la atención en salud y salud mental desde principios de siglo XX en el Uruguay.

Es ineludible no utilizar a Michael Foucault para iniciar el análisis referencial respecto a las consideraciones de época para con la persona que sería calificada como "loco/a". Según Foucault durante el siglo XIX se producirían cambios en la forma de ejercer el control social hacia la población, mediante la utilización de nuevas tecnologías de poder que pasarían a ser las administradoras de los cuerpos, para los propósitos de lo que el proceso de modernización de la época necesitaba.

Desde su descripción en *Vigilar y Castigar* demuestra el cambio que se produjo en los modos de ejercer el poder y castigos, al pasar desde los suplicios por medio de la exhibición pública, a la del disciplinamiento de la conducta por medio de instituciones encargadas para tales fines.

(...) El asilo psiquiátrico, la penitenciaría, el correccional, el establecimiento de educación vigilada, y por una parte los hospitales, de manera general todas las instancias de control individual, funcionan de doble modo: el de la división binaria y la marcación (loco-no loco; peligroso-inofensivo; normal-anormal). (Foucault, 1976, p 124)

Consideraciones como esta, representan la legitimidad asumida por las sociedades de la época, para administrar a otra parte de la sociedad que no estaba dentro de la “normatividad” de los valores aceptados y promulgados; tomándose así a una parte de la población como pasible de ser sometida a determinadas prácticas, que serían las correctoras de esas conductas no aceptadas socialmente. Los internados psiquiátricos surgieron como el espacio adecuado para el tratamiento de la persona no solo considerada enferma de su psiquis, sino como alguien que atentaba contra la estabilidad social. Por estos motivos las personas eran consideradas peligrosas y en consecuencia se convertían en objetivo de los poderes normalizadores de la época.

En el Uruguay de principios de siglo XX, se puede observar una estrecha relación entre conceptos acuñados por Michael Foucault y la descripción realizada por José Pedro Barrán para el estudio de estos acontecimientos y su relación con el poder médico. Barrán realiza una descripción del inicio de este poder, sustentado en las convenciones de la época y con el comienzo de la medicalización de la sociedad Uruguaya: “A partir del 1900 la sociedad Uruguaya convirtió a la salud en valor supremo. De él derivó un poder opaco pero absoluto, el del médico, y un sometimiento inconfesado pero total, el del paciente. (1992, p 238)

El proceso de secularización vivido en el Uruguay de principios de siglo, muestra transformaciones en diferentes dimensiones como: la educativa, la jurídica y la sanitaria. Ante este camino de modernización ocurren cambios en las políticas sanitarias, reflejándose en la sustitución de la administración religiosa por la figura institucional moderna del médico, representante de la ciencia y por consiguiente de la razón. Este sería quien pasaría a determinar la falta de razón

en las personas, avalado por su conocimiento científico. De este modo se reforzaría la construcción social y cultural del “loco”, insensato, alienado, demente, anormal, enfermo.

Muestra cronológica de esto sería que en 1778 se producen las primeras internaciones en el hospital de caridad de Montevideo (Hoy Hospital Maciel). En 1860 se crea el nosocomio “asilo de dementes”. En 1880 se abre el Manicomio Nacional (lo que hoy día es el Hospital Vilardebó) y en 1912 en el departamento de San José se abre la Colonia Etchepare (Ottonelli, F. 2013).

La distinción y por consiguiente apartamiento de las personas denominadas dementes, se debía no solo a convenciones abaladas por la figura científica del médico, sino que se le adjudicaba a la persona un estado de alienación tal, que debía ser separado de la sociedad, por beneficio y resguardo de los buenos valores de la misma. Asegurándose de este modo el control y el estigma para dichas poblaciones objetivo, así como una aceptación de las tendencias higienistas por parte de toda la sociedad.

En el año 1936, bajo la dictadura de Terra, se crea la Ley N° 9.581 de Asistencia al Psicópata, “se reglamentan las instituciones psiquiátricas bajo la dirección de un médico psiquiatra, se exigen constancias y certificados para otorgar internaciones. Se crea un organismo de contralor siendo este la inspección general de psicópatas” (Ottonelli, F. 2013).

Se pasó de una concepción de persona peligrosa donde el llamado “loco” desafiaba el orden social, a una política de salud mental que creaba a la persona estigmatizada como problema social generando los dispositivos para atender esta problemática con respaldo estatal y con la adecuación de las normas jurídicas y sanitarias.

Recién en el año 1948 mediante la ley N° 11.139 se crea el “Patronato del Psicópata”, que consideraba aspectos de rehabilitación de la persona y reinserción social, a través de talleres de capacitación.

La construcción de representaciones históricas que configuraban a la figura estigmatizada del loco, se basaba en las lógicas predominantes de la

modernidad; siendo estas, un proceso centrado en el disciplinamiento que se sustentaba por medio de las técnicas de encierro, control y medicalización que sufrían las personas internadas en los recintos psiquiátricos.

Acercándonos más en el tiempo, estas representaciones se han mantenido en el imaginario social y cultural pero con el advenimiento de los derechos humanos hacia las legislaciones internas de cada país, al firmar tratados internacionales. Las diferentes concepciones culturales y los paradigmas sanitarios, se están adecuando a un tratamiento que no estigmatice tan flagrantemente a la persona.

En nuestro país en el año 1986 surge el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), apuntando a cambios profundos en el sistema de salud, el cierre de los manicomios y la atención primaria en salud, respaldado esto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Posteriormente dicho plan no fue ejecutado pero sentó un precedente para que Uruguay participara en 1990 en la Declaración de Caracas.

Dicha declaración se centra en la superación de la atención sanitaria mediante los modelos asilares, hacia un pasaje de atención comunitario, al tiempo que da cuenta de los aspectos negativos que produce la internación psiquiátrica:

Notando

- 1) Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.
- 2) Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial obstaculiza el logro de objetivos antes mencionados al:
 - a) Aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social.
 - b) Crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo.
 - c) Requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental.

d) Impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores. (Declaración de Caracas, 1990)

Incorporación de la perspectiva de DD.HH a la atención en salud mental

El modelo de atención psiquiátrica establecido en el Uruguay de siglo XX es de corte principalmente manicomial; muestra de esto sería la ley N° 9581 “asistencia a psicópatas que data de 1936. El modelo asistencial se ve interrumpido por el periodo de la dictadura cívico-militar que sufrió el país. Es así que retomando la atención en salud mental en el año 1986 por iniciativa del MSP se dio origen al Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), participando en su conformación, el ministerio junto a organizaciones sociales y profesionales del área.

El PNSM generaría cambios hacia una nueva atención en salud, priorizaría la Atención Primaria en salud; la creación de equipos de salud mental en hospitales generales y la creación de centros de rehabilitación en el interior del país iniciando la descentralización de la capital. Como se mencionó anteriormente dicho plan no fue ejecutado por falta de presupuesto y voluntad política de la época. No obstante, algunas de sus propuestas generaron ciertos cambios a nivel estructural en la atención de salud, como ser la creación de Unidades de salud mental en los hospitales. Generó también un documento base para ser utilizado en el futuro. La sociedad civil por medio de sus organizaciones participo activamente en la década de 1990, a través de la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP), perteneciente al MSP, para realizar los cambios que eran necesarios en el modelo de atención para la salud mental.

En el año 1995 se realizó la “Declaración de Montevideo” la cual en su acto de inauguración a cargo de Dr. Carlevaro expresaba: “La atención actualizada de la enfermedad mental exige una reestructura efectuada sobre la base de la asistencia familiar y comunitaria reservando la internación para los casos estrictamente necesarios e implementando programas de rehabilitación de amplio alcance y accesibles todos” (Ottonelli, 2013). Frente a las políticas públicas de corte neoliberal de las época, pocos avances se pudieron concretar.

En el año 2005 con la llegada de un nuevo gobierno, se produce el cambio en la estructura de atención en salud. Se instaura en el 2007 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con los principios de promoción, intersectorialidad, cobertura universal, accesibilidad, equidad, continuidad y oportunidad, prevención, respeto por los derechos, participación, sustentabilidad en la salud. (Art. 3 de Ley 18.211).

Al mismo tiempo Uruguay suscribe a la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de personas en situación de discapacidad. Y en el año 2011 se produce la incorporación al SNIS el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM) impulsando los abordajes terapéuticos y las intervenciones psicosociales.

Dicho plan plantea áreas de trabajo como ser la prevención, la promoción y la detección precoz de patologías. Prioriza la integralidad de la salud, el primer nivel de atención, la atención psicológica, el desarrollo saludable de niños/as y adolescentes, las situaciones de prevención y violencia. Entre la población objetivo se encuentra los niños/as y adolescentes, con atención específica a padres con hijos en edad escolar o con discapacidad, adolescentes embarazadas primerizas, niños/as con dificultades de aprendizaje, entre otros.

Durante el año 2012 se produce la conformación de la Asamblea Instituyente, por Desmanicomialización y vida digna, compuesta por organizaciones sociales, academia, trabajadores, usuarios y familiares vinculados al campo de la salud mental. Dicha asamblea surge con el fin de solicitar al estado una ley en salud mental acorde a los principios en DDHH.

Se proclama *Instituyente*, al colocar el énfasis en hacer visibles las condiciones de vulneración de derechos, de producción de violencia institucional y de relaciones de poder que viven los usuarios y familiares en entornos psiquiátricos.

Impulsa la *Desmanicomialización*, argumentando que la práctica manicomial produce normalización y homogenización, estigmatización, victimización, además de mayores índices de aislamiento y soledad.

Procura Vida digna, al promover una ética que permita y promueva el ejercicio de la vida desde la autonomía, la libertad, la singularidad y la acción transformadora para el acceso a una vida digna (Asamblea Constituyente).

Desde el año 2016 la Asamblea Constituyente pasa a conformar la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental (CNLSM), para lograr los planteamientos adecuados hacia la creación de una ley justa, inclusiva y humanizadora. En el año 2017 se sanciona la Ley N° 19.529 de Salud Mental, en un contexto de tensión y discrepancias, ante aspectos fundamentales para un cambio de modelo en la atención.

