Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2023

Nadie se salva solx : la centralidad de las redes sociales de cuidado en la vida de personas con padecimiento subjetivo, desde la práctica en el C.A.P.S. 9 de julio, Mar del Plata

Galera, Casandra

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/364

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

TESIS DE GRADO

Nadie se salva solx

La centralidad de las redes sociales de cuidado en la vida de personas con padecimiento subjetivo, desde la práctica en el C.A.P.S. 9 de julio, Mar del Plata

Autora: Casandra Galera

Directora: Lic. Virginia Vaccaroni
Codirector: Lic. Matías Saba

Agradecimientos

A la comunidad de la Universidad Pública que me abrazo y me alojo en todos estos años de habitar la institucion. Docentes, trabajadorxs universitarixs, mis compañerxs de cursada, de pasillo y mates. Fueron parte de mi proceso formativo en diversas instancias y momentos y todos me aportaron a encontrar la profesional que quiero (y que no quiero) ser.

A mi familia, que lxs amo con toda mi alma y me acompañaron con amor y cuidado en todo el camino. Que me soportaron y me escucharon con atención siempre.

A mi compañero Santi, que estuvo siempre para mi, siendo parte del proceso en el lugar que lo necesitara (siempre con algo rico).

A la famosa “secta”: Flor, Ro, Luletas, Vale,Luchi, Facu y Manu. Hicieron que este camino formativo sea amoroso, humano, comprensivo y compañero. Gracias por la escucha, el mate, el resumen y el abrazo que nos permitieron avanzar juntxs. Por permitirnos soñar que otro futuro es posible.

A Martu por ser compañera y el mate de aquel curso de ingreso.

A las amigas que me dio la disciplina, pero en especial a Palo y a Jenny, que con su mano compañera supieron guiarme, empujarme y cuidarme cuando ni yo confiaba en mí. Eternas gracias.

A mis compañerxs de El Quilombo, el espacio militante compañero más hermoso del que podría haber sido parte en una institución que muchas veces nos propone el desencuentro. Conocí personas espectaculares, que me enseñaron no solo a ser mejor profesional sino que también a ser mejor persona y compañera. Afirmo la certeza de que desde lo colectivo podemos aprender y crecer mucho mejor. Confío en mis compañerxs y tengo la seguridad de que estxs compañerxs van a construir una Universidad que nos aloje a todxs. Mención especial para Sebi y la Negra, compañerxs eternxs en esta caminata.

A Aluvión, y a cada unx de mis compañerxs. Que me bancan, me acompañan, me ayudan y me sostienen en todas. Son lo más grande que hay.

A Vir por ser parte de este trabajo y a Mati por acompañarme, escucharme y ayudarme a poder materializar esta tesis.

A las docentes que me enseñaron y mostraron que la relación docente-estudiante puede y debe ser distinta, con pedagogías amorosas pero con pensamiento crítico para analizar la realidad. Mención especial a Paula, las Romis, Euge, Vero y Tami.

A Fer Raverta por compartirme esta disciplina, y a Nestor y Cristina por invitarme a ser parte de un proyecto político que quiere transformar y mejorar la realidad de lxs argentinxs. Donde me convertí en una militante que se permitió pensarse como Trabajadora Social del y para el pueblo.

Índice

Introducción 3

Encuadre Metodológico 7

Parte I: Marco Teórico 10

1. Un recorrido por la historia de la salud mental en Argentina 11

a. Un recorrido por la historia de la salud mental en Argentina 11

b. Ley de Salud Mental N°26.657 19

2. Ley de Salud Mental N°26.657 22

3.Sistema de salud y dispositivos 25

4. La importancia de las palabras 31

5. ¿La normalidad como salud? Medicalización de las prácticas cotidianas 34

6. Las redes sociales de cuidado 36

Parte II: Sistematización de las prácticas profesionales 43

1. Descripción situada del territorio 44

2. Actorxs entrevistadxs 46

a. Información organizacional del C.A.P.S. 9 de Julio 47

b. Características específicas del área de salud mental 51

c. Condiciones de atención en el C.A.P.S. 57

d. Interdisciplina 63

e. Interinstitucionalidad 66

f. Redes sociales y experiencias de comunidad 68

g. El impacto concreto de la Ley de Salud Mental 72

Consideraciones finales 75

Referencias bibliográficas y documentales 79

Introducción

La presente tesis busca aportar a la construcción de conocimiento en el campo de la salud mental desde la mirada, el análisis y el quehacer específicos del trabajo social. Su motivación surge de dos momentos vividos y sentipensados que despertaron el interés por dar cuenta de las reflexiones surgidas en ese marco.

El primer momento tiene lugar en el marco de la cátedra “Supervisión”[1] a partir de la realización de las prácticas institucionales en el Centro de Atención Primaria de la Salud 9 de julio[2], en ocasión de la realización de mi práctica institucional supervisada en 2019. El segundo momento recupera mi experiencia de trabajo en el hospital de día Arraken[3], ubicado en la localidad de Balcarce.

En el desarrollo de esas dos instancias de formación profesional, mi interés se centró en lo siguientes temas: los modos de abordaje de las problemáticas de salud mental y padecimiento subjetivo; en la forma en que las personas atravesadas por estas situaciones configuran y desarrollan sus proyectos de vida; así como también, la dinámica que desarrollan las instituciones donde las personas llevan adelante sus abordajes de salud. El acercamiento a un análisis de estas variables me posibilitó comprender la importancia de las redes sociales de contención de estas personas con padecimiento subjetivos y cómo se constituyen como uno de los pilares fundamentales en su vida, determinando con mucha centralidad la configuración de

[1] Esta materia, denominada en el nuevo plan de estudios “Supervisión de las Intervenciones sociales”, corresponde al quinto año del plan de estudios de la Licenciatura en Trabajo Social de la UNMdP. En ella se realiza una práctica institucional supervisada en una institución donde se encuentre trabajando un/x trabajador/x social.

[2] Caracterizaré en detalle esta institución de salud en el desarrollo de la tesis.

[3] Arraken es un hospital de día privado, ubicado en la ciudad de Balcarce. Si bien la experiencia allí no forma parte de la presente tesis, creo que fue relevante para reforzar el interés en abordar la temática de este trabajo.

los proyectos de vida y en las vivencias cotidianas de estxs sujetxs.[4] En este trabajó se empleará tanto padecimiento mental como padecimiento subjetivo enmarcado en el procesos de salud- enfermedad- atención- cuidado. Sin embargo, como se desprende del titulo de esta tesis me posiciono desde Stolkiner (2013) quien plantea que el término padecimiento subjetivo "permite ampliar el campo de comprensión de las problemáticas, descentrándolas de la ontologización psicopatologizante." (p. 18). Por lo que, reconociendo las limitaciones y potencialidad, el concepto de padecimiento mental también será empleado entendiendo que es el término de referencia de la ley N°26657.

Evaluar la impresión de relevancia de las redes sociales constituye el núcleo central de esta investigación, donde uno de los ejes se centra en analizar la consideración u omisión de las redes sociales de contención en la vida de las personas con padecimiento subjetivo en la respuesta institucional que se brinda. De modo que la experiencia de mi práctica institucional supervisada, desarrollada en el marco de la Ley de Salud Mental 26.657 y en diálogo con el campo de la salud mental en Argentina; será resignificada desde este trabajo para producir conocimiento. Para llevarlo adelante realizaré una sistematización, la cual entiendo como

> (...) metodología de investigación que parte de la reflexión acerca de una intervención en lo social y que, siendo atravesada necesariamente por las condiciones singulares de nuestra realidad social, tiene como finalidad aportar tanto la producción de conocimiento situado como a la transformación de la intervención misma que dio inicio a la sistematización (Meschini, 2018,p.14).

La experiencia que me propongo sistematizar se apoya sobre la idea de que como sujetxs insertos en una sociedad, nuestras relaciones sociales en diversos ámbitos y

[4] En concordancia a la Ordenanza Consejo Superior N° 1245 / 2019 de la UNMdP este trabajo implentara el lenguaje igualitario no excluyente, utilizando la letra X en lugar de la O como masculinao genérico.

dimensiones son de suma relevancia. No es posible vivir aisladxs de las personas que conforman nuestro entramado social, vincular y afectivo, donde se incluyen los discursos y sentidos producidos en él, como así también donde se entrelaza nuestra historia personal, familiar e intersubjetiva. Destacar la importancia de la existencia de redes sociales de contención reconoce explícitamente que no se puede vivir en soledad, por lo que particularizar este planteo en quienes poseen un padecimiento subjetivo contribuye a continuar construyendo lo manifestado por la Ley de Salud Mental, en el sentido de posibilitar formas alternativas de tratamiento que no impliquen medidas restrictivas de la libertad. En este sentido, reconocer las trayectorias históricas de estas redes sociales de contención, contextualizarlas e incorporarlas en un análisis situado, podría poner en valor que la enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece (Carballeda, 2012).

Para continuar con el objetivo expuesto, identifico un punto de inflexión que sirvió de base para construir mi campo problemático. Esta situación, que podría considerarse un *acontecimiento* en los términos de Badiou (2008)[5], transcurrió en el momento en que una mujer se presentó en el C.A.P.S descompensada, a continuación realizare un resumen de lo ocurrido. La recepción fue realizada por parte de las enfermeras que, luego de estudios y preguntas, llamaron a la ambulancia para trasladarla al HIGA para su evaluación. Los datos recolectados sobre ella evidenciaron que no vivía acompañada, que sus derechos básicos estaban vulnerados y que no poseía redes institucionales ni familiares de contención. La mujer no prestó su conformidad para que la movilizaran hacia el hospital y decidió volver a su casa.

[5] Alain Badiou es un filósofo francés que propone el concepto de “acontecimiento” para remitir a esas experiencias o situaciones de ruptura con lo establecido, que se presentan como lo nuevo que debe ser pensado para reorientar las formas acostumbradas de otorgamiento de sentido.

Una de las aristas más llamativas de ese acontecimiento, es que en el transcurso de toda la situación, nunca se convocó al área de salud mental de la institución ni se abordó desde esa perspectiva el padecimiento de la mujer, por lo que -lejos de ubicarme en una mirada que pretende enunciar en juicio de valor respecto a lxs profesionales que intervinieron en la situación-, la experiencia provocó en mí una serie de interrogantes: ¿qué intervenciones podrían desplegarse frente a esa situación?, ¿qué estrategias podrían establecer el vínculo con una persona en esa situación?, ¿por qué la primera respuesta e intervención está asociada a la restricción de libertad u hospitalización? ¿de qué forma se considera la integralidad de la vida de la persona en la actuación profesional? ¿por qué no se relevan las redes sociales de contención, los proyectos de vida y las instancias de vida cotidiana de las personas en esos marcos? ¿qué lugar se le otorga al Trabajo Social en la salud mental?, ¿cuál es el vínculo y las instancias de disputa de nuestra disciplina en este campo? ¿de qué forma sigue reproduciéndose, al interior de este campo, una posición subalterna y subordinada a los saberes hegemónicos de la medicina y la psicología? ¿qué elementos disruptivos puede aportar Trabajo Social en el abordaje de la salud mental para colaborar con el cambio de paradigma que la Ley de Salud Mental inaugura?

La tesis que presento, entonces, se despliega desde ese conjunto de interrogantes y pretende desafiar aquellas impresiones que me dejo la experiencia de formación profesional en el C.A.P.S 9 de julio durante el año 2019, con una de las intenciones de arribar a la consideración profesional respecto de las redes sociales de contención en el marco de las intervenciones profesionales en salud mental.

Para ello, desarrollaré el presente trabajo en dos secciones. En primer término, una que despliega distintas aristas del marco teórico que abordan el problema tales como, las conceptualizaciones de salud mental, de lx sujetx, los dispositivos, las redes sociales de

cuidado, el sistema de salud, la medicalización de las prácticas cotidianas, la Ley de Salud Mental N° 26657, la vinculación salud-normalidad y una breve historización del campo de la Salud Mental en nuestro país. En segundo término, se relevan y analizan las experiencias y hallazgos más importantes respecto a la institución de mi práctica de formación profesional en vinculación con las entrevistas realizadas a lxs profesionales y trabajadorxs del C.A.P.S. Luego de dicho desarrollo, desarrollo algunas consideraciones finales sobre el trabajo realizado en la presente tesis.