Marcos institucionales del trabajo

La experiencia educativa social se enmarca dentro de lo que es el primer nivel de atención (PNA), formando parte de un Equipo de Salud Mental de ASSE, comprendido dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud. Dicho sistema prioriza este modo de atención por considerar este nivel como la puerta de entrada al sistema de salud, al tiempo que se hacen presentes las nuevas perspectivas en la atención sanitaria. Estas están basadas en los principios recomendados por la OMS de trabajar por la atención integral, promoción de la salud y prevención de enfermedades contrastando con el modelo tradicional de atención basado en la lógica de sintomatología - enfermedad - tratamiento prescripto.

Según el artículo 36 de la Ley N° 18.211 del SNIS define al PNA: El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con

infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia

Cabe destacar tres conceptos cruciales en este nivel de atención como ser: *accesibilidad, longitudinalidad e integralidad*. El primero referido a la ausencia de barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales que impidan la utilización de los servicios de salud. El segundo la existencia de un seguimiento del usuario a lo largo del tiempo. El tercero la integralidad, tomando a la salud como sistémica e integral, al considerar al sujeto como una unidad biopsicosocial.

La orientación técnica de los Equipos Básicos de Salud Mental la ejerce la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables (DSM y PV). Estos equipos básicos cuentan con profesionales preparados en SM, encontrándose distribuidos en la Red de Asistencia Primaria (RAP) como forma de atención articulada hacia distintos niveles de decisión y de intervención. Responden jerárquicamente a las Unidades Ejecutoras (Hospital Vilardebó, Portal Amarillo, CEREMOS) que son las especializadas en salud mental dentro de ASSE.

En lo que tiene que ver con adolescencia e infancia, existen en los equipos básicos SM recursos humanos que dependen de la Dirección de Gestión de calidad y riesgo de ASSE, los cuales cuentan con programas abocados a esta población, como ser: el Programa de Prevención de Suicidio en Adolescentes. Estos equipos de proximidad (EP) en territorio trabajan para la prevención, promoción, detección y de ser necesario derivación al siguiente nivel de atención.

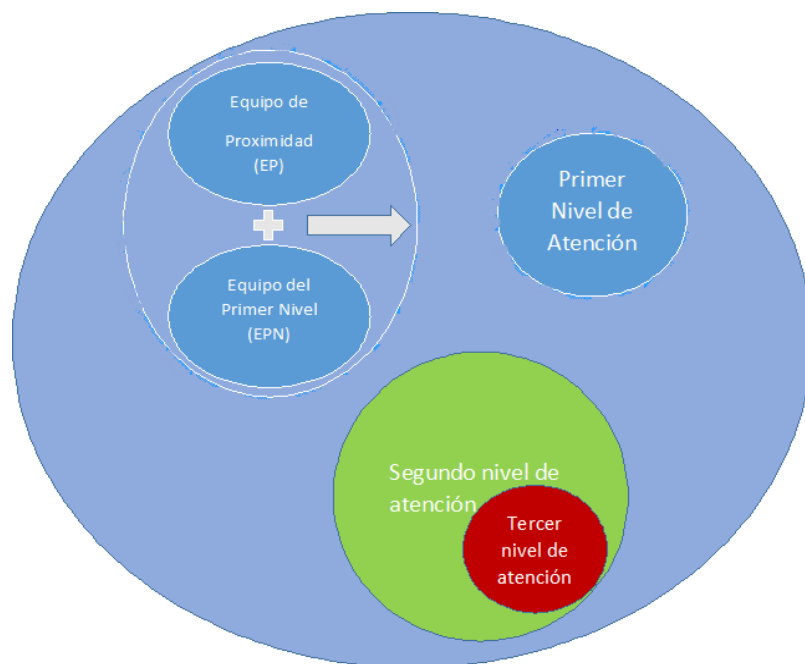
El segundo nivel de asistencia ya correspondería a los Hospitales, como se describe en el Artículo 37 de la ley antes mencionada:

El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de

baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Dentro de los equipos de SM el/la profesional de psiquiatría pediátrica es el/la encargado de derivar al niño/a hacia estos niveles de atención, por ejemplo para realización de diagnósticos respecto a TEA – Trastorno del Espectro Autista.

El tercer nivel se describe en el Artículo 38 de la Ley: El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.



En la ilustración se esquematiza el proceso asistencial y la ubicación del ESPNA dentro del mismo. Como se observa, también se realiza una subdivisión del ESPNA en dos unidades: el Equipo de Proximidad (EP) y el Equipo del Primer Nivel (EPN). (Extraído de MSP – División RRHH)

Dentro de los Equipos de Salud del Primer Nivel de Asistencia (ESPNA) existe el cometido de trabajar para responder a las exigencias sanitarias de la

población, desde una perspectiva interdisciplinar y con una integración multiprofesional; con orientación individual, familiar y comunitaria en la búsqueda de entablar una relación de confianza entre el equipo y los usuarios.

Relato de experiencia

La experiencia se produce en el marco de la práctica de 4to año, comprendida en el área de Salud Mental, psiquiatría infantil y adolescente de la Policlínica Misurraco, perteneciente al Ministerio de Salud Pública, bajo la dirección de la Asociación de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Se da comienzo a la práctica mediante las presentaciones pertinentes por parte de los docentes de Educación Social (ES), ante la dirección de la policlínica. Posteriormente ante la psiquiatra responsable del sector pediatría, quien a su vez sería la referente de la práctica, en lo concerniente a Salud mental. En entrevista con la psiquiatra se acuerdan los modos iniciales de trabajo y posibles intereses personales de cada estudiante (2) de Educación Social, para trabajar en alguna temática específica. De esta presentación se consigue un acuerdo inicial de búsqueda de casos en relación a autismo, consumo problemático de sustancias y tratar con al menos un caso donde el paciente sea adolescente.

Se nos explicaron los propósitos de los primeros niveles de atención en salud, el funcionamiento de la policlínica y los distintos agentes de atención que trabajaban en la misma. Se orientó respecto al abordaje de problemáticas asociadas a la salud mental, mediante la atención de tipo ambulatorio y la articulación interinstitucional y de los diversos niveles de atención a la salud. También se explicó el enfoque del trabajo en la promoción y prevención de la salud mental en la comunidad.

Delineado estos parámetros se comenzó por la lectura de historias clínicas de personas en tratamiento, para empezar con la familiarización de términos clínicos por parte de los estudiantes de ES. Los casos fueron sugeridos por la psiquiatra de acuerdo a los lineamientos acordados en las entrevistas mantenidas en un inicio con ella. Estos casos podían llegar a la policlínica

derivados desde los ámbitos educativos (CAIF, escuelas, etc.), desde pediatras, psicólogos que atendieran a esas familias o incluso a solicitud de las familias de los sujetos. Los diagnósticos clínicos descritos en los casos iban desde retrasos en el desarrollo con o sin conductas de desvío, trastorno adaptativo con conducta de impulsividad, dificultades de aprendizaje globales y cuadros depresivos hasta trastornos del espectro Autista - TEA. Desde lo educativo social, se presentaron dificultades en la integración escolar, intrafamiliares, cultural y comunitario.

Desde el espacio de salud mental, al tratarse de un dispositivo perteneciente a la RAP-ASSE (Red de Atención Primaria) correspondían las derivaciones a diferentes redes de atención, particularmente a especialidades y tratamientos específicos en el Hospital Pereira Rossell, correspondiente al segundo nivel de atención.

Momentos iniciales de la práctica en campo

Los primeros contactos con los usuarios de la policlínica se dieron en los espacios de consulta de la psiquiatra. Los estudiantes de ES se turnaban según los casos seleccionados previamente y acompañaban el espacio de consulta. Allí la profesional hacía la presentación pertinente del estudiante con el usuario, explicaba los motivos de su presencia en la consulta y se le solicitaba al usuario su aceptación para continuar con este modo de atención. Luego de dos o tres consultas se generó el espacio propio de los estudiantes de ES para con el usuario de acuerdo a algunos lineamientos previos dictaminados por la psiquiatra.

Dichos espacios inicialmente comenzaron con entrevistas personales a los padres, referentes y a los niños/as o adolescentes. Una vez conocido el entorno familiar y comunitario del sujeto en atención, se coordinaba propuestas con la psiquiatra, según cada caso particular. Producto de estos encuentros los casos abordados en la práctica fueron: un niño de 10 años con problemas graves de conductas en lo escolar y en el hogar. Una adolescente de 14 años de edad, con signos de depresión. Y un niño de 4 años de edad, con posible diagnóstico de trastorno del Espectro Autista.

En el caso del niño de 10 años, fue una intervención tardía en la práctica, lo que condicionó que el tiempo que restaba para trabajar con el núcleo familiar se viera muy acotado. La llegada del niño al espacio de salud mental se produjo con situaciones muy avanzadas en su complejidad; por otra parte la lejanía de residencia donde vivía la familia respecto a la policlínica, dificultaba el mantenimiento continuo de las consultas. Por tal motivo solo se produjeron los espacios de consultas psiquiátricas y dos entrevistas personales sin poder continuar posteriormente con el caso dada la complejidad y el alto nivel de demanda en atención por parte del niño.

En el caso de la adolescente de 14 años se logró continuar más allá de los momentos introductorios del espacio de psiquiatría, consiguiendo generar espacios propios entre el estudiante de ES y la adolescente.

Se comenzó a entrevistar a la adolescente con la presencia de su madre, para recopilar información. Se preguntó sobre aspectos de atención en salud, entorno familiar, contexto barrial, planes o beneficios sociales, etc. al tiempo que se explicaron las funciones y los propósitos de la intervención particular de la educación social en el entorno de salud mental. Se respondieron a la vez a determinadas inquietudes planteadas en los distintos espacios de diálogo. Ya habiendo logrado los acuerdos y confianza necesaria del adulto responsable, se pasó a otras instancias de diálogo con la adolescente sin la presencia de su madre y otros espacios de diálogo solo con la madre.