Encuadre Metodológico

Teniendo en cuenta que lo que motivó a las preguntas de investigación fueron situaciones vivenciadas en las intervenciones sociales supervisadas, esta investigación tendrá como metodología de trabajo la sistematización, poniendo en valor la práctica como uno de los pilares fundamentales de nuestra profesión. En tal sentido, en el trípode: intervención–investigación–fines, la sistematización es una posibilidad de reconstruir, circular y debatir los saberes producidos en la acción con actores sociales diversos, donde se erige como puente que permite conectar intervención e investigación, anudadas a los propósitos de reconocimiento, inclusión y justicia del Trabajo Social (Cifuentes Patiño, 2015).

La sistematización posibilita que, a partir de una práctica social, pueda comunicarse lo aprendido, permitiendo al momento de regresar a la práctica contar con un debate y una producción de conocimiento que transforma nuestro quehacer. Para esto es fundamental trascender del conocimiento meramente universitario y valorar las miradas y vivencias construidas en el mundo cotidiano de lxs sujetxs. De esa forma se vuelve clave para investigar e intervenir en Trabajo Social, más allá del mundo académico, insertarse en el mundo social y producir conocimientos desde este y con la participación de lxs sujetos con sus organizaciones,

espacios y colectivos, integrando saberes, ya que estos son reconocidos como sujetos políticos, de conocimiento y de acción (Cifuentes Patiño, 2015).

Un aspecto importante de destacar es que esta metodología de investigación permite generar, en un diálogo entre teoría y práctica, un conocimiento territorializado. Meschini (2018) explica este rasgo indicando:

> (...) la sistematización contribuye a realizar las mediaciones conceptuales entre los aportes teóricos y el análisis empírico que no son visibles a la percepción inmediata, poniendo en evidencia que toda experiencia es capturada e interpretada a partir de un lugar teórico y valorativo determinado desde el cual se significa la realidad (p.64).

En efecto, las técnicas a utilizar para esta investigación serán aquellas que permitan escuchar a actores sociales vinculados al campo de la salud mental y resignificar lo que motivó a iniciar la investigación. Meschini (2018) marca que al incluir la sistematización de la intervención como una forma de investigación social, esta podrá utilizar y complementarse con las estrategias de investigación cualitativa propuestas por Sautu (2005), quien plantea:

> Las principales estrategias para producir datos en la investigación cualitativa son, entre las fuentes primarias, la entrevista semi-estructurada y en profundidad, y la observación participante y no participante; y, entre las fuentes secundarias, todo tipo de texto escrito, cartas, documentos, autobiografías, registros, poemas, novelas, y otras publicaciones (p.37).

Ante lo expuesto, la línea metodológica propuesta se inscribe en una producción de conocimiento que toma la forma de sistematización; permitiendo resignificar y potenciar los alcances de las intervenciones sociales supervisadas realizadas en el campo. Para ello, y como herramientas ancladas en la propia práctica, se incluirá la observación documental y

participante y entrevistas en profundidad realizadas a profesionales de diferentes disciplinas del C.A.P.S. 9 de Julio. Asimismo, la investigación del marco teórico referencial apunta a explorar diferentes documentos, y bibliografía acerca del tema y los problemas específicos de sistematización.

En relación con la producción de conocimientos, la investigación en Trabajo Social constituye un proceso de conceptualización a partir de la reflexión sistemática de la intervención, que se entiende como el primer nivel de teorización sobre la realidad. Por ello esta perspectiva representa una articulación entre la teoría y la práctica que realiza simultáneamente dos fines importantes en la producción de conocimiento: por un lado, desnaturalizar y, eventualmente, mejorar la práctica; y por el otro confrontar y tener la posibilidad de modificar el conocimiento teórico contribuyendo a convertirlo en una herramienta más precisa para entender y transformar la realidad. De este modo, no permite sólo comprender situaciones de intervención, y con ellas procesos o estructuras sociales, sino que fundamentalmente permite analizar los aspectos que constituyen esas situaciones e identificar elementos o procesos que pudieran incidir en el cambio de su estructura actual.

PARTE 1

Marco Teórico

Parte I: Marco Teórico

1¿Qué entendemos por Salud Mental?

1.a. Un recorrido por la historia de la salud mental en Argentina

Para acercarnos a la concepción de la salud mental que se consensuó en la actualidad y acercarnos a los debates y tensiones sobre este tema, se requiere realizar un análisis del sistema de salud en la Argentina a lo largo del tiempo. En la búsqueda de comprender el contexto social, resulta fundamental indagar en las implicancias del modelo de acumulación (Torrado,1992) como la forma de concebir al Estado y las políticas públicas, ya que su ejecución modifica la realidad económica y política y se traduce en la transformación de las condiciones de vida de lxs sujetxs. Sin embargo, los objetivos de la presente tesis pretenden abordar algunos procesos de nuestra historia que se consideran importantes a los fines que persigue el trabajo, enunciando algunos acontecimientos relevantes de la historia de la salud mental.

Para iniciar, es necesario mencionar que la creación de instituciones de encierro para abordar la salud mental de las personas ocurre en simultáneo con el surgimiento del Estado Argentino, en la segunda mitad del Siglo XIX. Por entonces el Estado generó formas de asistencia para poder sostener un orden social para quienes no encajaban en los estándares de lo que debería ser/hacer unx sujetx o no eran lo esperado por el mercado laboral: “(...)apenas establecido el Estado, se inauguraron como tales los actuales Hospitales Borda y Moyano, y a principios del siglo XX, (…) las primeras colonias psiquiátricas basadas en la idea de cura moral por el trabajo y el contacto con la naturaleza” (Stolkiner, 2016, p. 34). En simultáneo, los trabajadores comenzaron a sindicalizarse, consolidando las primeras mutuales

y sociedades de socorro mutuo. Además, en el país se estableció el movimiento higienista, caracterizado por la prevención de enfermedades a partir de la promoción de un entorno saludable y eliminación de factores de riesgo.

En 1946 asumió en el gobierno Argentino Juan Domingo Perón, máximo referente de un movimiento político, cuyos principios fundamentales se basaron en la justicia social, la independencia económica y la soberanía política: el peronismo. Este puso gran énfasis en la construcción de un sistema sanitario argentino, y le dio por primera vez el rango de Ministerio de Salud a la Secretaría de Salud Pública de la Nación, siendo Ramon Carillo en 1949 el primer ministro de salud de Argentina. En este sentido, junto a la “Fundación Eva Perón[6]”, se llevaron adelante políticas públicas que modificaron por completo la forma de concebir la salud y la configuró en un derecho. En continuidad, se construyeron hospitales, laboratorios, institutos de especialización y unidades sanitarias a lo largo y ancho del país y se inauguró un tren sanitario que recorría el país durante cuatro meses al año ofreciendo asistencia médica a diferentes lugares de difícil acceso del país. Además, se creó “EMESTA”, la primera fábrica nacional de medicamentos y se llevaron a cabo grandes campañas de vacunación para la erradicación de enfermedades. En simultáneo con la construcción de este sistema sanitario, la Confederación General del Trabajo (CGT) transformaba las mutuales en obras sociales con aporte patronal. Particularmente en cuanto al campo de salud mental:

> El Ministro Carrillo propuso designar como “enfermos mentales” a quienes hasta ese momento se nombraba como “alienados”, a fin de que se los trate como “a cualquier otro enfermo”. Inició una reorganización de los establecimientos de internación para que los pacientes estuvieran más cerca de sus comunidades y familias a fin de evitar la cronificación, propuso su internación en hospitales generales (Stolkiner, 2016, p.35).

[6] La Fundación Eva Perón fue creada por Eva Perón, abarcó el periodo de 1948 hasta 1955. Tenía como objetivo de brindar ayuda social para alcanzar la justicia social.

Estas medidas sufrieron un retroceso cuando en 1955 la reconocida “Revolución Libertadora”[7] con influencia de los EE.UU y bajo este régimen político que no consideraba como instancia legítima la aprobación de leyes mediante el Congreso Nacional, se aprobó mediante el Decreto N° 12.628 en 1957 la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), que reemplaza a la Dirección de Establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental. Además, se constituyó en 1959 la Federación Argentina de Psiquiatras, la cual se conformó con psiquiatras de diferentes corrientes: la manicomial (quienes sostenían los tratamientos en manicomios y a la psiquiatría como única disciplina capacitada para este campo) y la reformista (quienes consideraban que se tenía que dar un cambio en este campo e incluso estaban de acuerdo en la incorporación de psicólogos en los tratamientos). Por el motivo de su composición, sus objetivos fueron modificándose pero siempre giraban en torno al rol de la psiquiatría dentro del campo de la salud mental y su vinculación con otras disciplinas. Esta federación concluyó en 1983, luego de la última dictadura cívico militar que ocurrió en nuestro país. Fue en 1967 durante el periodo de Onganía, que se elaboró el Primer Plan Nacional de Salud Mental para los servicios de psicopatología en hospitales generales y los centros de salud mental en CABA. Sin embargo, estos objetivos no se cumplieron, “se mantuvieron los hospitales psiquiátricos siempre ligados a las cátedras de medicina, y se crearon siete colonias además de las seis existentes” (Vainer, 2007, como se citó en Stolkiner 2016, p.36).

En esta línea, no se evidenciaron modificaciones significativas vinculadas a la temática de esta tesis durante el periodo 1967- 1973 a excepción de la transformación conducida por Franco Basaglia en Trieste, Italia. Una reforma psiquiátrica que generó un impacto en todo el

[7] Este término se encuentra en disputa por diversos autores que proponen considerarla como “revolución fusiladora” haciendo alusión a la proscripción del peronismo, violencias y muertes durante los bombardeos en diferentes puntos del país Véase: Prieto & Tejerina (2021) y Blanco & Nazarala (2019)

mundo, cuyos ejes principales fueron el cierre de los manicomios y la construcción de dispositivos alternativos territoriales, para que las personas atravesadas por problemáticas de salud mental puedan desarrollar su cotidiano en su contexto social.

Nuevamente, de 1976 a 1983 en nuestro país ocurrió un golpe de Estado marcado por el terrorismo de Estado, ocurriendo una modificación en su estructura y sus políticas, particularmente en las políticas públicas de salud volviendo a su desfinanciamiento, construyendo un sistema de salud nacional poco accesible. Este gobierno de facto, terminó con las experiencias alternativas en salud mental y vacío las unidades académicas, cerrando carreras y universidades[8], además de negar la formación y capacitación académica de la población. Otra característica que distinguió a esta estructura militar estatal, fue la desaparición de 30.000 personas en nuestro país, entre ellxs madres, padres, trabajadorxs, estudiantes, etc; y muchxs otrxs tuvieron que exiliarse para no correr con el mismo destino. Paralelamente, de forma paradójica ocurría en 1978 en Kazajistán una conferencia internacional sobre atención primaria de salud de Alma Ata, donde surgió este nivel de atención como política de salud pública, considerando urgente por parte de los gobiernos, personal de salud y la comunidad promover la salud y donde los países del mundo se comprometían a garantizar el derecho a la salud para todas las personas para el año 2000 incorporando esta metodología.

Con la vuelta a la democracia, en 1983, se posibilitó la vuelta al debate sobre la necesidad de construir un Sistema Nacional de Salud. Así pues, se presentó el Proyecto de Ley de Seguro Nacional de Salud que buscaba garantizar una cobertura universal, el cual fue aprobado pero para ello sufrió grandes modificaciones, es así que, “al momento de su implementación, esta iniciativa fracasa por la fuerte resistencia de los grupos sindicales, que no quieren resignar el manejo y gestión de los fondos aportados por los afiliados, prevista por la

[8] El 21 de febrero de 1980 Llerena Amadeo dio a conocer el decreto N°22.167 que derogaba la ley 20.031 de 1972 de creación de la Universidad Nacional de Luján.

norma” (De Lellis, s.f, p.17). En esa misma línea, se buscaban establecer acciones para el área de salud mental desde una perspectiva de derechos y para esto se apuntó repatriar a reconocidos impulsores de grandes transformaciones en instituciones de salud, los cuales habían tenido que exiliarse en la última dictadura cívico-militar. Particularmente, tuvo regresos esporádicos a nuestro país Mauricio Goldenberg, formado en psiquiatría reformista, parte del proceso de INSM[9] y Director del Servicio de Psicopatología en el Hospital Aráoz Alfaro de Lanús, al volver aportó a los Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental y propuso una transformación integral de la asistencia y la reforma de los hospitales psiquiátricos. También se impulsaron Direcciones de Salud Mental en algunas provincias, y dispositivos como las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM).

Para 1989, en el mundo se consolidaba el Consenso de Washington, un acuerdo de 10 puntos de acción que fue construido por organismos financieros para involucrarse en las economías de Latinoamérica bajo el pretexto de querer socorrerlas de la crisis económica atravesadas. Este contexto sumado a que Argentina estaba atravesando una crisis económica e hiperinflación, con un proyecto político-institucional que una de las medidas más importantes fue el recorte del gasto público que es lo que impactó en términos de presupuesto en salud y la flexibilización laboral, posibilitó una profundización en las desigualdades sociales, entre ellas en el acceso a derechos como la salud y educación. Nuestro país en la década de los 90 atravesó una desigual distribución de los recursos en el campo de la salud, lo cual produjo una mayor concentración de las prestadoras privadas y sindicales.

Luego, la conferencia convocada por la llamada “Declaración de Caracas” en 1990 fomentó una reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina a partir de un modelo que rompa con el asilar y se estructure desde lo comunitario, la descentralización y lo

[9] Instituto Nacional de Salud Mental.

preventivo. En argentina, durante 1991, 1993 y 2000, puntualmente en Rio Negro, San Luis y CABA se llevaron adelante experiencias innovadoras en el campo de la Salud Mental.

La provincia de Rio Negro fue la primera en sancionar e implementar la Ley 2440 de salud mental con un enfoque comunitario y desmanicomializador. De esta forma, buscó llevar a la práctica un sistema de salud mental que prohibió la construcción de nuevos manicomios o neuropsiquiátricos, en donde la internación era considerada como el último recurso terapéutico, se buscaba promover la externación y la recuperación de la identidad y dignidad de lxs sujetxs. Luego, la siguiente experiencia fue en San Luis, la cual se dio de la mano de Pellegrini[10] en uno de los hospitales de la provincia, poniendo en acción un proceso de desmanicomialización con los lineamientos antes mencionados. Por último. en CABA también se sancionó una normativa, la Ley N° 448 de Salud Mental, que, si bien aún no se implementó, en su artículo 1 propone garantizar el derecho a la salud mental de las personas.

La profunda crisis política y económica que atravesó Argentina desde el 2001 al 2003, impactó directamente en la planificación de la vida cotidiana del pueblo argentino acentuando la desigualdad social ya existente. En este periodo, Fernando De La Rua, Ramon Puerta, Adolfo Rodriguez Saa, Eduardo Camaño y Eduardo Duhalde, ocuparon la presidencia en once días consecutivos demostrando una profunda crisis política e institucional, por lo tanto en materia de salud pública la construcción de un sistema de salud que le sea funcional y accesible a la población no era posible. Más allá del deterioro explícitamente sanitario y pensándolo desde un enfoque de salud integral, la crisis política consolidó la desigualdad social y la vulneración de los derechos de lxs sujetxs.

[10] Es médico especialista en Psiquiatría y escritor. Fue vicegobernador de la Provincia de San Luis, ex director de Salud Mental en Chubut, ex Subsecretario de Salud Pública, Director de Salud Mental y Director del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, Ha sido pionero en el proceso de transformación institucional, convirtiendo el Hospital Psiquiátrico de San Luis en un Hospital Escuela, una institución comunitaria de atención ambulatoria polivalente de alta inserción social.

Para el año 2003, el sistema sanitario estaba fragmentado entre la salud pública, y las obras sociales y clínicas privadas. A pesar de las representaciones sociales existentes vinculadas a la locura peligrosa e improductiva dentro del sistema social sobre quienes tienen un padecimiento subjetivo, aparecen en el campo de la salud mental nuevos actores que van a permitir configurar el escenario propicio para una transformación necesaria: las organizaciones de derechos humanos, y las de usuarios y familiares (Stolkiner, 2016). Es en este contexto que con la asunción de Néstor Kirchner como Presidente de la Nación Argentina en el 2003 y el posterior mandato de Cristina Fernández de Kirchner entre el 2007 y el 2015, según Stolkiner (2016):

> (...) se redefinió nuevamente la relación entre estado-mercado y sociedad, reasignándose al Estado un rol rector de la economía y tendiendo a un desarrollo basado en la generación de empleo, ampliación del mercado interno y políticas sociales con enfoque de derechos (p.37).

Esto resultó fundamental a la hora de pensar las políticas de salud mental durante ese periodo, porque estos escenarios posibilitaron la planificación y ejecución de los proyectos de vida de lxs sujetos permitiendo que se garantice su derecho a la salud desde una mirada integral.

Es así que sucedieron una serie de tensiones y conflictos de intereses entre los diferentes actores que intervienen en el campo de la salud mental, los cuales abarcaron desde las formas de concebir la salud mental, la manera de abordarla, las vivencias, la formación, los costos económicos, entre varias cuestiones. Con la participación de clínicas, hospitales, profesionales de la salud, pacientes, familiares, usuarios y organizaciones políticas, se sancionó en la Argentina en 2010 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la cual tiene como ejes fundamentales: la protección de la salud mental, el pleno goce de los derechos humanos,

la concepción de la internación como recurso de carácter restrictivo y en pos de eso la promoción de dispositivos alternativos, el trabajo interdisciplinario y la concepción del riesgo cierto o inminente. Acto seguido a la sanción, se generaron consecutivas transformaciones en diferentes instituciones de salud pública y privada, como por ejemplo, capacitaciones a profesionales de la salud, creación de dispositivos alternativos, seminarios y jornadas para estudiantes, profesionales y la comunidad en general, entendiendo que no es necesaria sólo una transformación edilicia y de condiciones materiales, sino también un proceso en el cual hay que involucrar a la comunidad para una transformación social.

Posteriormente, en el periodo de 2015 hasta el 2019 asumió Mauricio Macri como presidente de nuestro país, dando comienzo a un proceso social y político en el cual se tomaron las decisiones de realizar despidos masivos provocando crecimiento del desempleo y disminución de profesionales en dispositivos estatales, aumento exponencial la deuda externa, reducción de los presupuestos a las áreas de salud y educación, entre otras políticas implementadas. Al mismo tiempo, 69 años después de haber logrado constituir un Ministerio que tenga como principal eje la salud, este proyecto político decidió restarle la importancia pertinente y por medio del decreto 801/2018 se incorporó al Ministerio de Desarrollo Social y se estableció como Secretaria de Salud, junto con la eliminación de ministerios imprescindibles para la salud como el de Cultura y Trabajo.

En tal sentido, en el campo de la salud mental se dieron nuevos debates y discusiones entre el gobierno y las diferentes organizaciones y organismos. Por un lado, acerca de las concepciones sobre lx sujetx que atraviesa un padecimiento subjetivo y su padecimiento en sí; por otro, por el alcance del marco normativo nacional que lo regula. En este sentido, en 2017 se quiso realizar un decreto para la modificación de esta última pero no pudo ser concretado por la lucha de quienes defienden los derechos conquistados.

A fines de 2019, asumió la presidencia Alberto Fernández e incluyó, entre una de sus primeras decisiones de gobierno, devolverle el rango de Ministerio de Salud de la Nación a la que se había desjerarquizado a Secretaria de Salud de la Nación. Dicha jerarquización le permitió contar con un presupuesto propio para continuar trabajando en facilitar el acceso a la salud de la población para lograr mejorar su calidad de vida.

A su vez desde las distintas instituciones y organismos de salud mental, se continúa trabajando en el proceso de la efectiva implementación de la ley 26.657, a partir de distintos programas de salud mental que promueven los lineamientos planteados en la mencionada ley. Un ejemplo claro lo constituye el programa Nacional de salud mental 2023-2027 y en la provincia de Buenos Aires el Plan Provincial Integral de Salud Mental 2023-2027.

1. b. Ley de Salud Mental N°26.657

La Organización Mundial de la Salud (1948), define a la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, incorporar aspectos vinculados a la dimensión social que dan lugar a una mirada que se intenta alejar de una perspectiva únicamente biológica. Sin embargo, es imposible hablar de “un estado de completo bienestar” ya que, por sus características de sujetx insertx y producto de un marco cultural, es inevitable la existencia de conflictos y no resulta posible la satisfacción de todos los deseos. En el mismo sentido, dicho organismo define a la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (OMS, 2020). Esta definición vuelve a colocar a la salud en una posición de bienestar total, donde las personas tienen que poder hacer frente, desarrollar todas las habilidades, aprender, trabajar y contribuir para considerarse

dentro de los parámetros de la normalidad establecidos por un organismo legitimado mundialmente

Por su parte, la Ley de Salud Mental N°26.657 fue sancionada en noviembre de 2010 y reglamentada durante 2013, e incorpora debates históricos en torno a este campo, reconociendo la crueldad en los dispositivos y tratamientos que eran legitimados y utilizados hasta el momento. Además, manifiesta el carácter de sujetx de derecho a lxs usuarixs y posiciona al Estado en un lugar de responsabilidad y compromiso con este tema. Luego de grandes debates, encuentros y militancia por imponer sobre el modelo hegemónico manicomial uno basado en la comunidad, es que logró sancionarse esta ley. Este hecho marcó un punto de inflexión en la forma de concebir la salud mental, al introducir la perspectiva de derechos humanos, la interdisciplina y el abordaje integral como ejes vertebradores de la misma.

Por tales motivos es posible destacar la definición establecida por la ley ya que concibe a la salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley de Salud Mental, 2013, art. 3). Dicha normativa propone una definición de salud mental que sale de los moldes de lo que venía siendo lo establecido, para ser revolucionaria en su concepción. La misma, deja de tener una mirada netamente biologicista, psiquiátrica y totalitaria para incorporar el trabajo interdisciplinario, entendiendo que no es suficiente la mirada médica para poder encontrar respuesta y soluciones a los padecimientos subjetivos que atraviesan las personas. Asimismo, se le brinda un lugar de preponderancia a otras disciplinas como lo son la psicología, el trabajo social y la terapia ocupacional para construir este nuevo paradigma.

Este suceso histórico fue posible por la adhesión de diferentes sectores, donde también se requirió de una construcción de institucionalidades que incluyó la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental, la creación de la CONISMA[11], el ORN[12], el CCHSMyA[13] y las Unidades de Letrados, entre otros. De este modo se llevaron adelante acciones que hacen posible la articulación interministerial, la intersectorialidad, la interdisciplinariedad y la participación de la sociedad en su conjunto (Bottinelli, et al. 2020). Como se permite ver, se vuelve imprescindible la coordinación de diversos sectores para asegurar una multiplicidad de miradas a la hora de discutir la implementación efectiva de la ley N° 26657, donde articulen las universidades, los ministerios, lxs profesionales, las organizaciones de derechos humanos y de familiares y usuarixs. Para que exista una posibilidad real de lograr una transformación en el sistema de salud es necesario que las variables de lo cultural y lo simbólico sean tenidas en cuenta, debido a que para poder modificar instituciones y prácticas, es imprescindible revisar las concepciones y las miradas que están planteadas en la sociedad como inalterables.

Igualmente, el funcionamiento de estos organismos son impulsados o negados por el Estado, según el proyecto político que las encauce. Esto puede ejemplificarse cuando en el 2015, al asumir Mauricio Macri, los organismos mencionados desaparecieron, perdiendo la esencia de ser un espacio donde se promueva la participación social para la configuración de políticas públicas vinculadas a la salud mental. Sin embargo, algunos de estos espacios como el CCHSMyA, siguieron funcionando a pesar de no ser reconocidos como lo eran en el momento de su consolidación.

[11] Comisión Nacional Interministerial de salud mental y adicciones.
[12] Órgano Nacional de revisión de salud mental.
[13] Consejo consultivo honorario de Salud mental y adicciones.