Dichos espacios dieron lugar a un mayor conocimiento de la situación familiar, contexto comunitario y obtener perspectivas personales del sujeto, al poder conocer mejor sus necesidades y demandas. Se trataba de una adolescente con problemas de depresión y pensamientos de autoeliminación. Existía en su entorno familiar cercano violencia intrafamiliar hacia su mamá y hermanos, además de haber consumo problemático de sustancias en varios de sus familiares. Relacionado a esta situación la familia había sufrido la pérdida de un integrante, un hermano de la adolescente el cual mantenía un muy buen vínculo con ella.

Algunas líneas de acción que se plantearon en apoyo a la adolescente durante el proceso de duelo por la pérdida de su hermano, fueron la modificación de sus rutinas personales y algunas acciones relacionadas en lo intrafamiliar y los modos de vinculación con el resto de la familia. También al trabajar junto con la madre se fue interactuando en el trabajo del duelo por parte del adulto, el cual generaba situaciones de incomodidad y molestia en la adolescente, complejizando el cuadro clínico aportado por la psiquiatra tratante. Además se promovió el iniciar otro espacio de consulta con psicólogos, como modo de transitar mejor el proceso de duelo.

Respecto al niño de 4 años con trastorno del aspecto autista, fue el de mayor atención y seguimiento junto a la psiquiatra, el estudiante de ES y el entorno familiar del niño.

Aquí también los primeros contactos se dieron por medio de entrevistas, indagaciones sobre lo familiar, la salud, lo comunitario, social, etc. estos espacios siempre fueron compartidos con la mamá y el niño. Se trataba de una madre soltera, quien vivía junto a un adulto mayor (la abuela materna del niño), en un apartamento de BPS. Cabe destacar que dentro de la complejidad de la situación del espectro autista que afectaba al niño, su adulto responsable presentaba una discapacidad intelectual y la abuela padecía altos niveles de diabetes y visión muy reducida a causa de esta enfermedad.

Inicialmente se trabajó con el niño para lograr el acercamiento por parte del estudiante de ES y ser reconocido como una figura amistosa por el niño. Posteriormente con el paso de los encuentros y guiado por la psiquiatra se pasó a una interacción con el niño y a un mayor acercamiento con su entorno. Se formularon líneas de acción que apuntaban a la mejora de calidad de vida del niño al concretar trámites ante BPS que el entorno familiar no estaba pudiendo obtener.

Se buscó organizar los niveles de atención en salud proyectando el sostenimiento de las consultas con la psiquiatra tratante, además de la concreción y concurrencia a otros especialistas del trastorno autista en hospitales públicos. En lo educativo se apuntó a la búsqueda de una escuela

apta para (chicos/as) con TEA, acompañando a la madre a alguna visita a estas escuelas. Así mismo se buscaba una mayor autonomía por parte de la mamá ante situaciones de disconformidad en la atención del niño por parte del CAIF al cual concurría en ese momento. Se trabajó con la mamá en el fortalecimiento de las capacidades de cuidado hacia el niño con espectro autista y determinadas conductas llevadas a cabo por el menor, que no eran sanas para él, las que provocaban mayor aislamiento del sujeto con su entorno o autolesiones.

Con el paso de las instancias de encuentro se logró concurrir al domicilio y conocer mejor el entorno del niño. Esto posibilitó una mayor profundización en el conocimiento de la temática autista por parte de los familiares y permitió (al estudiante de ES) orientar ciertos comportamientos que facilitarían la comunicación con el niño en su hogar. Se puso en conocimiento la técnica TEACCH (En español Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación) para la mejora vincular del niño, siempre manteniendo un contacto permanente con la psiquiatra tratante.

Posteriormente debido a los tiempos acotados de la práctica, la cual estaba llegando a su fin y lo complejo del caso se ideó una forma de continuar con el trabajo; en conversación entre docentes, estudiante y psiquiatra se implementó lo que se podría llamar un modalidad de extensión para con el estudiante de ES. De este modo posibilitaría una mayor experiencia al estudiante y alargar los plazos necesarios para el logro de los objetivos planteados en las líneas de acción de la práctica. Esto se le propuso a la mamá del niño y con su anuencia se continuó con lo acordado luego de haber terminado el año estudiantil y la respectiva práctica curricular.

A pesar de conseguir esta extensión en lo curricular para el estudiante de ES, el sostenimiento de lo planificado fue breve. Esto debido a que se lograron avances en varios objetivos planificados, pero repentinamente el contacto con la mamá del niño se truncó. Sin aviso o comunicación la madre dejó de concurrir a las consultas con la psiquiatra y cortó contacto con el estudiante de ES. Ante la imposibilidad de continuar el proceso, se resolvió terminar con el caso por parte del estudiante.

Momento intermedio y resolución

Ante la necesidad de sistematización de las acciones para una responsable actuación con los sujetos y el correcto monitoreo tanto por parte de la docente de ES como de la psiquiatra, luego de tener el primer contacto de aproximación de las situaciones a tomar, se diseñó la estrategia de abordaje metodológico con la docente responsable. Se conformaron así los objetivos generales, objetivos específicos, líneas de acción a seguir y las distintas evaluaciones y estrategias a desarrollar.

De este modo y ante la falta de un marco previamente estipulado de registros (es pertinente mencionar esto, ya que el dispositivo de práctica pre-profesional en salud mental era muy reciente, siendo apenas este el segundo año en llevarse a cabo) se diseñaron con la docente de ES determinadas fichas que mostraran el accionar de los estudiantes de la carrera. Estas fichas reflejaban la intervención socio-educativa con el abordaje de las áreas de trabajo en función de los derechos. Las líneas de acción generadas fueron pensadas en cercana relación entre el cumplimiento de los derechos para con los sujetos y lo solicitado por parte de la psiquiatra en las reuniones iniciales; específicamente contemplando el propósito de lograr el sostenimiento en el tiempo de la atención en salud por parte de los sujetos. Partiendo de estos ejes se dio forma al objetivo general siendo el siguiente: promover la inclusión social, educativa y la mejora de la calidad de vida de los niños, niñas, adolescentes y familias atendidas por el área de salud mental de la Policlínica Misurraco

En lo que respecta a las líneas de acción basadas en derechos se generaron las siguientes:

- Promoción de derecho a la educación
- Promoción de la convivencia familiar para un desarrollo saludable
- Promoción del derecho a la salud
- Promoción del derecho a la cultura

Con los objetivos adecuados a cada línea de acción respectivamente:

- Contribuir en el sostenimiento del tiempo pedagógico en la educación formal.
- Potenciar las habilidades familiares en su rol de cuidados en la crianza
- Promover la permanencia y continuidad en los tratamientos
- Promover el acceso e integración actividades deportivas, recreativas, y/o culturales.

Descripción de la tarea educativa social

Desde la participación de los espacios clínicos y el abordaje educativo social se realizaron coordinaciones para la conformación o consolidación de redes con diferentes referentes institucionales como ser directores/as escolares, maestras, maestras comunitarias, psicólogos y trabajadores sociales. Con centros clínicos particulares, Ciclo, Siglo XXI y Centro interdisciplinario Belloni. También con especialistas de la salud, pediatras, nutricionistas, psicólogos, etc. y programas como ETAF, Escuelas disfrutables, El achique, entre otros.

En la descripción de las acciones realizadas se destacan: mediación interinstitucional entre escuela y el espacio social, programas del área social y dicho espacio, mediación y coordinación con otras ofertas de atención como ser equinoterapia, actividad piscina complejo Ituzaingó, Centro SACUDE, etc.

Las instancias de trabajo variaban dependiendo el PEI (Proyecto Educativo Individual) que realiza el abordaje de cada singularidad e historia, ejecutándose las líneas de acción desde espacios cotidianos de los sujetos y sus familias (en sus hogares) y el acercamiento de las mismas a organizaciones especializadas en la temática. Simultáneamente se lleva a cabo el acompañamiento en trámites específicos y prestaciones sociales, acompañamiento en actividades deportivas, recreativas, culturales por las que transite el sujeto y su familia.

Elementos de la tarea cotidiana

Como se observó en el relato de la práctica y desde lo acontecido en la misma existieron factores de relevancia que eran terreno fértil para el trabajo educativo social. Los casos relatados fueron los que un solo estudiante abordó personalmente, dejando sin relatar los casos que trabajó la segunda estudiante de educación social. No obstante en la totalidad de experiencias de vida que traían los pacientes del espacio de salud mental, se constataban factores comunes que vivían cada grupo familiar respecto a las problemáticas sociales asociadas a la atención en salud mental.

Por estos motivos es que se primaron las cuatro líneas de acción nombradas anteriormente basadas en derechos, como forma estratégica de abordar estos factores comunes. El aspecto individual de cada caso era distinguido por la planificación de cada proyecto educativo individualizado (PEI) tomando las bases de modelo descrito por Violeta Núñez con sus áreas educativas y áreas de soporte.

- Área Sujeto Social y Entorno.
- Área Lenguaje y Comunicación.
- Área Arte y Cultura.
- Área de Tecnología.
- Área de Juegos y Deportes.

Áreas de soporte:

- Área Familiar.
- Área Escolar.
- Área Psicológica.
- Área de Salud.

Este abordaje posibilitó el abarcar la diversidad de individualidades y al mismo tiempo responder a los factores comunes que mostraban los sujetos y sus familias del espacio de salud mental.

La vulneración de derechos a lo educativo resaltaba como uno de los denominadores comunes, varios niños tenían una llamada “reducción del tiempo pedagógico” en sus centros educativos; esto significaba que participaban de estos centros solo en la mitad de su horario. Lo que representaba la obligada adecuación de los horarios y rutinas familiares para estar a disposición del dictamen del centro educativo. Dicha situación se producía por la no adecuación del niño/a a la dinámica del centro educativo, al existir problemas vinculares o problemas de comportamiento, lo que significaba la derivación por parte de la escuela al espacio de salud mental infantil o incluso solicitudes de pase a escuelas especiales. Esto requería la mediación del estudiante de ES tanto de forma interinstitucional, como entre otros profesionales del centro educativo.