Otro de los puntos revolucionarios que plantea la ley y que constituye uno de los ejes principales del paradigma antimanicomial, es el cierre definitivo de las instituciones manicomiales para el año 2020, encuadrado en el consenso de Panamá que se llevó adelante en el 2010, en el cual se propuso la extinción del sistema manicomial en esa década. Por esto, la ley 26657 prohíbe en su artículo 27 la creación nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados; y promueve la transformación de los ya existentes incitando a que se adecuen a los objetivos y principios de la ley hasta ser sustituidos por dispositivos alternativos.

2. Los debates en torno a la concepción de sujetx en salud mental

La forma de concebir al sujetx que tiene un padecimiento subjetivo no fue siempre la misma y fue modificándose con el transcurrir del tiempo, en concordancia con diversos procesos sociales y políticos. La lucha y militancia de organizaciones sociales y políticas por el reconocimiento de diversos derechos que pongan en igualdad de condiciones a las personas, fue definitorio para la construcción de nuevos paradigmas. Hay quienes plantean que estas se construyeron en base a idearios sociales promovidos en distintos momentos: en principio estaba vinculada la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; luego interpretaría la enfermedad como desviación social; también como enfermedad física y, finalmente, la concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos (Alvaro, 1992, como se citó en Amico, 2004).

Particularmente en el campo de la salud mental, hubo un largo camino hasta llegar a la concepción de sujetx de derecho que plantea en la actualidad la ley N°26.657, entendiendo que previo a su sanción, las personas eran mayormente concebidas como objetos. En relación a este aspecto, la definición de salud mental planteada por la mencionada ley marca una diferencia al determinar:

no se parte de la incapacidad analogada al loco, demente, alienado, sino que se observa un corrimiento de la noción de padecimiento psíquico como algo determinante y definitivo, aspirando a evitar la estigmatización y discriminación” (Barrenechea, 2011, p.2).

En efecto, permitiendo así correrse de una mirada única y estática sobre lineamientos biológicos para darle lugar a una dinámica en la que diferentes disciplinas debaten, donde se tiene en cuenta variables como lo son los componentes históricos y socio-económicos a la hora de pensar en la salud mental de una persona.

Asimismo, se parte de la base de entender a todas las personas con presunta capacidad y por lo tanto es un derecho que todas tengan acceso justo, acorde a la información de su situación y su tratamiento. Por este motivo, es que aparece la figura del consentimiento informado para que cada persona pueda brindar su aprobación al tratamiento en el caso que pudiera, en el caso de que no pudiera sería a su familia, amigxs o representante legal.

De esta forma, una de los términos que modifica la ley y que resulta determinante a la hora de la constitución del sujeto que promueve la misma, es la incorporación de la categoría de “situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” a la hora de legislar sobre las internaciones involuntarias, modificando la consideración de “daño para sí o para terceros o afectación de la tranquilidad pública” vinculada a la idea del sujetx con padecimiento como alguien peligroso para la sociedad.

Por otra parte, pone en valor el lugar de la comunidad y de las redes de las personas a la hora de pensar en la construcción de su vida y en su tratamiento. En primer lugar, propone la necesidad de eliminar y/o transformar las instituciones monovalentes para darle lugar a la existencia de dispositivos alternativos. En segundo lugar, la ley N° 26.657 en su capítulo VII plantea a las internaciones como último recurso terapéutico, por lo que establece

detalladamente los plazos y las formas de llevarlas adelante. En esta línea, Berrenea, Obermann y Tallarico (2011) exponen que la internación crea la alienación y la cronicidad de la enfermedad, deshumanizando a lxs sujetxs impidiendo que desarrollen los diferentes aspectos de su vida. Este método crea una estructura y lógica de la vida cuando se extiende sin límite, aislando a lxs sujetxs de su contexto y compañías cotidianas.

De esta forma, se crean dos figuras vinculadas al rol del Estado: en primera instancia, la creación de un órgano de revisión, encargado de revisar que las instituciones que abordan la salud mental cumplan con lo que plantea la ley y no vulneren el derecho de ningunx de lxs sujetxs; en segunda, determina que si la persona no cuenta con los recursos necesarios para tener unx letradx propio, se le deberá proveer de unx. Los espacios asilares no eran regulados por nadie por lo tanto se violaban los derechos humanos de quienes estaban internados, desde las prácticas ejercidas hasta los años de internación. Un informe construido por MDRI[14] y CELS [15] sobre los derechos humanos y la salud mental en Argentina publicado en 2007:

> (...)registra graves hechos de abuso y negligencia en las instituciones psiquiátricas argentinas, y documenta, incluso, casos de personas que han muerto incineradas en celdas de aislamiento, exposición a privación sensorial mediante el aislamiento por un largo período de tiempo y actos de violencia física y sexual (CELS, 2007, pg.10).

[14] MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL.Es una organización internacional dedicada a promover el reconocimiento y cumplimiento de los derechos de las personas con padecimiento mental.
[15] CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES. Es un organismo de derechos humanos argentino creado en 1979, durante la última dictadura militar, que promueve la protección de los derechos y su ejercicio efectivo, la justicia y la inclusión social, a nivel nacional e internacional.

3.Sistema de salud y dispositivos

Tal como lo señalo anteriormente en Argentina, la conformación del sistema de salud actual está signado por la coexistencia de tres subsistemas: el público, el privado y el de las obras sociales. Estos se desarrollan desarticuladamente entre sí, lo cual dificulta una integración del sistema sanitario, en donde dicha fragmentación se sostiene no sólo por las diferencias en su concepción de origen, sus objetivos y su población destinataria, sino por la puja de intereses y tensiones que entran en conflicto a la hora de pensar su integración.

En este orden de ideas, cada uno de los sectores tiene una estructura organizacional y política diferente. El sector público está compuesto por tres niveles de atención: el primer nivel de atención, donde se encuentran los Centros de Atención Primaria de la Salud, el segundo nivel que son los Hospitales Generales y el tercer nivel los hospitales especializados, los cuales pueden ser definidos como “una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (Vignolo, 2011, p. 2). Comúnmente suele clasificarse en tres niveles: el primer nivel, es el de mayor cobertura pero de menor complejidad debido a que es el primer contacto de la población, por lo tanto debería generar mayor accesibilidad, se realizan acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades. En el segundo nivel de salud, prevalecen los especialistas de diversas áreas; tiene estrecha vinculación con los otros niveles porque actúa donde el primario no tiene alcance y deriva al tercero cuando es una situación de mayor complejidad. El tercer nivel está destinado a la atención de patologías complejas que requieren de cuidados particulares y especializados.

El sector privado cuenta con clínicas generales, clínicas que se especializan en un área y consultorios de profesionales privados. Para acceder a la atención en este sector, se debe abonar de manera particular y aceptar las condiciones y reglamentaciones dadas por las mismas. Finalmente, el tercer sector lo componen las obras sociales, existiendo algunas

correspondientes a sindicatos, empresas, al Estado y todas las enumeradas por el artículo 1° de la Ley Nacional 23.660. Las cuales brindan diferentes servicios de salud a partir de convenios con distintas clínicas y profesionales.

Cada uno de estos tres sectores abarcan todos los aspectos vinculados a la salud, con profesionales de distintas disciplinas que trabajan y se centran en diversas especificidades, aunque cada uno desarrollando su estructura, objetivos e instituciones propias para abordar la salud. Es en este punto, donde se encuentra una discrepancia a la hora de organizarlo, especialmente en el campo de la salud mental, porque hay quienes creen que las instituciones de salud tienen que abordarla desde una mirada integral y quienes creen que deben construirse espacios específicos. Entonces, ¿en cuál de estos sectores y niveles corresponde construir tratamientos para quienes tienen un padecimiento subjetivo?

Para pensar este interrogante, retomo dos artículos de vital importancia de la Ley de Salud Mental N° 26.657:

> ARTÍCULO 7° —- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; (...)
>
> ARTÍCULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (Ley de Salud Mental, 2010).

Entonces, la normativa citada establece particularmente que los tratamientos de salud mental deben realizarse bajo los principios de la atención primaria de la salud, proponiendo como prioritaria la vinculación con la comunidad. Al mismo tiempo, en su art. 28 se manifiesta que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales y en el artículo 27 se establece la prohibición de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, proponiendo que los existentes se transformen en dispositivos alternativos. Resulta fundamental recalcar lo significante del cumplimiento del derecho a la salud de las personas y su accesibilidad, dando por hecho que este es uno de las dimensiones que dignifican y garantizan la posibilidad de construir un proyecto de vida.

En articulación con lo planteado, la noción de dispositivos en el campo de la salud se ubica en un lugar de gran relevancia en lo discursivo pero también en la viabilidad de tratamientos que permitan la construcción (o reconstrucción) de los proyectos de vida. En efecto la definición de dispositivo como “un régimen social productor de subjetividad, es decir, productor de sujetos-sujetados a un orden del discurso cuya estructura sostiene un régimen de verdad” (Foucault, 1985, p. 139) resulta fundamental el origen ideológico e histórico desde donde estos dispositivos son y fueron creados, sus objetivos y la concepción de sujetx que construyen. Por lo tanto,

> Un dispositivo sería entonces un complejo haz de relaciones entre instituciones, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos económicos, sociales, técnicos, y tipos de clasificación de sujetos, objetos y relaciones entre estos, un juego de relaciones discursivas y no discursivas, de regularidades que rigen dispersión cuyo soporte son prácticas. Por eso no es exacto decir que los dispositivos “capturan” individuos en su red sino que producen sujetos que como

> tales quedan sujetados a determinados efectos de saber/poder (Fanlo, 2011, pág. 3).

En sintonía, Stolkiner (2013) retoma a Agamben desde su noción de sujeto vinculado a los dispositivos:

> El sujeto (…) no es algo que pueda ser alcanzado directamente como una realidad sustancial presente en alguna parte; por el contrario, es aquello que resulta del encuentro cuerpo a cuerpo con los dispositivos en los cuales ha sido puesto –si lo fue - en juego. La historia de los hombres no es quizás otra cosa que el incesante cuerpo a cuerpo con los dispositivos que ellos mismos han producido: antes que ninguno, el lenguaje. La subjetividad se muestra y resiste con más fuerza en el punto en que los dispositivos la capturan y la ponen en juego (Agamben, se citó en Stolkiner 2013,p.14).

De esta manera, los dispositivos se inscriben en los cuerpos, y por lo tanto en su subjetividad: reglas, normas, procedimientos, esquemas éticos y corporales para orientar prácticas y conductas influyendo en las formas de vida y en la construcción de proyectos, tanto personales como colectivos.

Los dispositivos de salud mental están insertos en un sistema de atención- cuidado donde predomina el Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH), el cual en su objetivo de construir normalidad, estructura un régimen de verdad que está arraigado tanto en lxs profesionales como en las instituciones que lo componen. Menéndez (2015) caracteriza dicho modelo a partir de siete bloques a los fines de facilitar su entendimiento. Se detallan:

> a) concepciones teórico / ideológicas dominante (división cuerpo/alma, biologicismo, evolucionismo, énfasis en lo patológico, individualismo): b) exclusiones (ahistoricidad, a-socialidad, a-culturalidad, exclusión del sujeto); c) relación instituciones médicas /paciente (asimetría, exclusión del saber del

> paciente como construcción, medicalización de los comportamientos); d) el trabajo médico (dominio del trabajo clínico asistencial, diagnóstico y tratamiento basados en la eliminación del síntoma, concepción de la enfermedad como ruptura y desviación); e) pragmatismo médico; f) autonomía médica (profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica); y g) la enfermedad y la salud como mercancías. (Menéndez, 2015, p. 41-42)

Por otro lado, al referirnos a dispositivos de atención que se ubican en el sistema de salud, se cree necesario recuperar lo planteado por las organizaciones mundiales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para los cuales el derecho a la salud implica la accesibilidad disponible, aceptable y de calidad a los servicios de salud para poder recibir una atención digna:

> Disponibilidad: la atención, así como los centros, bienes, servicios, programas y personal de salud deben estar disponibles en cantidad suficiente.
>
> Accesibilidad: la atención, así como los centros, bienes, informaciones, servicios y programas de salud deben ser física, psicológica y económicamente accesibles para todas las personas sin discriminación por motivos de sexo, etnia, idioma, religión, opinión política o ideológica, nacionalidad, nivel socioeconómico, nacimiento, discapacidad física o mental, estado de salud, orientación sexual, identidad de género o cualquier otro motivo.
>
> Aceptabilidad: la atención, así como los centros, bienes, servicios y programas de salud deben respetar la ética médica, ser culturalmente apropiados y sensibles a la diversidad sexual y de identidades de género, pero también a las diversidades étnicas, físicas, motrices, cognitivas idiomáticas, socioeconómicas, religiosas y políticas.