Otros factores tenían que ver con la continuidad de los tratamientos sanitarios como derecho, brindando el soporte y acompañamiento para la obtención de beneficios correspondientes a cada tratamiento que se requería desde el espacio de salud mental infantil; esto refiere específicamente a las Ayudas Extraordinarias (AYEX) de BPS. No solo se informaba de prestaciones, sino que se coordinaba y acompañaba a los familiares a los lugares que se realizaban los trámites, consultas en hospitales con especialistas, etc.

Desde la mediación interinstitucional y comunitaria se realizaron vinculaciones con actores de lo barrial, centros culturales y deportivos que ampliaran el tratamiento de las familias atendidas, al brindar la posibilidad de una circulación social y cultural amplia en sus barrios.

Otro abordaje se produjo en el hogar de las familias, para una mejora de la capacidad de cuidados hacia los niño/as que así lo requerían. El sentido de dicha práctica era salir de la estructura clínica de consultorio y pasar a una estrategia de mayor cercanía con las familias. La diferenciación de vínculo educativo respecto al sanitario posibilitaba la confianza de las familias, al mismo tiempo que se buscaba incentivar una participación más activa en las propuestas.

Educación social y Derechos Humanos (DD.HH)

Desde la carrera de Educación Social el énfasis principal y transversal son los Derechos Humanos (DD.HH), los mismos acompañan el enfoque pedagógico del trabajo educativo social. Son estos los que van pautando el camino en la formación de un profesional que desde su mirada, traza estrategias para la prevención, el mantenimiento o restitución de los derechos que todo sujeto de la educación debe tener para el desarrollo de sus capacidades. Acciones que den cuenta de prácticas transformadoras, que analicen la realidad y se comprometan con el bienestar social y educativo de las personas.

Al considerar el desarrollo histórico de la educación social desde sus orígenes hasta el presente, es sabido que dicha tarea social coincide históricamente con el origen de los DDHH. Terminada la Segunda Guerra Mundial (1945), se produce la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, con la consiguiente consagración de aquellos derechos fundamentales a toda persona.

La razón de existencia de dichos derechos, sería el evitar la degradación humana vista durante el conflicto bélico, tomándolos como marco referencial para las futuras políticas públicas a desarrollarse. Previo a la guerra, se estaba produciendo un mayor intervencionismo estatal en los aspectos sociales, como lo describe Alejandro Tiana Ferrer:

Se reforzaría notablemente la tendencia intervencionista que se iniciaba en la etapa anterior, adquiriendo nuevo impulso el proceso de construcción de lo que se denominaría el *estado del bienestar* (...) ello llevaría, como contrapartida, a una situación en la cual el estado desempeñaría un papel fundamental en la protección y promoción del bienestar de los ciudadanos. (2017, p 96)

Ante el nuevo escenario en la conformación de un estado de bienestar, es que se observan las primeras intervenciones de lo que hoy conocemos como educación social. Distintas áreas comenzaron a ser atendidas bajo la protección

del estado benefactor, tomando como marco para estos servicios los derechos humanos, asegurando así la protección de los ciudadanos.

Siendo sucinto en los hechos históricos, lo que se intenta hacer visible son los puntos de relación entre los DDHH y la configuración de un profesional abocado a la mejora de los aspectos sociales, culturales, políticos y educativos de las personas, que trabaja desde la perspectiva de derechos para la realización de su tarea profesional, apuntando a cambiar las condiciones desfavorables de los contextos.

El vínculo educativo como formador de subjetividades

Durante el desarrollo de la práctica pre-profesional se fueron propiciando ciertos momentos donde lo rutinario de una atención clínica se vio irrumpido por nuevos intérpretes y propósitos, como ser lo vincular desde lo educativo social. Con la llegada de los estudiantes de ES como figura extraña y disruptiva, se sumó un nuevo actor a la relación paciente-doctor.

Al considerar esto se podría hacer un parafraseo con lo dicho por Perla Zelmanovich en “Apostar al cuidado en la enseñanza”: cuando habla de la filiación y ofrecimiento para dar el tiempo a que una confianza se genere, planteando desde los momentos iniciales de la práctica pre-profesional los propósitos de la acción educativo social, pero desde el ofrecimiento y la espera necesaria para una habilitación en el vínculo que posibilite la profundización en la tarea con el sujeto y su entorno familiar (2003).

El interés en resaltar la confianza surge, al tornarse ésta, un instrumento de trabajo para los entornos de salud mental, observándose los aspectos vinculares como fortaleza desde lo educativo social. La edificación de un relacionamiento personalizado, en conjunto con la construcción de entornos adecuados, son los posibilitadores de la obtención de consentimientos y avales que contemplan al sujeto de derecho; como lo denomina Miquel Leo en Reinventar el vínculo: “El consentimiento del sujeto suele estar ligado a una oferta valiosa, y a que esa oferta contemple sus propios intereses y su propia palabra” (2003, p 59). Las características de mayor cercanía y alto grado de adecuación para con el sujeto

serán los abordajes que distingan lo educativo social, tomando especial relevancia particular el estilo con el que se construye el vínculo.

Desde la mirada sanitaria, algunas de las estrategias ofrecidas a las familias se basan en la continuidad del tratamiento estipulado, bajo el cumplimiento de las indicaciones establecidas por el psiquiatra en los espacios de consultorio. La integración del rol del ES a los entornos clínicos creó una nueva interrelación entre los actores del equipo de salud y las familias que llegaban al espacio de salud mental infantil. El establecimiento del vínculo educativo en los espacios clínicos se podría visualizar como un aporte para el ejercicio de derecho por parte de las familias, no solo al usufructuar el servicio en salud, sino como una mejor adecuación del servicio hacia las circunstancias que el sujeto y su familia están transitando. Como se refleja en un artículo de la Revista Española Intervención Socioeducativa:

El doble derecho de las personas a recibir determinadas prestaciones o servicios básicos y también, el derecho a la personalización, al apoyo personalizado para que estas ayudas acaben siendo eficientes, generen un proceso personal de cambio, modifiquen los contextos vitales generados por los déficits o las dificultades. (Alonso y Funes, 2009)

Es perspectiva de análisis, la estigmatización con la que llegan los sujetos y sus familias a los espacios de salud mental, debido a las dificultades existentes en la adaptación del niño/a en los centros educativos hace que dicha situación se viva como una carga permanente en el núcleo familiar. Si a esto se le suma una estructura con recursos y profesionales rígidos, el usufructo del servicio sanitario por parte de sujeto y la familia es vivido como una carga adicional. Es en este sentido que se considera, el estilo de trabajo en clave educativo social como recurso flexible, capaz de adaptarse a las dificultades y necesidades de las familias, para que estas perciban el apoyo.

La elaboración de una propuesta que sea construida con el sujeto y su familia, es lo que aumentará las probabilidades de que el tratamiento sanitario sea

llevado adelante con los lineamientos clínicos estipulados. Al mismo tiempo, brindar respuestas que contemplen las necesidades familiares, servirán para la conformación de subjetividades que perciban el dispositivo de salud mental infantil como espacios de apoyo y orientación.

En el entendido de la ES como derecho

Se entiende a la educación y a la educación social en si, como un derecho; tal cual lo describe García Molina: "(...) en los Estados Democráticos de Derecho, la educación social es un derecho de la ciudadanía y no una dádiva institucional..." (García Molina, 2003).

Si se considera a la educación como herramienta de desarrollo del sujeto, es preciso entenderla como derecho inalienable de los individuos. En el acrecentamiento de sus potencialidades, surgirán las habilidades que posibiliten su autonomía para la toma de decisiones, la participación y la formación del espíritu crítico dentro de las sociedades.

Para esto el educador desde su rol profesional tenderá a realizar las principales funciones de la tarea social, como ser la transmisión y la mediación, dinamizando la participación social en las redes culturales.

No obstante el profesional como tal, se verá en la responsabilidad de promover los espacios donde lo educativo sea el motor incentivador e impulsor, de las condiciones habilitadoras para el desarrollo de las capacidades, en el goce del derecho a la educación. Como lo remarca García Molina: "la transmisión y la mediación cultural son su tarea y su herramienta en pos de una mejora de la vida social de los sujetos, los grupos y las comunidades con los/las que desarrolla su responsabilidad profesional" (2003, p 75).

Como profesional en educación, el educador social se verá obligado a conformar un plan de acción con tendencias holísticas, no meramente hermenéutico, para el análisis situacional, que permita al rearmar las partes y reintegrarlas buscando la modificación positiva del entorno. En palabras de José Antonio Caride:

Éste es, o deberá ser, el compromiso que la pedagogía social y la educación social han de proyectar en su defensa radical de lo cívico y de la ciudadanía, de los derechos y deberes inherentes a la capacidad de elegir; pero también, en la posibilidad de contribuir a resolver conflictos, de ejercer la tolerancia y la solidaridad, de afirmar las convicciones éticas y morales, de vigorizar la democracia cultural y la participación social, de apreciar la paz, de contribuir a la formación e inserción laboral, o de poner en valor el respeto al medio ambiente y la diversidad cultural. (2015, p 7)

Dentro de la tarea educativa social, existen diversos frentes que la complejizan, pero que al mismo tiempo la hacen más necesaria y vigente. El logro del derecho a lo educativo, el cual posibilita las condiciones en la adquisición de las habilidades y capacidades necesarias para la participación de los sujetos, su autonomía y por consiguiente el desarrollo de su proyecto de vida, se ve contrarrestado por las condicionantes del mundo actual, como ser “(...) desempleo, la tecnologización, la competencia sin control, la exclusión de los ciclos de producción económica, social, y cultural, la promoción y la inserción en los contextos y entornos de la época (Saéz Carrera, 2003).