> Calidad: la atención, así como los centros, bienes, servicios y programas de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad (Ministerio de Salud, 2017 p. 34).

En efecto, lxs trabajadorxs de los distintos niveles y sectores de salud juegan un rol fundamental a la hora de garantizar este derecho. Además, es imprescindible que los objetivos que guían la institución, así como los espacios de gestión, también construyan sus acciones en consonancia con los marcos normativos vigentes.

Lxs trabajadorxs de las instituciones, incluyendo profesionales de la salud y administrativxs, son quienes pueden también generar mecanismos de exclusión o inclusión en el acceso a la salud de lxs sujetxs que asisten. En este sentido, toma preponderancia el lugar que el MMH les da a las profesiones, debido a que se construye desde este paradigma una mirada que valoriza ciertos conocimientos por encima de otros, para la construcción de tratamientos, la toma de decisiones y la ocupación de lugares en gestión, entre otras situaciones. Es así que:

> El conjunto de las características- y de las funciones- del MMH, y no cada característica en sí misma, tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad de la biomedicina respecto de las otras formas de atención no biomédicas, de tal manera que tiende a excluirlas, ignorarlas o estigmatizarlas aunque también a una aceptación crítica o incluso a una apropiación o a un uso complementario sobre todo de ciertas técnicas, pero siempre con carácter subordinado (Menéndez, 2015, p. 51)

En este sentido, la ley de salud mental 26.657 reconoce, en su art. 33, la importancia de la formación, capacitación y actualización de lxs profesionales de las instituciones sobre las normas y tratados para el cumplimiento de la ley. Por nuestra lxs trabajadorxs socialxs, además

de la ley federal N° 27.072 contamos con las incorporaciones a nuestras incumbencias por parte de la ley de salud mental N ° 26. 657, que jerarquizan el accionar del trabajo social en los equipos interdisciplinarios y de gestión en las instituciones.

4. La importancia de las palabras

La manera de nombrar lo que padecen lxs sujetxs, implica un posicionamiento teórico político de las instituciones y de lxs profesionales. Particularmente para el trabajo social, como plantean Hermida y Campana (2020), las palabras son nuestras primeras herramientas de intervención y, por lo tanto, son de gran importancia. En este sentido, la construcción histórica que trae consigo cada forma de nombrar, representa una carga simbólica que hay que realizar con responsabilidad, entendiendo que esto inscribirá una marca en la vida del sujetx y en su historia. De la misma manera, el significado y la concepción del padecimiento en un momento histórico determinado, influirá en el accionar de lxs profesionales y los objetivos que se proponga la institución.

Por eso es necesario problematizar la manera de nombrar en el campo de la salud mental, no sólo para entender cómo funcionan las instituciones que trabajan con ella y las lógicas de sus profesionales sino también para poder configurar otras. De esta forma, por ejemplo, no implica lo mismo llamar a alguien “locx”, “maniacx”, “enfermx”, “chicxs” -como si se hiciera alusión a unx niñx - o por el nombre con el que se identifica.

Nada es nombrado, conceptualizado, utilizado ni elegido de manera ingenua, siempre está sujeto a intereses, deseos y tensiones; el lenguaje no estará nunca exento de un posicionamiento ideológico. Ponerle atención al eje de lo ideológico es esencial y determinante no solo a la hora de analizar y hacer una lectura sobre cómo entendemos lo que nos rodea, sino para poder elegir qué es lo que queremos decir (Angemony, 2012).

Muchas veces se intenta generar la idea de que nada tiene que ver lo político y lo ideológico en campos como la salud, dando por sentado que existe solo una manera de pensar y concebir las instituciones, lxs profesionales y los tratamientos. Esto resulta erróneo, de hecho una de las mayores disputas entre posicionamientos políticos en el campo de la salud mental se da en los orígenes de los padecimientos subjetivos. Sobre esto, Stolkiner (2005) refiere sobre dos puntos contrapuestos: en un extremo se encuentra el biologismo que sitúa como causa principal lo genético y orgánico, en tanto “un reduccionismo extremo al servicio de invisibilizar las determinantes subjetivas y sociales (p.4), donde la atención de la salud está vinculada a terapias individuales y prescripciones médicas de psicofármacos y en el otro, “desde lo teórico y desde las prácticas cotidianas se torna insostenible pensar en una comprensión y un abordaje unidimensional de los problemas”(p.4). De este modo, la autora nos propone observar quienes se encuentran en cada extremo: por un lado los actores poderosos de las industrias farmacológicas y las corporaciones de profesionales y por el otro quienes se ligan en la resistencia de lo social y en propuestas de reformas de los sistemas.

En consecuencia, para construir nuevos perfiles institucionales que incorporen la dimensión subjetiva, al padecimiento o al dolor resulta indispensable correrno de la mirada unívoca biológica y tener en cuenta el devenir histórico-social de la constitución de la vida de lxs sujetxs. Las condiciones de vida de las personas tienen un lugar de preponderancia a la hora de la construcción de la subjetividad de las mismas y de sus padecimientos.

En este sentido, el territorio toma un lugar de valor para lxs sujetxs, ya que en él se inscriben lógicas, instituciones y lenguajes propios de esa comunidad y que son parte de la construcción del cotidiano. Es necesario tener esto en cuenta a la hora de pensar “tratamientos” porque, como señala Carballeda (2012), la ciudad, el barrio y las instituciones en tanto territorios constituyen una trama simbólica constante en permanente movimiento y

construcción de subjetividades. Estos son escenarios compuestos por construcciones simbólicas de quienes los habitan, es decir, en dichos escenarios se construye el sentido de la vida cotidiana, sus significados y estrategias de resolución de problemas. Además, lxs actores de estos territorios pueden ser significativos en la constitución de las redes sociales de cuidado del sujetx, en tanto vecinxs, familia, amiguxs, trabajadorxs de comercio o instituciones y profesionales participando en la vida cotidiana de la persona.

A esto se le suma que en el territorio se produce un interjuego entre lxs actores, las instituciones y sus relaciones, ya que tienen diferentes posiciones y objetivos que construyen una manera de ser, estar y vincularse entre sí.

5. ¿La normalidad como salud? Medicalización de las prácticas cotidianas.

La relación de salud-normalidad subyace en determinados discursos a la hora de hablar de salud mental y de la construcción de los padecimientos ¿Qué significa estar sano? ¿Qué es “lo normal”? ¿Todxs padecemos? ¿Por qué a la persona considerada sana se la vincula con la normalidad, con lo que está bien?¿Qué sucede con lo que no es “normal”? ¿Quién define quién es “normal” o no?. Enrique Black plantea que “esta concepción de «salud mental» excede a lo psicológico para penetrar categóricamente en el terreno de la necesidad que tiene cada sociedad de construir un modelo de sujeto adecuado a su mantenimiento y reproducción” (Granda, 2004, p. 245).

Lo establecido como normal por la sociedad, implica ajustar los proyectos de vida al trabajo, a la constitución de un estereotipo de familia, a la vinculación sexo-afectiva con otra persona para toda la vida, a la posibilidad de establecer vínculos sociales que configuren unx sujetx “sociable”, como así también a las exigencias de productividad y eficiencia que nos atraviesan. Soto y Guinsberg (2007) plantean al “sujeto normal” como aquel que “acepta

pasivamente por principio todo lo que su cultura le señala como bueno, justo y correcto” (p. 255).

Lo que es esperable, deseable y también lo repudiable, desagradable, es construido desde una idea de normalidad por diversos dispositivos: la escuela, los medios de comunicación, las redes sociales. Es decir, que existe un afán de construir una “subjetividad normal”. Para esta idea, Carballeda (2009) refiere:

> (...) el lugar en donde se encuentran lo objetivo y subjetivo, lo histórico-social y lo biográfico: lo material y lo simbólico, lo visible y lo invisible. Aquí se profundiza la necesidad de “ser centinela “ de mi propia subjetividad para poder acceder al mundo de significaciones del otro, para reconstruir la complejidad de su propia narrativa y para acceder a su comprensión y explicación de la situación atravesada. Es en este marco comprensivo explicativo desde donde se da forma a su padecimiento subjetivo (p. 35).

La noción de subjetividad, entonces, toma un lugar de preponderancia para comprender el sufrimiento que padece lx sujetx, considerando la construcción de sentidos y significaciones como un eje vertebrador de la formación y del alojamiento del padecimiento en su vida.

Retomando la noción de normalidad, da lugar al surgimiento de problemas y necesidades para cada unx: implica que nuestros deseos como sujetxs en colectivo se transformen en padecimientos individuales al no poder ser y hacer lo que se espera. Esto podría manifestar un sufrimiento que genere las condiciones de posibilidad para un padecimiento, “(...) ya que se plantea la utopía de vivir con ‘malestar cero’ y por ende, una serie de padecimientos subjetivos que forman parte de las vicisitudes de la vida son considerados suprimibles médicamente a partir de incorporarlos a la patología” (Stolkiner,2013, p. 17).

Continuando con los lineamientos de la autora, existe en la actualidad un proceso de “patologización de procesos vitales” (p.13) muy atravesado por guías médicas que son importadas y que por lo tanto tienen una mirada desterritorializada y ajena. Acerca de este tema, Menéndez (2015) describe la expansión biomédica materializada en procesos de medicalización, que implica convertir en enfermedades una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana. Dichos comportamientos comienzan a ser tratados con técnicas y concepciones biomédicas cuando previamente sólo eran acontecimientos cotidianos. Como por ejemplo en las niñeces sucede actualmente sobre algunas conductas que se transformaron en trastornos de atención, hiperactividad, déficit de atención, entre otros.

Ya no solo se prescribe o se recurre a la medicina frente a la presencia de una enfermedad sino también frente a cualquier situación que se corra de lo establecido socialmente como “normal”, ya sea para “prevenir” riesgos y/o reducir cualquier forma de malestar (Stolkiner, 2013). Es decir, en los últimos años para cada situación del cotidiano se inventó un medicamento que pretende subsanar o modificar alguna circunstancia de angustia y malestar en la vida cotidiana, en tanto un espacio donde lxs sujetxs conforman su subjetividad e identidad social, y “una de sus características esenciales es el dinamismo de su desarrollo y la influencia que ejercen los aspectos que provienen de condiciones externas al individuo, tales como los factores sociales, económicos y políticos dentro de un ámbito cultural determinado” (Uribe Fernandez, 2014, p. 101).

Desde el paradigma de la ley de salud mental se pondera la interdisciplina en la intervención para que exista un encuadre y objetivos claros a la hora de construir criterios y tratamientos, junto a un acompañamiento en el proyecto de vida de lx sujetx. En este sentido, es relevante destacar la importancia de una mirada interdisciplinaria para la comprensión de los

padecimientos, entendiendo que “la interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca” (Stolkiner, 2005, p.5), donde se reconoce la incompletud de las disciplinas y las importaciones de un campo a otro, además de la acción cooperativa entre lxs sujetxs. Es por esto que se debe tener en cuenta “el abordaje de las problemáticas de padecimiento subjetivo desde una definición de problema multidimensional que llevaba a estrategias no reductibles al exclusivo enfoque terapéutico y/o psicofarmacológico individual” (Stolkiner, 2005, p.3).

6. Las redes sociales de cuidado

Acortar distancia es la praxis. Es un obrar hacia el otro como otro; es una acción o actualidad que se dirige a la proximidad. La praxis es esto y nada más: un aproximarse a la proximidad. La proxemia es un dirigirse a las cosas. Pero es muy distinto tocar o palpar algo que acariciar o besar a alguien. Es muy distinto comprender el ser, neutro, que abrazar en el amor a la realidad deseante de alguien, próxima. (E. Dussel)

Para seguir profundizando los análisis desarrollados en los apartados anteriores sobre los procesos de salud-enfermedad, es importante explicitar que consideramos al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado como un proceso social. Laurell (1982) plantea que la existencia de carácter social y biológico en simultáneo en este proceso no es contradictoria, más bien señala que puede ser analizado con metodología social y biológica dándose en la realidad como un proceso único. Esto supone

> (…) una enorme cantidad de variaciones y de elementos que forman parte de la vida cotidiana de los conjuntos sociales, que pueden escapar a las clasificaciones habituales sobre la enfermedad (especialmente a las biomédicas, aun cuando pueda reconocerse su permanente expansión) y que, sin embargo, constituyen problemas sociales (Pagnamento, et al., 2016).

Asimismo, Carballeda (2012) expresa que el lugar de construcción del proceso salud-enfermedad es la vida cotidiana condicionada por componentes del contexto. Partir de ese lugar, nos permite comprender que cuando hablamos de un padecimiento mental, no se trata de algo que involucra solo a lo cognitivo, sino también las tramas socioculturales de lxs sujetxs, que ponen en valor y en diálogo otras cuestiones que atraviesan las personas con padecimiento y que van desde su historia y sus relaciones, hasta la vulneración o ejercicio de sus derechos. Es desde esta arista, que se vuelve clave la ponderación de las redes sociales de cuidado en la construcción de vivencias cotidianas y de proyectos de vida de quienes padecen. Aquellas redes sociales donde la comunidad, las instituciones y las familias pueden aportar a construir nuevos sentidos desde miradas y prácticas de cuidado que estimulen un proyecto de vida y acompañen la construcción de deseos. Entonces, es posible plantear que las condiciones de vida y de trabajo, el contexto social y político, la ubicación espacio-tiempo, la cultura y el territorio, entre otrxs; son variables que construyen la singularidad del padecimiento del sujetx.

Como ha podido verse hasta aquí, un concepto nodal en esta investigación es el de redes sociales de cuidado, las cuales son una parte fundamental en la instancia de atención y cuidado de la salud. Para cualquier persona, tener constituida una red personal de apoyo implica saber que frente a determinadas situaciones hay quienes van a estar para acompañar o escuchar. Cuando referimos a redes, hacemos alusión a las familiares, comunitarias, institucionales, de todos los tipos o de al menos uno, que tengan un compromiso con la persona y su situación. En este sentido compartimos lo expuesto por Dabas, Casserly y Lemus (2010) quienes citan a Sluzki (1997) al definir a la red social-personal como “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” (p.40).

Siguiendo esta idea, Dabas y Perrone (1999) plantean una noción de red social que incluye a la red vincular y la red nocional. La primera está constituida por las múltiples relaciones que cada persona establece, el cual nos permite crear un mundo con diversos significados con otros dependiendo del contexto. La segunda es la que posibilita enmarcar nuestro accionar a través de un lenguaje común para quienes la constituyen (Dabas y Perrone, 1999). Estas múltiples relaciones son desarrolladas en ámbitos diferentes de la vida de lxs sujetxs, a través de relaciones de reconocimiento.

En consonancia, Chadi (2000) se vale de la concepción de Miny Elkaim al referirse a las redes sociales como los miembros de una familia, amigxs, vecinxs, grupos de personas que aportan apoyo y ayuda real y duradera a una persona o una familia, funcionando como un espacio de cuidado y respaldo ante la sociedad (Miny Elkaim como se citó en Chadi, 2000). Asimismo, agregamos la conceptualización del término redes de cuidado, ya que incorpora la noción de responsabilidad múltiple en la tarea del cuidado. Tal como plantea Amaia Pérez Orozco (2009) el concepto de redes de cuidado alude a encadenamientos múltiples y dinámicos de responsabilidades y tareas que se dan entre los distintos tipos de actores para brindar cuidado.

Como puede verse, las diferentes definiciones abonan a una idea compleja profundamente deudora del entramado social en el que se desenvuelve cada sujetx. Chadi (2000) conformó una clasificación para entender mejor a las redes, clasificándolas en: primarias, secundarias e institucionales, e incluyendo -por tanto- las diferentes dimensiones de las redes personales, que van desde familiares, amigxs, vecinxs, grupos recreativos, de trabajo, grupos comunitarios hasta las instituciones de salud, educación y el sistema judicial.

Cabe destacar que las redes institucionales juegan un doble papel, por un lado, son parte de las redes vinculares de lxs sujetxs y al mismo tiempo, son quienes articulan con las redes para construir estrategias de intervención que mejoren la calidad de vida. Además, es en estas redes en las que intervienen los equipos interdisciplinarios, quienes suelen trabajar en la construcción o fortalecimiento de redes externas a la institución como parte de las estrategias de construcción de un proyecto de vida, a corto y largo plazo, para quienes tienen un padecimiento.

Sin embargo, si bien las redes son fundamentales para el desarrollo de la institución, es primordial que estén incluidos lxs diversxs actorxs en todo el proceso, ya que por el contrario, si la red se realiza desde la imposición institucional es probable que no funcione. En esta línea, Stolkiner y Bang (2013) expresan su preocupación porque “las llamadas redes de servicios, generalmente han sido organizadas ‘desde arriba hacia abajo’ (a través de decretos) y desde “afuera hacia el núcleo”, generando una extraña situación para los actores sociales: la de estar incluidos en una red por una adscripción nominada por otros y vaciada de contenido” (p.127-128). Puesto que el eje de la red es la persona con quien se está actuando en el marco institucional, su participación en el tejido es indispensable.

A los fines de esta tesis y en congruencia con lo trabajo hasta el momento, las redes sociales de cuidado son de vital importancia en el abordaje de los padecimientos subjetivos. Es por esto, que la noción de cuidado cobra relevancia, entendiendo que abarca la indispensable provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo vital de las personas (Batthayány, p. 52). A su vez, la existencia o falta del cuidado en la vida de las personas implica un determinante en la constitución de su subjetividad. En este sentido, históricamente el cuidado ha sido una cuestión a resolver en la esfera privada de las familias, donde primeramente las mujeres son las responsables de llevar adelante estas tareas.

Rodriguez Enriquez (2015), plantea el concepto de “sostenibilidad de la vida”, para referir el eje de la reproducción de la vida, vinculando esta acción con la del cuidado, tanto propio, como ajeno y del hogar. Sumando a este análisis, resulta interesante incorporar el concepto de cuidado social el cual refiere a las

> (...) actividades y relaciones involucradas en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de personas adultas y niñxs dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales estas actividades y relaciones se encuentran asignadas y realizadas. Esta interpretación permite analizar el reparto de los cuidados a nivel macro y micro (Batthayány, 2021, p. 68).

Siguiendo a la autora, el nivel macro se refiere a la distribución de los trabajos de cuidado, responsabilidad y costos económicos entre las familias, el Estado y los sectores comunitarios. Esta esfera incluye las distintas políticas públicas que se llevan adelante, el eje es la colaboración de todos los sectores en el cuidado de la sociedad. Por su parte, el nivel micro refiere a la distribución de los trabajos de cuidado entre diferentes géneros y se pone de manifiesto, el lugar prioritario del trabajo de cuidado que llevan adelante las mujeres en la sociedad. Y cómo esto puede modificarse con los contextos sociales y políticos, donde se le asigna una posición social diferente a las mujeres (Batthayány, 2021).

En relación a esto surge uno de los nudos problemáticos de la cuestión de los cuidados, que es quién debería asumir el cuidado de las personas que lo requieren, y por lo tanto, cómo realizarlo. Una de las discusiones que desata el feminismo es que a lo largo del tiempo fueron las mujeres las que tuvieron que responsabilizarse de las tareas de cuidado en sus familias, ya que estas son pertinentes de tratar en el ámbito de la esfera privada del sujetx, lugar asignado a las mujeres en la sociedad patriarcal. En consecuencia, son ellas a quienes, en el marco de esto, se les ha exigido históricamente una mayor responsabilidad en estas tareas. El cuidado

es uno de los derechos de la ciudadanía social que provoca más resistencias a su desfamiliarización y, por tanto, a su desfeminización: continúa la creencia de que son tareas que deben cumplir principalmente las mujeres (Batthayány, 2021, p.80).

Sin embargo, el Estado puede adoptar un régimen político que gestione una distribución en las responsabilidades del cuidado. Acerca del tema, Batthayány (2021) señala que un Estado de bienestar cumple las operaciones para el acceso al bienestar de: desmercantilizar, desfamiliarizar y redistribuir. La primera porque otorga bienes y servicios sin perjuicio del lugar que ocupa en el mercado laboral y, en consecuencia, del poder económico que posea. La segunda debido a que otorga beneficios y servicios sin depender de la familia a la que pertenece y no cumple con los criterios de reciprocidad que mantienen. La tercera porque no exige una proporcionalidad o aporte del beneficio, bien o servicio obtenido. El Estado de Bienestar propone la distribución de las tareas entre Estado, familia, mercado y comunidad, tanto en el nivel macro como en el micro.

Por su parte, las instituciones imbricadas en estas prácticas de cuidado, tienen que constituirse como “(...) instituciones que propongan construir marcos de encuentro disponibles para el contacto con el sujeto, recuperando las significaciones que lo relacional tiene como forma de instituir subjetividad deseante: accesos reales y reconocimiento hacia lugares como derecho” (Arias, 2018, p.113). A su vez, dispuestas a construir diálogo y trabajo en red con otras instituciones, cuando el contexto lo demande, debido a que muchxs sujetxs transitan más de una institución en simultáneo.

Como mencionamos anteriormente, la familia, el Estado, el mercado y la comunidad, son lxs principales actorxs con lxs que se cuenta para la distribución (o no) de las tareas de cuidado. Para que esta distribución resulte equitativa es conveniente que exista un contexto político, social y económico que genere las condiciones materiales y simbólicas para que así

sea. Donde se asuma la designación de presupuesto para políticas públicas que permitan el crecimiento de espacios comunitarios, de mejoras en las instituciones de salud y de construcción de autonomía en quien padece y en sus familias.

PARTE 2

Sistematización de las prácticas profesionales

Parte II: Sistematización de las prácticas profesionales

Tal como se mencionó al inicio de este trabajo, llevé adelante las prácticas institucionales de formación profesional en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) 9 de julio, ubicado en el barrio Malvinas Argentinas de Mar del Plata, en el marco de mis intervenciones sociales supervisadas en el año 2019 en la cátedra “Supervisión”. Las mismas tuvieron una duración de siete meses, desde mayo hasta diciembre aproximadamente, período durante el cual concurrí dos veces por semana a la institución, durante cinco horas cada día. Sintéticamente, la práctica implicó acompañar a la trabajadora social en su quehacer profesional cotidiano.

A continuación, se presenta en un primer momento una descripción del territorio y la institución en la que realice mis prácticas. En un segundo momento se analizarán los elementos de la sistematización, que incluye datos relevados en observaciones y en entrevistas realizadas en el marco de esta investigación.

1. Descripción situada del territorio

El Partido de General Pueyrredón es uno de los 135 municipios de la provincia de Buenos Aires. El mismo cuenta con 29 localidades y parajes[16]. Ciudad de Mar del Plata, Sierra de los Padres, Laguna de los Padres, Batán, Pje. San Francisco, Pje. Los Ortiz, Pje. Loma Alta, Barrio Chapadmalal, Pje. El Tejado, Pje. Santa Isabel, Barrio Estación Camet, Barrio Estación Chapadmalal, Pje. El Boquerón, Pje. Colonia Barragán, Pje. Valle Hermoso, El Coyunco, Gloria de la Peregrina, Colinas Verdes, El Dorado, Santa Paula, Las Margaritas, Barrio 2 de Abril, La Adela, Santa Angela, El Sosiego, Los Zorzales, Las Quintas, Barrio Los Acantilados, Barrio San Eduardo.

Esta investigación se centra en las particularidades de la ciudad de Mar del Plata, pero resulta de suma relevancia poder situar la totalidad del partido para poder entender la singularidad del territorio, ya que en él, se conjugan intereses y necesidades que deben solucionarse a partir de las instituciones y recursos existentes para la atención que en muchos casos se comparte entre las 29 localidades (y en algunos casos la zona). Además, cada una de estas posee particularidades por su historia, su ubicación, su población y su composición. En lo que respecta exclusivamente a la ciudad de Mar del Plata, la página oficial de datos del municipio detalla que cuenta con 124 barrios[17]. Sin embargo, están relevados algunos territorios como barrios que también fueron registrados como localidades o parajes, generando un dato confuso en lo que a estas cantidades refieren o mismo sobre la constitución de los mismos como barrios o localidades.