Los NNA que son atendidas por los dispositivos de salud mental al ser derivados a estos espacios por instituciones educativas (CAIF, Escuelas), deben sobrellevar las tensiones ocasionadas. Estas instituciones utilizan la acción antes mencionada de la “reducción del tiempo pedagógico”, como accionar sistemático cuando derivan al niño/a para la atención en salud. Con la consecuente perturbación de la rutina familiar al tener que ir algún integrante de la familia, a buscar al niño antes de los horarios habituales de salida de la institución. Por tanto se evidencia una alteración del derecho a la educación para con estos niños/as, al establecer una dinámica de apartamiento institucional más que de inclusión educativa. La visualización de una dinámica institucional que

perjudicaba el derecho educativo de NNA atendidos por el dispositivo de Salud Mental, es otra de las acciones impulsadas desde lo educativo social.

Es cada vez más necesaria la profesionalización de la praxis ante la vigencia de la educación social, para contrarrestar los factores que hoy día determinan que parte de la población no se encuentre en una amplia integración. Desde la educación social corresponde generar los espacios en el intercambio interinstitucional que propendan al beneficio de los derechos para la población infantil atendida por los dispositivos de Salud Mental.

La centralidad del sujeto en el trabajo interdisciplinar

La ampliación de lo educativo hacia entornos fuera de la tradicional institución educativa (la escuela), se podría comprobar por el aumento del campo laboral de la educación social, al evidenciarse mayor presencia de educadores sociales en instituciones y organizaciones. En concomitancia con lo antes descrito la introducción del enfoque de derechos para el trabajo con las personas, que redundan en la mejora de la calidad de vida de las mismas, posibilitan la aparición de nuevos campos para el desarrollo de la tarea educativo - social. Campos que anteriormente se veían como exclusivos de otras profesiones, que ante la incorporación de la perspectiva de derechos se ven en el deber de reevaluar sus prácticas.

Cada profesión posee su *campo profesional* (Bourdieu, 2002) sustentado en sus saberes teóricos y prácticos, basados en las reflexiones extraídas de la praxis, para la formación de *capital* (Bourdieu, 2002). Buscan cometidos acordes a sus disposiciones o *habitus* (Bourdieu, 2002), justificando según su área de acción, deconstruyendo la realidad (de los individuos) según su óptica. Dicho de otro modo, aplican su saber científico, en el análisis de las situaciones particulares de las personas, remarcado desde sus perspectivas sociológicas, biológicas, psicológicas, psiquiátricas, antropológicas y económicas.

La alusión a la noción de *campos* se ajusta a las subjetividades de cada profesión para ver la realidad. Tratándose de ambientes correspondientes al tratamiento en salud mental, las lógicas tradicionales sanitarias parecerían quitar al sujeto afectado por alguna enfermedad el poder de decisión, despojándolo de capacidades que lo habilitan a tomar la iniciativa o reduciendo la capacidad de ejercer su autonomía.

Ante planteos tradicionales de este tipo surgen algunas preguntas ¿Dónde posicionamos a la persona en este análisis? ¿Cuánta influencia tiene el medio sobre el sujeto o el sujeto sobre el medio que lo rodea?

Consolidando cuestionamientos a estos enfoques tradicionales, se están produciendo movimientos en la interna de atención en salud mental que comienzan a cuestionar supuestos establecidos que sustentan estas prácticas.

Estas nuevas dinámicas modifican el posicionamiento del sujeto en salud mental desde aspectos no solo psiquiátricos, sino desde otras disciplinas que explican la realidad partiendo ahora, desde el sujeto, impulsando la mejor comprensión de lo situacional apoyados en lo interdisciplinario de las profesiones.

Como expresa J. Sáez Carreras respecto a la profesionalización: "(...) es un proceso complejo, difícil, exigente, necesario. Es un ascenso escarpado, a veces duro y otro más accesible, de trazados más sinuosos que lineales, en una topografía de luchas con otras profesiones y otros profesionales de la acción social". (2003, p 57)

Ante tan compleja tarea profesional es ineludible trabajar en equipo, para obtener desde la formación, la capacidad para la construcción de intersubjetividades. Así, éstas permitirán generar mayor adecuación de lo educativo, a las individualidades que se aborden. Es parte elemental de este proceso poder compartir e intercambiar saberes de otras profesiones que adquirieron sus bagajes anteriormente y configurar propuestas que contengan aspectos de innovación para la mejor atención en salud mental.

Las nuevas teorías intentan una planificación dinámica, donde lo propuesto es evaluado constantemente y puede ser modificado en el "durante", para el mejor

logro de objetivos junto con el sujeto. En esta construcción y proceso de incorporación de nuevas disciplinas, las mismas deberán adecuarse a la diversidad de escenarios no previstos. Al adquirir el conocimiento junto con el sujeto (educativo) se generarán profesionales que deberán ajustarse a dichos escenarios.

Los actores de lo educativo social, toman lo situacional como un modo de inmersión en cada circunstancia particular, configurando su planteamiento educativo-social basado en acuerdos previamente estipulados con el sujeto y adecuando sus objetivos pedagógicos, al sentido vivencial de cada entorno por los cuales transita el sujeto de la educación.

Ante modificaciones de paradigmas, los nuevos profesionales deberán contar con la desenvoltura necesaria, ya sea para interactuar adecuadamente estimulando al sujeto, como también para lograr un abanico de saberes interdisciplinarios que solo se conseguirá con el intercambio constante entre profesionales de diferentes áreas. Aspecto este, donde los educadores sociales podrían contribuir de forma muy positiva, considerando el perfil de formación adquirido en su carrera. Tanto para dinamizar el trabajo interdisciplinario, como el de aportar la perspectiva con bases en el enfoque de derechos.

Educación Social y Salud Mental

Puntos de contacto con estos pensamientos se plantean en lo teórico y práctico de nuestra temática respecto a la salud mental. Dentro de los preceptos educativos sociales que persiguen el mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos atendidos, en relación a las problemáticas asociadas a la salud mental, el educador social coloca "(...) sus miradas hacia contenidos o saberes disciplinares fijan su atención en la dimensión social, cultural, política, cívica, etc., de quien o quienes actúan..." (Caride, 2015, p 7) para el acompañamiento de un sujeto que sea capaz de integrarse a lo social en diferentes medios, generando sus propias experiencias y adecuándose cada vez más a sus entornos.

En la misma línea del trabajo de la educación social se observan los mandatos legales, los cuales reflejan la adaptación estatutaria ante el tratamiento del sujeto, como sujeto de derecho ante la ley.

Desde la nueva ley de Salud mental del Uruguay, se puede ejemplificar dicha afirmación:

Artículo 17. (Ámbito de atención).- El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

En adhesión a lo propuesto por la Ley, desde lo educativo social, en la promoción hacia la integración de los recursos comunitarios y en consecuencia hacia el aumento en la calidad de vida de los sujetos, otro aspecto preponderante en el mantenimiento de los lazos sociales, será la activa participación familiar en el proceso de atención de las personas con trastorno mental.

La atención sanitaria coloca el foco en el diagnóstico y por consiguiente en la patología del sujeto en tratamiento. Un importante sostén para cada sujeto atendido es su entorno familiar; la mejora de calidad de vida y el desarrollo de la autonomía, dependerá en gran medida de las estrategias que este entorno pueda desarrollar en los cuidados. Desde el trabajo multisectorial con otras profesiones, específicamente la tarea educativa social sería la promotora de contextos adecuados en lo cotidiano del sujeto en atención, que propicien mayor entendimiento por parte de los familiares sobre las particularidades de cada diagnóstico. En el caso de los niños/as brindándole información precisa a los adultos referentes para la toma de decisión ante ciertos tratamientos. Al redundar en una adecuada atención de cuidados hacia el sujeto por parte de su entorno familiar, se espera la consiguiente mejora en los tratamientos de atención sanitaria. Ante la mejora de las capacidades de cuidados familiares, se

estaría aumentando las posibilidades para una futura circulación en lo social amplio por parte de los sujetos en atención.

El trabajo educativo que contribuya al desarrollo de la autonomía del sujeto, será importante insumo para futuras adaptaciones del mismo a diferentes medios. Cabe aclarar, esto dependerá en gran medida de los diferentes grados de complejidad en lo que a salud mental refiere, los cuales incidirán luego en los niveles de autonomía a lograr por cada sujeto.

Otro punto de contacto con la educación social, sería el rol que tomó esta frente a las diferencias de derechos que gozan las personas. Desde 1948 año de declaración de los Derechos Humanos, se dictaminó la igualdad de oportunidades para las personas, según el artículo 22:

“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.” (Declaración DD.HH)

Si bien este marco jurídico existe en las diferentes constituciones de cada país, es de difícil concreción en los hechos la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo personal, en especial en personas en tratamiento de salud mental.

La educación social adquiere un rol importante donde resaltaría la falta de goce en derechos, normalmente en poblaciones que no son capaces de hacer notar sus necesidades más inmediatas. Como lo señala Antonio Petrus: “La Educación Social es una acción profesional cualificada aplicada a un sistema social después de haber realizado un diagnóstico social. La Educación Social es, en suma, una acción a través de medios adecuados y destinados al cambio social.” (1997, p 26)

En la actualidad ante la aplicación de un nuevo paradigma, el cual se refleja en la implementación de la ley de salud mental y el trabajo hacia un plan nacional de salud mental, existen dificultades para lograr el cambio en nuevos modos de relacionamiento con esta población, tanto a nivel institucional como profesional. Por tal motivo es acorde a los principios de los derechos humanos y de la Educación Social, visibilizar esta parte de la población en términos de igualdad tangible, propiciando por parte de lo educativo desde lo interno del contexto familiar y personal de cada sujeto, la participación real en lo cultural, social, económico y político de la sociedad.