Ahora bien, en lo concerniente a dispositivos e instituciones de salud mental de carácter públicas y privadas de este Partido, tomaremos como soporte el relevamiento llevado adelante en el 2017 por la Mesa Intersectorial de Salud Mental que llevó adelante un relevamiento para conocerlos, surgido por la dificultad del acceso a la información de estos dispositivos. Como se señaló anteriormente, conocer el territorio pero también los actores que se vinculan y desarrollan su vida cotidiana en él, permite dilucidar el interjuego que se genera y convertirlo en un escenario de intervención. Como resultado, dentro del informe se relevaron 2 (dos) hospitales públicos; 26 (veintiséis) C.A.P.S. con atención de psicología; 7 (siete) centros de día; 3 (tres) dispositivos de atención de usuarios; almacenes culturales; 5 (cinco) clínicas psiquiátricas; 8 (ocho) instituciones que abordan los consumos problemáticos de sustancias; 16 (dieciséis) dispositivos de promoción y protección de la niñez y la adolescencia; 17 (siete) sedes del Programa Envión; 3 (tres) direcciones estatales y 21 (veintiún) instituciones de

[17] disponible en el siguiente link: https://datos.mardelplata.gob.ar/?q=dataset/barrios

gestión privada que trabajan en discapacidad; 3 (tres) direcciones estatales de desarrollo social; 8 (ocho) instituciones que abordan la violencia de género; la dirección de DDHH; 2 (dos) defensorías del pueblo; 5 (cinco) dispositivos de atención para personas en situación de calle; 5 (cinco) pensiones convivenciales; 3 (tres) obras sociales y 31 (treintaiun) dispositivos e instituciones del área del poder judicial (Informe de la Mesa Intersectorial de Salud Mental Gral. Pueyrredón, 2017[18]).

El C.A.P.S. 9 de Julio, cuenta con una zona programática que incluye San Cayetano, 9 de julio , Malvinas Argentinas y Dorrego, se encuentra abierto de lunes a viernes de 8 a 16hs, su atención está destinada a toda la población que convive en el área programática con o sin obra social. Cuenta con las especialidades de pediatría, enfermería, servicio social, psicología, nutrición, obstetricia, ginecología, odontología de niñxs y adultos, clínica médica generalista, estimulación temprana y fonoaudiología.

2. Actorxs entrevistadxs

Se realizaron tres entrevistas a trabajadorxs de la institución en el transcurso de la elaboración de esta tesis en el año 2022. Lxs actorxs entrevistados fueron: la Trabajadora Social, que al momento de mis prácticas se desempeñó como mi supervisora institucional en el marco de la asignatura de la carrera; el Psicólogo que al momento de la entrevista es uno de los dos únicos integrantes del área de salud mental del C.A.P.S y una trabajadora del área administrativa de la institución, que es quien mantiene el primer contacto con las personas que acuden con casos de padecimientos mentales. Las entrevistas se llevaron adelante en el espacio de trabajo de cada unx, con una cita previamente pactada. Por protocolos habituales

[18] disponible en el siguiente link: https://www.mardelplata.gob.ar/documentos/derechos_humanos/relevamientosaludmental.pdf

de resguardo de identidad, se referirán las profesiones en lugar de los nombres a lo largo del desarrollo de esta segunda parte.

2.a. Información organizacional del C.A.P.S. 9 de Julio

La Trabajadora Social afirma que ella es trabajadora de dos C.A.P.S, en uno de los cuales asiste tres días y dos días al otro. En relación a la falta de profesionales que deriva en que ella trabaje en dos C.A.P.S en simultáneo manifiesta que intenta acomodarse, que no es la única trabajadora social en esas condiciones, y plantea: “lo ideal sería que en realidad haya un equipo completo también, no solamente desde mi lugar, pensando en la atención a la gente” (Trabajadora social entrevistada, 2022). Considera que se trata de una cuestión histórica y estructural, que siempre fue así, que todo lo que es estatal siempre necesita más recursos y que deberían cubrirse las vacantes no solo de esta área sino de todas las que faltan. En este sentido refiere a que frente a su ausencia, cuando alguien se acerca en busca de su encuentro, la persona encargada de recepción le dice los días en que pueden encontrarla para que se acerque, y que las instituciones con las que articula ya saben que días asiste al C.A.P.S para derivar o directamente se comunican con ella para buscar algunas estrategia si requiere de más rapidez la respuesta.

Por otro lado, nos cuenta que Trabajo social tiene un área propia, más a los fines de la organización institucional de jefatura, divisiones y departamentos, aunque es una profesión más del equipo de salud mental. Aclara, que cada disciplina pertenece a un área en cuestión y donde cada una tiene su especificidad, aunque lo esperable es que todas las áreas tengan relación para que el abordaje sea integral:

> “La idea es esa en realidad, no es que todas son sabias, estancas y por separado, cada uno con su especificidad se supone que debe aportar lo suyo como para que la

mirada de ese niño que vino a un control sea integral, que no venga solo a darse una vacuna si no que yo también pueda evaluar como esta esa mama puérpera, cómo llegó ese bebé, que lugar ocupa ese bebé, como se está insertando en su grupo familiar” (Trabajadora social entrevistada, 2022).

Por su parte, en torno a la cuestión organizacional, el Psicólogo plantea que no hay políticas que ordenen el trabajo de salud mental en un orden comunitario, sino que tradicionalmente está centrado en casos individualizados. Sumado a esto, los servicios que trabajaban en el segundo nivel lo fueron desarmando de a poco hasta que muchos dejaron de estar. Comenta que para él la gestión del área de salud del Municipio considera al paciente como un cliente, adhiriendo a la idea de la salud como una empresa, esto genera que: “hay cosas que no se pueden hacer y hay otras que por ahí hay profesionales que quieren hacerlo y no los avalan: no les dan los recursos, las horas, como que tienen otra cabeza. Otras prioridades.” (Psicólogo entrevistado, 2022). Pone el foco en la dificultad ante la falta de recursos, ya que a veces hay profesionales pero no espacio físico. Afirma que eso sucedía en ese mismo C.A.P.S, donde eran dos profesionales psicólogxs para un solo consultorio, por lo tanto por más que haya dos psicologxs trabajando estxs no podrían atender al mismo tiempo ya que el espacio físico sería insuficiente. Sino debían ocupar espacios de otras disciplinas cuando estaban desocupadas. Esto genera limitaciones en las propuestas que pueden realizar frente a la comunidad, tal como sostiene el profesional: “Ahora nosotros no estamos haciendo talleres ni cosas afuera porque es traer gente que después no vamos a poder atender. En general la persona que se moviliza se quiere atender” (Psicólogo entrevistado, 2022).

Ante la consulta acerca de si la salud mental debería trabajarse en el primer nivel de atención de la salud, el psicólogo afirma que sí, que incluso el hecho de que la psicología y otras disciplinas estuvieran en este nivel es una conquista que fue lograda a partir de una

gestión en particular, ya que antes los servicios de salud mental estaban separados del resto de los servicios, primero en IREMI y luego en el Centro Jara. Plantea que es muy necesario:

> porque hay muchas cosas que nosotros atendemos que se anticipan a cuestiones instaladas. Uno puede trabajar, aunque no hacemos prevención, no es lo mismo hacer una entrevista con una mamá de un nene de dos años que tiene dificultad en la crianza, que ya verlo en el jardín cuando ya tiene una patología instalada. Quizás aparece igual, pero no es lo mismo tener esa intervención temprana o porque la pediatra pescó algo, con esa mamá con ese lactante, entonces deriva a la trabajadora social... entonces uno va tejiendo ahí redes. Yo creo que eso es muy importante (Psicólogo entrevistado, 2022).

A su vez, plantea la necesidad de que existan más niveles para diversificar y que estos se sostengan en el tiempo más allá de gestiones sino que implique otra manera de pensar la salud mental. En efecto, en la relación salud mental y atención primaria, cree que hay muchas cosas para hacer y está bien que cualquiera que necesite pueda acceder a un psicólogo, “muchas veces con un padecimiento que tiene que ver con una angustia, no necesariamente con una patología, sino con el cotidiano del vivir, el malestar que le pueda estar sucediendo por situaciones de la vida cotidiana. Y que lo pueda alojar en los espacios donde uno lo recibe” (Psicólogo entrevistado, 2022). Al repreguntar sobre la gestión que permitió el ingreso de disciplinas a la salud, comentó que se refiere al departamento de salud mental, el cual posterior a varixs jefxs elegidxs por gestiones políticas, tuvo una psicóloga de jefa que accedió por concurso y permaneció muchos años. Dicha gestión contó con el proyecto de incorporar a lxs psicólogos en el sistema de salud, ya que estaban fuera. Atendían en un lugar solxs donde no contaban con profesionales de otras disciplinas. Siguiendo esta idea, comenta el malestar de lxs profesionales por contar con poco reconocimiento en la tarea realizada, generando

acostumbramiento y desgaste. Propone que sería interesante que al construir una trayectoria de trabajo, por muchos años de ejercicio dentro de la institución, haya movilidad en las tareas y obligaciones, donde puedan acceder a tareas de mayor responsabilidad teniendo movilidad dentro del servicio. Señala que en la Municipalidad no hubo modificaciones y que debe existir la necesidad de cuidar la salud del personal. Entonces, la posibilidad de cumplir otras funciones para él se genera por cercanías a gestiones, pero no por estar instituidas. Una de las tareas que si se construye con el tiempo es la de la supervisión, debido a que construye legitimidad al interior de la profesión pero tampoco es está instituida.

Por último, otro aporte a la cuestión organizacional del C.A.P.S. lo realiza la trabajadora administrativa, que en su entrevista considera de gran importancia el espacio de recepción de la institución, ya que quienes trabajan en él son la cara visible del C.A.P.S., quienes orientan, resuelven dudas y brindan información. La trabajadora sostiene: “Entonces, si bien no somos los que finalmente atendemos en términos que no somos los profesionales, somos por ahí, somos el nexo, digamos entre el paciente y los profesionales entonces en ese sentido, si los que brindamos orientación atención incluso hasta contención en algunos casos" (administrativa entrevistada, 2022).

En ese sentido, considera que su trabajo influye en el acceso a la salud y refiere que por eso con sus compañerxs tratan de resolver y que la persona que asiste tenga alguna respuesta. Si bien surgen inconvenientes con la falta de recursos humanos, porque hay mucha más demanda que cantidad de profesionales, intentan construir estrategias para que sean atendidxs, con alguna respuesta o con un turno programado para que no se vaya en peor estado del que asistió a la institución. Plantea: “tratamos de ponernos en el lugar del otro” (administrativa entrevistada, 2022). Si bien aplican estas estrategias, nos señala que la mayor problemática es la cantidad de recursos humanos, ya que el C.A.P.S está cubierto en su

mayoría en el turno mañana y no en el turno tarde. Por esto, resalta la importancia de contar con otro C.A.P.S cercano que cuenta con guardia, pero es solo guardia para adultxs y no de pediatría. Asimismo, cuenta que otra situación compleja es la falta de insumos (mayormente de medicación crónica).

Según lo relevado en este eje, puede notarse que la principal problemática con la que cuenta el C.A.P.S es la poca cantidad de profesionales que tienen para cubrir la demanda de la zona programática y la imposibilidad de la movilidad en funciones de responsabilidad. A su vez, la falta de recursos materiales de insumo y de espacio físico, siendo un factor limitante a la hora de construir actividades y/o estrategias para trabajar con la comunidad dentro y fuera de la institución.

Por otro lado, se marcaron dos procesos de áreas relevantes, por un lado la incorporación de la disciplina de la psicología al primer nivel de atención dentro de la institución y no aisladxs en otro establecimiento permitiendo otro diálogo con las demás disciplinas en para estrategias integrales de atención Por otro lado, el área de recepción como la primer cara visible de la institución, donde no solo se orienta y resuelven dudas sino también se contiene y se busca estrategias para que quien asista pueda irse con una respuesta, convirtiéndose en un área de gran influencia para el acceso a la salud.