El principio orientador será la equidad, para el logro de la igualdad de oportunidades, originado en la demanda de los propios sujetos o familiares, por el cumplimiento de los derechos no reconocidos socialmente, en sociedades donde predominan ciertos supuestos o desconocimiento en materia de atención respecto a la salud mental.

El aggiornamento de la atención en salud mental a la perspectiva de derechos, busca la promoción de lo comunitario para el tratamiento de distintas patologías, así como una mayor contención de los entornos familiares, para llevar adelante los tratamientos. Ambos aspectos chocan con los supuestos o representaciones sociales que se formaron alimentados por un modelo de atención estigmatizante hacia los sujetos atendidos, donde la atención antes era en lo que Erving Goffman denominó instituciones totales. El apartamiento de esta población en recintos para su tratamiento, así como el ordenamiento de sus vidas dentro de estos espacios, es lo que aún sostienen ciertos supuestos sociales, que privan de derechos y adecuada atención a esta población.

Por medio del marco normativo se estaría iniciando el intento en atenuar estas estigmatizaciones hacia la población atendida. Observándose la transición hacia el nuevo modelo de atención, mediante los dispositivos residenciales de apoyo comunitarios para las personas adultas con trastornos mentales severos; o en el caso de niños, niñas y adolescentes priorizando el derecho a la educación y su

integración mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud y las respectivas derivaciones a los servicios especializados en infancia.

Hacia el encuentro con el sujeto de derecho

Siendo el logro de la autonomía el punto de contacto entre lo clínico y lo educativo social, ambas disciplinas trabajan en su búsqueda. Desde lo sanitario colaborando con el paciente mientras que desde la educación social se apuesta al sujeto; ambos apuntando a una mejor calidad de vida de la persona durante y final del tratamiento, aunque en los hechos se haya percibido diferenciaciones en lo metodológico para conseguir lo buscado.

Como se expresa en “Educación social: acto político y ejercicio profesional” en palabras de Richard Sennet (2003):

“...concedemos autonomía a los maestros o a los médicos cuando aceptamos que saben lo que hacen, aun cuando nosotros no lo entendamos; la misma autonomía debe concederse al alumno o al paciente, porque ellos saben cosas del aprendizaje o de su condición de enfermo que la persona que les enseña o los trata puede no comprender del todo”. (2009, p 160)

Este concepto se vio latente durante todo el proceso de práctica, al denotar y verse reflejado en la molestia de algunos pacientes, la visión directiva desde lo clínico; marcando directrices que no eran comprendidas completamente por los sujetos y como consecuencia de esto posibles abandonos de los tratamientos. Se debió generar espacios por parte del estudiante de ES que llevaran a un mayor entendimiento de los beneficios de proseguir los tratamientos y crear canales de comunicación entre paciente y profesional de la salud.

Aspectos relacionados a la información del sujeto: ¿Qué se debe decir? ¿Cómo se debe decir? ¿A quiénes se debe decir? Fueron algunos puntos de tensión al momento de realizar coordinaciones entre instituciones para conseguir avances en los tratamientos y en consecuencia en la vida de los sujetos. Situaciones de

interacción con otros profesionales educativos, que requirieron la intervención del profesional en el área de psiquiatría, se vieron complejizados por visiones que resguardaran y evitaran mayor estigmatización del sujeto en la circulación por diferentes contextos educativos. Las demandas en el requerimiento de datos e informaciones sobre el sujeto por parte de algunos actores educativos (escuela), se encaminaron hacia los profesionales de la salud para adecuar la información pertinente a transmitir, sin que condicione al sujeto en los entornos por los cuales circulaban.

En los aspectos de salud mental y de salud en general es de suma importancia el seguimiento y mantenimiento en el tiempo de los tratamientos, siendo estos de larga aplicación, con lentos avances. En este sentido fue una constante el trabajo asumido con el entorno cercano de los sujetos y no tanto hacia el sujeto. Tomando a Duschatzky (2002) desde Educación social: acto político ejercicio profesional:

“se torna imprescindible la construcción de un horizonte de posibilidad (...) no radica entonces en la producción de un sujeto a imagen y semejanza de algún ideal, ni simplemente capaz de gestionar por sí mismo las exigencias de un mundo fragmentado sino en la creación de condiciones que habiliten un por-venir, un nuevo tiempo”. (2009, p 166)

En el abordaje de las situaciones se vio por momentos necesaria la descentralización del niño y adolescente para abocar las acciones hacia el entorno familiar; en la búsqueda de condiciones que indirectamente provoquen el mejoramiento de calidad de vida del sujeto, centro de la acción educativa social.

Así mismo se va descubriendo una particularidad innata de cada sujeto de la educación, la cual dará el estado de situación único, con cada persona, en determinado lugar, con ciertas vivencias y subjetividades que no se repetirán con ninguna planificación sistematizada previamente.

La visión global de situaciones conformadas por un profesional basado en marcos normativos de DDHH, es de la tarea más ardua dada su actuación desde

varios frentes. La separación en cada situación abordada, con propósitos de resaltar las posibles vulnerabilidades existentes, generan a posteriori efectos en cada parte dentro de la totalidad, obligando a una permanente evaluación en la jerarquización de ciertas acciones dentro de las intervenciones educativas.

Este estilo de educación social y perfil del profesional educativo será el puntapié inicial para el oportuno y necesario empoderamiento del sujeto de la educación cualquiera sea el lugar, contexto, organización o institución en la que este transitando. Las finalidades educativas buscadas y el propósito teleológico del acto educativo, indagaría hacia la proactividad por parte del sujeto en la toma de conciencia respecto a su situación frente a profesionales de la salud mental, terapeutas, maestros/as, etc. o el sostenimiento de las familias para transitar los dispositivos sanitarios.

El análisis de las diferentes subjetividades, las formas de relacionamiento y posicionamientos del sujeto ante diferentes dispositivos, ocasionalmente lo dejan a merced de sentidos preestablecidos, como ser paciente, alumno, usuario, autista. Sin intencionalidades exclusivamente críticas hacia este tipo de dispositivo, en la planificación educativa social, se podría lograr paulatinamente el incentivo de acciones por parte del sujeto, para una mayor adaptación en los diferentes contextos; valiéndose del conocimiento de su situación y tornándose en un sujeto defensor de sus derechos.

La construcción de un vínculo de confianza en entornos de salud mental es parte de un proceso de trabajo paulatino y respetuoso en aspectos comunicativos. El intercambio comunicacional con el sujeto y la familia, puede ser habilitador o inhibitorio si este se percibe como amenazante y esto cerrará puertas actuando en desmedro de los tiempos necesarios para la tarea antes mencionada. El posicionamiento del educador social será el de construir un vínculo que permita conocer la subjetividad del sujeto en sus diferentes entornos; donde por momentos la escucha de determinadas incomodidades (o determinadas conductas en el caso de niños) y las angustias generadoras de ciertas ansiedades no atendidas, brinden los primeros indicios que guíen, desde donde, se habrá de iniciar la planificación educativa para cada sujeto de derecho.

“No olvidemos que es la persona la que está implicada en este proceso y su formación social abarca los aspectos cognoscitivos, afectivos y de conducta que la condición de persona conlleva, tanto a nivel interpersonal como a nivel ciudadano” (Quintana, 1997)

El autor Jordi Planella trae en unos de sus trabajos un análisis de necesidades realizado por Jonathan Bradshaw (1983) destacándose la “necesidad normativa”:

Es la necesidad que el experto o profesional en la materia dictamina, establece o marca como modelo referencial. El proceso es sencillo, el experto o equipo de expertos establece un nivel “deseable” de bienestar y todos aquellos que estando por debajo del nivel marcado pasan, automáticamente, a formar parte del grupo de los necesitados. (2008, p 9)

Contradiendo esta lógica de funcionamiento respecto a la atención hacia personas en tratamiento de salud mental o en situación de discapacidad, es que se busca la integración de lo comunitario en el tratamiento, visibilizando esta estrategia como el proceso combinado entre tratamiento clínico y el trabajo educativo social. Apuntando a la estabilización emocional del sujeto atendido, aumentando su relacionamiento social se pretenderá mediante los emergentes producidos en la vida comunitaria movilizar el conocimiento de los profesionales en la atención directa (psiquiatras, psicólogos, educadores sociales, trabajadores sociales, etc.) insistiendo en un abordaje centrado más hacia la individualidad del sujeto, anteponiendo está a la condición de paciente en tratamiento de salud mental.

Nuevamente apuntando hacia profesionales que estén capacitados para compartir su saber, siendo desafiados con nuevos abordajes en tratamientos que se acerquen al vivir de los sujetos, brindando la información necesaria en la comprensión de las enfermedades, aportando mayor seguridad a los sujetos y entorno familiar. Como lo señala Violeta Núñez: “ (...) La cronificación de la

situación, lejos de tener justificativo en la falta de recursos, en las condiciones familiares, barriales, sociales, etc., es motivo de discusión y cambio en las ideas y metodologías del trabajo educativo” (1999, p 33). Haciendo posible una atención más humanitaria y real de las situaciones que hoy se viven, donde difícilmente las políticas públicas son contempladoras de estas situaciones de vida.

Funciones de los Educadores Sociales

Se coincide respecto a las funciones de los Educadores Sociales desarrolladas en el documento perteneciente a ADESU – Funciones y Competencias. Allí se expresan los ejes en el ejercicio profesional, que perfectamente se ven reflejados en los marcos de Salud Mental. Se describe:

“El educador Social es un profesional de la educación dotado de un saber pedagógico y de competencias específicas (...) El conocimiento pedagógico es el soporte fundamental para el desempeño y desarrollo profesional que junto con diversos saberes y conocimientos le permiten al Educador Social integrarse a distintos marcos institucionales.” (2010)

Las competencias descriptas¹ de dicho profesional son las posibilitadoras del trabajo en salud mental, integrándose al trabajo interdisciplinar de los dispositivos de salud. Estas se agruparon en tres categorías:

- Competencias Operacionales
- Competencias Interpersonales
- Competencias Heurísticas

Este grupo de cualidades que permiten la adaptación del profesional educativo, son las que dan paso a las funciones específicas, así como otras no específicas que podrán ser compartidas y realizadas por otros profesionales educativos del

¹ Ver anexo – esquema extraído de “Funciones y Competencias del Educador Social” - ADESU

campo social. Como lo describe García Molina (2003) existen tres principales funciones:

- La transmisión, habilidades y formas diversas de trato y relación social.
- La mediación educativa para producir encuentros de los sujetos con el patrimonio cultural, otros sujetos y entornos sociales diversos.
- La generación de escenarios educativos, generación y sostenimiento del encuadre y los procesos educativos: tiempo, espacio y propuesta educativa.

En lo que respecta a la última función, es la que brindará el encuadre necesario para que el acto educativo entre agente y sujeto de la educación se produzca; al decir de García Molina (2003):

“La imaginación didáctica del educador. En todo caso, ésta apunta a un saber hacer que le permite promover diferentes formas de agrupamiento de los sujetos de la educación y/o potenciar el trabajo individualizado a la vez que se gestiona tiempos y espacios, en función de los objetivos educativos (p 144).

Es de interés desarrollar además de las funciones antes nombradas, la introducción de una función especial, la cual puede ser tomada como aspecto metodológico específico para la atención dentro de salud mental: la función de acompañamiento. Dicha acción se observa como posibilitadora de combinar las otras funciones, al generar un marco de sostén para las personas (y su familia) a quienes se destina la propuesta educativa social.

El educador social será parte fundamental en la planificación de actividades que posibiliten un acompañamiento del sujeto, pensado hacia un trabajo en red. Lo metodológico del acompañamiento, aunado a lógicas de red son las que busquen una postura autónoma, de mayor participación del sujeto; que lo conviertan en el sujeto activo ante las propuestas trabajadas, contrariando la

pasividad en los tratamientos. Como lo explicita Jordi Planella (2016): El acompañamiento se posiciona a favor de prácticas que no sean anestésicas, que no sean adormecedoras, que tengan la potencia de despertar en el sujeto determinadas pasiones, placeres y saberes que lo movilicen más allá de su posición estática. (p 62)

Se trata de potenciar la particularidad del relacionamiento que predispone el vínculo de confianza y cercanía. Esto construido entre educador y sujeto de la educación para llevar adelante la función teniendo las apoyaturas desde el trabajo interdisciplinar con los demás agentes de la salud.

Los contenidos trabajados apuntarán al aprendizaje de herramientas necesarias para sostener los procesos en salud mental; o en el caso de familiares con niños/as con TEA el aprendizaje de formas adecuadas de vinculación con el sujeto en tratamiento. Dichas herramientas tenderán a la búsqueda de mejora en la calidad de vida y obtención de mayores grados de autonomía.

El posicionamiento político, ético y la distancia profesional que se requiere para cumplir con la función de acompañar se ve explicitado en el siguiente texto titulado “Siembra para ser tú mismo” de René Trossero (2001), utilizado por Jordi Planella (2016):

Si de veras quieres ayudarme:
No camines por mí, déjame caminar por mi camino;
No hables por mí, déjame hablar y escuchame;
No llores por mí, déjame llorar y acompáñame;
No decidas por mí, déjame elegir y respeta mis decisiones;
No te arrojes al agua por mí, déjame que aprenda a nadar;
No me impongas tu experiencia, déjame hacer la mía;
No aciertes por mí, déjame aprender equivocándome;
Porque yo crezco más con mis errores que con tus aciertos.

(p

111)

Conclusiones y reflexiones finales

Como se demostró a lo largo del presente trabajo monográfico, el tratamiento histórico que se les proporcionó a las personas diagnosticadas con alguna problemática de salud mental, no siempre fue desde un abordaje que considerara la singularidad de los sujetos. Por el contrario la atención brindada tendía a un tratamiento generalizado, el cual homogenizaba a todas las personas. Producto de las representaciones sociales que posicionaban al individuo en una condición de desventaja frente a la sociedad, se fueron formulando estigmatizaciones que aún hoy perduran.

Herencia de esta lógica de pensamiento, es la visión segregadora que los NNA y sus familias deben soportar cuando son derivados desde los diferentes entornos educativos, por no adaptarse al funcionamiento de los mismos.

Desde lo educativo social se intentó brindar en los espacios de Salud Mental Infantil la contribución hacia el vínculo de cercanía, como posibilitador de una atención humanizada basada en derechos. Este tipo de atención diferenciada y particularizada a cada caso, alentaba a cumplir con los procesos terapéuticos e intentaba contrariar las tensiones ocasionadas por la exclusión de los entornos educativos, producto de la medicalización del NNA y las lógicas de estigmatización.

No se trata de sobrecargar a la Educación Social con múltiples tareas de inabarcable solución, si no desde el análisis de la perspectiva de derechos, denotar aquellas lógicas que en los hechos se observaron perjudiciales y en detrimento de los derechos de los sujetos y sus familias con quienes se trabajó.

La población atendida por los dispositivos de salud mental infantil debe hacer frente a diferentes desafíos al estar en tratamiento. No solo la carga de ser derivados desde otras instituciones que remarcan la no adecuación a las mismas, sino que también afrontan las distintas derivaciones dentro de la propia institución de salud, donde el pasaje a diferentes especialidades genera en las familias angustias, ansiedades que complejizan el recorrido antes de lograr un diagnóstico médico definitivo.

La función del acompañamiento remarcada en este trabajo se observó en los hechos como factor determinante para lograr la permanencia en los distintos tratamientos de salud. Se vio como la cercanía generada con las familias fue el canal que habilitó mayor apertura y consentimientos del entorno familiar con el consiguiente beneficio tanto en aspectos sanitarios, como en el relacionamiento del NNA, su familia y las instituciones educativas.

Como lo distingue Hebe Tizio en Reinventar el Vínculo respecto al ofrecimiento de lo educativo: (...) cada sujeto da su consentimiento en función de unos previos, pues el sujeto que llega a la educación es un sujeto que ya está marcado, y hay marcas fundamentales que no se pueden borrar. El consentimiento se da en la medida que existe la posibilidad de velar, de mostrar, de entretejer sus marcas en esa oferta y eso es lo que el agente de la educación debe autorizar. (2003, p 175)

Otro aspecto deseado desde el abordaje educativo social hacia las familias fue el incentivar un posicionamiento activo frente a los tratamientos de salud, así como ante las instituciones educativas, con la conformación de lo que se podría denominar un “sujeto activo”, contrario al paciente pasivo, configurando lo que es para la educación social el sujeto de la educación.

La valoración clínica que se realiza en la salud mental infantil no sería de inmediata solución, por el contrario una vez logrado el diagnóstico definitivo, inicia otro proceso en la interna familiar, que es la aceptación y posterior adaptación a las rutinas diarias para sobrellevar el dictamen médico. La complejidad que conlleva a la interna familiar la correcta atención de NNA con TEA, TDAH, etc, requería además de la guía del profesional de la salud, el reforzamiento desde el trabajo educativo social. El medio por el cual se incentivó esta tarea, fueron las planificaciones de actividades pensadas con contenidos, que se coordinaban con el equipo de salud mental y que generaban estrategias para una mejora de la capacidad de cuidados familiares.

Dichos contenidos perseguían la efectiva comprensión de los diagnósticos por parte del entorno familiar, para posicionar al NNA y su entorno como se

denominó anteriormente, en “sujeto activo”. La promoción de un mayor entendimiento de estrategias que aumentaran la calidad de vida del NNA y al mismo tiempo fortalecieran el entorno familiar, permitían afrontar los emergentes ante los centros educativos y el propio equipo de salud mental.

Desde los equipos de ASSE se viene trabajando con diversas profesiones conformando así, los equipos en Salud Mental, que al incluir la mirada de la educación social, remarca la perspectiva de derechos, ahora sostenida por un actor fundamental en este enfoque.

Se procuraba posicionar el trabajo educativo como aspecto positivo del trabajo multidisciplinar, en el entendido de que el análisis situacional, aunado al abordaje pedagógico con las familias, proporcionaban indicadores que evidenciaban los temores o resistencias naturales que transitan los sujetos y entorno familiar. Nuevamente la especificidad en el vínculo de cercanía permitía trabajar en base a consentimientos y avales que intentaban posicionar al sujeto en el centro de la atención, problematizando aquellas situaciones que pudieran estar movilizándolo a los entornos familiares por incomprensión de los tratamientos o por cansancio durante la búsqueda del diagnóstico clínico.

A modo de cierre, está contenida en este trabajo la intención de dejar insumos para descripción del rol de educador social en los entornos sanitarios, como un actor idóneo desde la perspectiva de derechos humanos, que podría contribuir a los equipos multidisciplinarios. El aggiornamiento de las políticas de salud mental hacia una mayor atención en derechos, junto con el aporte de la educación social podría aminorar el desacople existente entre la política pública y la ambivalente atención sanitaria. Los estigmas son contruidos por la sociedad y la atención debería ser más humanizada para contrariar lógicas que sufren los usuarios de la salud mental. La atención con enclaves comunitarios y el trabajo en red, podrían proporcionar condiciones más proclives a la inclusión, a la transmisión cultural y hacia la construcción de antidesestino.

Referencias

- ADESU (2009) Educación social: acto político y ejercicio profesional. MEC - ADESU, Montevideo.
- ADESU (2010) Funciones y competencias del Educador social. Asociación de Educadores Sociales del Uruguay.
- Alber, C. S. (2013). La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red. Revista de salud mental y psiquiatría comunitaria: Norte de Salud mental, 11(45).
- Alonso, I., Funes, J. (2009) El acompañamiento social en los recursos socioeducativos. La atención socioeducativa en las transiciones vitales Educació Social: Revista d'intervenció socioeducativa (42) 27-45. <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/165627>
- Barrán, J. P. (1992). Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental
- Batthyány, K., Cabrera, M., Alesina, L., Bertoni, M., Mascheroni, P., Moreira, N., Picasso, F. Ramírez, J., Rojo, V. (2011). Metodología de la investigación para las ciencias sociales: apuntes para un curso inicial. UDELAR – Uruguay
- Bolarín, M. J. (2004) Adolescencia, salud mental y educación social.** <https://eduso.net/res/revista/3/articulos/adolescencia-salud-mental-y-educacion-social>
- Bourdieu, P. (2002) Campo de poder, campo intelectual: Itinerario de un concepto. Editorial Montessor, Colección Jungla simbólica.
- Brignoni, S. Esebbag, G. (2004) **Algunas reflexiones sobre Salud Mental y Educación (2004).** <https://eduso.net/res/revista/3/articulos/algunas-reflexiones-sobre-salud-mental-y-educacion>

- Cabanas, J. M. Q. (1997). Antecedentes históricos de la educación social. *Pedagogía social* 68-91. Ariel.
- Caride, J. A., Gradaílle, R., Caballo, M. B. (2015). De la pedagogía social como educación, a la educación social como Pedagogía. *Perfiles educativos*, 37(148), 04-11.
- Corleto Rapela, C. (2013) ¿Cómo se manifiesta en la cotidianeidad de una familia la presencia de la enfermedad mental? UDELAR – FCCSS – Uruguay
- De Pena, L. Lema, S. & Silva, C. (2015) Consentimiento informado en Salud Mental. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*
- De Viñar, M. U. (2005) Adolescencia y Educación Social: Un compromiso con los más jóvenes. Centro de Formación y Estudios del INAU. Montevideo, Uruguay.
- Díaz, E., Calandria, E., Freiría, A., Parra, A., & Pérez, M. (2009). “El acompañamiento en salud mental: acompañar en el lazo social”. *Educación Social, Revista de intervención socioeducativa*, (42), 73-89.
- Escribano, I. (2004) La función profesional del educador y la educadora social en los Servicios de Rehabilitación en Salud Mental. <https://eduso.net/res/revista/3/articulos/la-funcion-profesional-del-educador-y-la-educadora-social-en-los-servicios-de-rehabilitacion-en-salud-mental>
- Foucault, M. (2002) *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*. Siglo Veintiuno Editores Argentina S.A
- García Molina, J. (2003) *Dar la palabra: Deseo, don y ética en educación social*. Gedisa, España.
- Goffman, E. (2006) *Estigma*. Amorrortu. Buenos Aires

Gómez Oroná, S. (2017) De aproximaciones y convergencia: Un estudio de caso sobre acción educativa social con pacientes de Salud Mental Infantil. Monografía de egreso - IFES

González Nieto, A, M. (2013) La experiencia Educativo Social en el Centro Nacional de Información y Referencia de la Red Drogas "Portal Amarillo". Monografía de egreso - CENFORES

Hebe, T. (2003) Reinventar el vínculo educativo: Aportes de la pedagogía social y el psicoanálisis. Gedisa

Lebrero. M; Montoya, J; **Quintana**, J. (2001) "Pedagogía social" Lerko Print Madrid.

Ley 19.529 Salud Mental recuperado de:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484982672670.htm>

Ley 18.211 SNIS recuperado de:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4263699.htm>

Mendizábal, R. (2018) Rompe-cabezas: Educación Social y Salud Mental en dispositivos de protección a las adolescencias. Monografía de egreso – IFES

Mendizábal, R., Gómez Oroná, S. (2016) Proyecto de Extensión: Acción socioeducativa con pacientes de salud mental en el Centro de Salud "Dr. Rubén Misurraco".

Míguez M. N. (coord.), Bafico, J., Camiruaga, C., Cristóforo, A., Cwaigenbaum, D., Gribov, D., Hernández, M., Mosca, A., Muniz, A., Nieves, M., Oliver, L., Palummo, J., Sánchez, L., Taberna, D., Velázquez, M.J. (2015) Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar. Estudios Sociológicos Editora

Ministerio Salud Publica (2011) Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud. https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional_unio.pdf

Ministerio Salud Publica (2014) Equipos de salud del primer nivel de atención. División de recursos humanos del SINS. <file:///C:/Users/CRIST~1/AppData/Local/Temp/DT%202014.%20Equipos%20de%20salud%20del%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20-%202014.pdf>

Natalí Vázquez (2015) Profesionales que trabajan en policlínicas barriales de salud mental y la importancia de un trabajo integrado. UDELAR – FCCSS

Núñez, V. (1999) Pedagogía social: Cartas para navegar en el nuevo milenio. Santillana, Argentina.

Ottonelli, F. (2013) Marco jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos. Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental, 59-70 Psicolibros – Waslala

Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (1990) Declaración de caracas 1990
Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Planella, J. (2008). "Educación social, acompañamiento y vulnerabilidad: hacia una antropología de la convivencia". Revista iberoamericana de educación, 46(5), 4. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Planella Jordi (2016) Acompañamiento social. Editorial UOC, España.

- Rodríguez, C. (2016) "Pensar por caso". Ateneos de pensamiento clínico sobre los oficios del lazo social y los haceres institucionales. Colección de cuadernillos El Abrojo (1). Editorial Azafrán. Montevideo
- Rotger, A. P. (1997) Concepto de educación social. *Pedagogía social* 9 – 39. España
- Sáez Carreras, J. (2003). Cambiando concepciones en la construcción de la construcción de la pedagogía social: de la formación y profesionalización de los educadores sociales. *De nuevo la educación social*. Dykinson. Madrid
- Sosa M. C (2010) Salud mental: la importancia del abordaje interdisciplinario a través de los equipos comunitarios de salud mental. Problemas y potencialidades. UDELAR - FCCSS
- Tiana Ferrer, A. (2017) La evolución de la educación social como campo académico y profesional. RES, Revista de educación social (24). <https://eduso.net/res/>
- Zelmanovich, P. (2003). Contra el desamparo. Enseñar Hoy: una introducción a la educación en tiempos de crisis.

GLOSARIO

CATP - Comisión Asesora Técnica Permanente

CEREMOS – Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial

CNLSM - Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental

DSM y PV - Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables

EBSM – Equipos Básicos de Salud Mental

EP – Equipo de Proximidad

ESPNA – Equipo de Salud Primer Nivel Asistencia

PIPSM - Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental

PNA – Primer Nivel de Atención

PNSM – Plan Nacional de Salud Mental

RAP – Red de Asistencia Primaria

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud

SM – Salud Mental

TEACCH - Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación)

TEA - Trastornos del espectro Autista

UE – Unidades Ejecutoras

ANEXO

Material extraído de “Funciones y Competencias del Educador Social”. ADESU, Abril de 2010.

A partir de lo planteado por García Molina y Saez Carreras (2006) nos aventuramos a (re)formular las competencias profesionales enunciando tres categorías que corresponden con las reflexiones que venimos procesando los profesionales en nuestro país.

Presentamos a continuación tres categorías en las cuales se agrupan las competencias que entendemos caracterizan un ejercicio profesional:

- Competencias Operacionales
- Competencias Interpersonales
- Competencias Heurísticas

Competencias Operacionales - Permiten al profesional desarrollar operaciones en el campo disponiendo de diversas herramientas e instrumentos, son de carácter comunicativo, analítico y organizativo. En tal sentido se pueden destacar las siguientes:

- Capacidad para la comunicación oral y escrita en el idioma materno
- Capacidad de análisis y síntesis
- Capacidad para la organización y planificación
- Conocimiento de las nuevas tecnologías y sus posibilidades
- Destreza en la gestión de la información (destreza para recuperar información de distintas fuentes y analizarla)
- Conocimiento de su profesión y del campo profesional

Competencias Interpersonales - Son habilidades personales relacionadas con la capacidad de trabajo en equipo, y de establecer una relación con los sujetos de la educación. Entre ellas mencionamos:

- Capacidad de crítica y autocrítica
- Capacidad para comunicarse con agentes e instituciones de otros campos profesionales
- Respeto a la diversidad y la multiculturalidad
- Capacidad para trabajar en diversos contextos
- Capacidad para la resolución de problemas y toma de decisiones
- Compromiso ético y defensa los derechos humanos
- Vocación de la enseñanza

Competencias Heurísticas - Están relacionadas con problemas más globales, en donde se deben poner en juegos varios conocimientos para generar procesos creativos e innovadores. A modo de ejemplo, enumeramos:

- Capacidad para poner en práctica los conocimientos
- Destreza en la investigación
- Disposición para la formación permanente.
- Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones
- Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)
- Capacidad para la comprensión e interpretación de la dinámica cultural
- Capacidad para trabajar de forma autónoma.
- Capacidad para el diseño, la gestión y la evaluación de proyectos

El trabajo profesional en educación necesita de profesionales con un saber y una práctica específica, lo que requiere el desarrollo de algunas competencias características para el ejercicio profesional en el campo educativo. Presentamos a continuación un conjunto de competencias que nos sitúan en el campo como profesional de la educación:

- Capacidad de lectura analítica, crítica y reflexiva de la realidad, estudio y problematización de situaciones y contextos sociales, económicos y políticos en clave pedagógica.
- Capacidad para diseñar, implementar y evaluar programas y proyectos educativos.
- Capacidad para el trabajo en equipo, relacionamiento con otros profesionales y la articulación de prácticas educativas.
- Capacidades relacionales y comunicativas, capacidad de escucha y comunicación, relación e intercambio fluido con las diversas personas y grupos en los diferentes contextos y con los diversos actores del campo educativo.
- Capacidad de elaboración de informes sociales y educativos. Selección y
- gestión de información y su comunicación de forma adecuada con lenguaje técnico, respetuoso y accesible a los demás profesionales del campo y a los sujetos involucrados.
- Capacidad para reconocer y caracterizar las situaciones en las que los sujetos se encuentran, reconociendo las condiciones sociales, económicas y culturales.
- Capacidad para identificar las situaciones sociales y las condiciones de vida de los sujetos con los que trabaja.