2.b.Características específicas del área de salud mental

El segundo eje de análisis se refiere específicamente al área de Salud Mental del C.A.P.S. En torno a ello, la trabajadora social cuenta que esa área en particular se compone por las disciplinas de la psicología y la fonoaudiología. Sin embargo, un equipo de salud mental completo debería contar otras disciplinas, tales como: con terapia ocupacional, psicopedagogía, psiquiatría y acompañantes terapéuticos. En cambio, como ya se mencionó, el

Trabajo Social tiene su propia área. La entrevistada señala como algo importante que, desde una perspectiva integral, sean cubiertas otras áreas que aún no funcionan en dicha institución, como por ejemplo terapia ocupacional y psicopedagogía para la primera infancia y psiquiatría para la adultez. Esta área no puede materialmente contar con reuniones semanales debido a que el psicólogo se encuentra todos los días en la institución y la fonoaudióloga va dos veces por semana, así que se realiza un trabajo en conjunto para situaciones en particular. Señala que si hubiera otra disponibilidad de tiempo y de recursos humanos, podría ser otra la organización y disponibilidad horaria.

Por su parte, al enfocarse en este eje, el psicólogo cuenta que salud mental está disponible en el C.A.P.S. de lunes a viernes de 8 a 15 hs, teniendo los viernes a la mañana como el día de admisión y el jueves como día de primeras veces[19], donde se escucha el motivo de consulta y se realiza una primera aproximación. Cuenta que está él solo porque la psiquiatra que estaba renunció (y aun no se repuso ese cargo) y la fonoaudióloga asiste solo los lunes y martes, atendiendo exclusivamente niñeces.

En lo concerniente a Trabajo social, el psicólogo refiere que -aunque no es del área- él considera un par al/lx profesional de ese campo, que consulta mucho más a esta disciplina que a otras propias del área. Plantea que psicología y trabajo social “laburan siempre juntas” (Trabajadora social entrevistada, 2022).

Asimismo, considera que la conformación del equipo actual responde a la falta de recursos, porque por lo general hay otros equipos que se encuentran más completos con las disciplinas de terapia ocupacional y psicopedagogía. Plantea que además de las disciplinas

[19] Las entrevistas de admisión son las que realiza el psicólogo para evaluar si la persona iniciará una terapia psicológica con él. Por su lado, el día de “primeras veces” son las primeras entrevistas realizadas a las personas que iniciaran su tratamiento.

que deberían conformar el área según lo previsto, podrían integrarse sociólogxs, antropologxs, artistas:

> (…) podrían ofrecer cosas mucho más enriquecedoras. Yo creo que un antropólogo y un sociólogo podrían trabajar otras cosas, otra llegada, otra lectura de las comunidades que nosotros no la estamos haciendo directamente. No sabemos en realidad, si vos me decís: cuál es el tipo de población que atendés, más o menos te digo de acuerdo a lo que llega a la consulta. Pero eso no quiere decir que es la población con la que se trabaja. Queda mucho por fuera (Psicólogo entrevistado, 2022).

Ante la consulta sobre situaciones de urgencia o prioritarias vinculadas a la salud mental, el psicólogo entrevistado refiere que pacientes agudos llegaban en cuarentena, pero que ahora no tanto porque los servicios de los hospitales están trabajando más y con otra receptividad. Igualmente narra que cuando llega alguien en esa situación al C.A.P.S. se lo escucha y se articula con la guardia del hospital para un turno programado. Plantea que en la institución no hay médicos que puedan evaluarlo porque no cuentan con psiquiatra y refiere que cuando estaba cubierta esa disciplina, tampoco participaba de la admisión porque hacía consultorio externo y por derivación. La admisión es solo de psicología.

En torno al eje de salud mental, la trabajadora administrativa se centra en lo dificultoso del acceso al área de salud mental para quienes acuden al C.A.P.S, y en especial a psicología, puesto que tienen sólo un profesional y mucha demanda. La trabajadora propone que el paciente que viene por el área de salud mental necesita un seguimiento y continuidad, a diferencia del que requiere un médico clínico que, lo más probable, es que haga dos visitas al año. También comenta la opción de la derivación a otro C.A.P.S cuando hay más de una persona del grupo familiar que desea atenderse.

Según lo relevado puede verse como nuevamente se hace notoria la poca cantidad de profesionales, pero en este caso particularmente en el área de salud mental. Este no posee el equipo completo de profesionales que esta área requiere, por lo tanto no hay reuniones de equipo del área de salud mental tampoco sino que se trabaja en conjunto para situaciones en particular. Esto dificulta el acceso de quienes asisten a atenderse en esta área. Sin embargo, se hace notorio el trabajo en equipo que lleva adelante Trabajo Social y Psicología, permitiendo intervenciones necesariamente conjuntas.

Atendiendo especialmente a la atención y abordaje de problemas de salud mental, la trabajadora social afirma que la salud mental se trabaja en todos los niveles de atención porque es un tema muy complejo y que aún faltan políticas de Estado. Sumado a esto, la persona es un todo que la atraviesan un montón de cuestiones y por lo tanto no puede ser la salud mental abordada sólo por un equipo de salud mental, porque no se soluciona con un solo tipo de abordaje, y a veces no se cuenta con los dispositivos o recursos que unx necesita para darle la atención acorde a lo que la persona plantea. Contra un enfoque fragmentario de la atención de la salud, la profesional plantea:

> En realidad la salud mental se tiene que trabajar en todos los niveles porque también digamos tiene que ver con la característica que presenta la persona que tiene ese padecimiento , la salud mental no se significa una persona con un diagnóstico psiquiátrico no, que es por ahí lo que uno , lo primero que se le ocurre en ese momento , desde lo preventivo, desde que la persona nace , desde los vínculos sanos que pueda establecer, desde las cuestiones mínimas que tenga que tener cubiertas, eso hace a la salud mental y la falta de todo eso, hace que la por ahí esa salud mental se vea afectada entonces es como que si o si la salud mental nos atraviesa en todos los niveles, sea que la persona esté en agudos o sea que la persona esté con algún

padecimiento que se pueda ver acá en la atención primaria por ahí (Trabajadora social entrevistada, 2022).

Al consultarle si realizan actividades específicas para personas con padecimiento mental, comentó que para ella hay dos opciones: la prevención y el tratamiento cuando ya existe un padecimiento. Como todxs estamos atravesados por la salud mental, en la atención primaria tenés desde lo preventivo cualquier dispositivo que permita vincularse con otrx a partir de algún tema, ya sea una caminata o un taller de huerta. A diferencia de una persona que fue diagnosticada y con dificultades, que le va a ser dificultoso trabajar esa etapa y necesita otro tipo de acompañamiento. La profesional resalta que trabajar en salud mental implica tener en cuenta la singularidad de la situación en la que se encuentre cada persona, para pensar una acción.

Por su parte, el psicólogo en torno a este eje de atención refiere que:

> Hay pacientes que no se van a adecuar nunca a un servicio ambulatorio o no es la respuesta que necesitan o no les va a cambiar mucho la vida porque vengan un rato a psicoterapia una vez por semana o cada quince días. Por ahí otros dispositivos como centros de días, cosas más completas, que ofrecen otro tipo de actividades, más disciplinario, es lo que debería apuntar la Salud mental (Psicólogo entrevistado, 2022).

En relación a un grupo de mujeres creado por él y la trabajadora social, comenta:

> (…) nosotros lo pensamos desde ese lugar. Porque los pacientes que llegan son de salud mental, otros son de servicio social, pero con problemáticas de salud mental. No necesariamente con patologías psicológicas, muchos solo con necesidades de poder hablar y armar una red de sostén. No todos son depresivos, no es que se agrupen por una patología. Variado, pero yo creo que fue una necesidad y está dando resultado. Porque a nosotros también nos alivia ver que hay procesos que evolucionan, porque si

> no la sensación muchas veces es la frustración de no ver los resultados del otro, o como que la mitad por ahí abandonan los procesos. Entonces uno queda alienado de la posibilidad de ver los procesos individuales y entonces cuando hay un espacio que ves que evolucionan, la gente lo demanda, hay onda con ganas de participar. Para nosotros también esta bueno como equipo (Psicólogo entrevistado, 2022).

Al preguntarle sobre espacios para actividades con quienes tienen un padecimiento categorizado/clasificado, afirma que los centros de día trabajan con “patologías más graves”, y valora positivamente que existan dispositivos para estos pacientes. Desde el C.A.P.S no pueden solventar esa demanda sólo con psicología para realizar algo de esas características, ya que necesitan psiquiatras y enfermeros. Hay muchas variables y aristas a tener en cuenta, existen proyectos y experiencias, relata el entrevistado. Asimismo, cuenta que con la fonoaudióloga quieren trabajar con lxs niñxs, debido a que ya realizaron en otros centros talleres para niñxs que tienen mayores dificultades de construir un lazo en la escuela.

Por último, la trabajadora administrativa sobre este eje plantea que cuando asisten al C.A.P.S alguien con alguna crisis de salud mental lo tratan de resolver con el psicólogo, quien luego articula en el caso de ser necesario un psiquiatra con el centro de salud mental Jara o con otro C.A.P.S, ya que la psiquiatra que trabajaba renunció y no trabaja más en la Municipalidad.

Según lo relevado en torno a este eje, puede notarse que la salud mental es un área compleja de trabajar, pero que hay que tener en cuenta que la persona “es un todo” (psicólogo entrevistado, 2022), que poseen singularidades y situaciones particulares que requieren formas de tratamiento distintas y que por lo tanto no todas necesitan lo mismo. Es por eso, que ponen en valor los diversos dispositivos y experiencias, de prevención o de atención, que atienden a personas que requieren atención en salud mental ya que apuntan a formatos diferentes.

2.c.Condiciones de atención en el C.A.P.S.

El cuarto eje de la sistematización corresponde a la atención de las personas en la institución. Como pude observar durante mi práctica y tal como detalla la Trabajadora Social, los únicos servicios que no requieren turno y que atienden por demanda espontánea en el C.A.P.S. son el Servicio Social y la Enfermería. Acceder a los turnos de las otras especialidades puede ser de forma presencial o a través de la aplicación de la Municipalidad. En cuanto al área administrativa, que es quien entrega los turnos de manera presencial, la profesional de Trabajo Social plantea que influyen en el proceso de atención y acceso a la salud debido a que tienen un rol importante de contención, escucha y orientación más allá de lo administrativo. Se encuentran realizando capacitaciones como el resto del personal para el abordaje de estas situaciones de primer contacto con lxs concurrentes al C.A.P.S.

Particularmente hablando sobre la atención del área del Servicio Social de la institución, la profesional comenta que se acercan personas con padecimiento mental por otros motivos de consulta pero que lo detecta y a partir de eso evalúa si debe derivarlo a psicología o si es un paciente para trabajar en conjunto:

> Por ahí vienen por alguna cuestión de algún recurso, alguna cuestión alimentaria y bueno uno como que amplía un poco la entrevista y ahí podes detectar algo más que haya, para trabajar más allá del recurso por el que viene o, por ahí consulta por otra situación y bueno, cuando uno abre en la entrevista hay que hacerse cargo después (Trabajadora social entrevistada,2022).

En relación a este asunto, refiere que una de las problemáticas predominantes que llegan al servicio social tiene que ver con “tema vincular” y dificultades en la crianza. Afirma que hay muchos padres a cargo de niños, la cual no era una situación común porque siempre fueron mayoría de mujeres, y muchas abuelas que plantean la dificultad en los límites al criar a

sus nietos de madres muy jóvenes. Señala el valor del espacio del servicio social como una oportunidad para trabajar estas cuestiones.

Al consultarla sobre la vinculación del servicio social con una problemática en particular, cuenta que se deriva un montón al servicio a veces de manera acertada y otras hay que descifrar, ella lo vincula con que a veces para las personas asistir al Servicio Social tiene una connotación negativa que luego se corrompe en la entrevista. Como ya se ha indicado, no hay turnos para acceder al servicio, es con demanda espontánea, y cuenta que como las personas ya conocen el sistema directamente se acercan, quienes no lo saben consultan a los trabajadores administrativos y ellxs lxs orientan. Los motivos de la demanda espontánea son múltiples y van desde búsqueda de recursos, orientación en temáticas, problemas familiares vinculadas al consumo problemático. La profesional pone mucho énfasis en la interrelación de los problemas:

> (...) si te llega alguien con un derivación puntual, cuando abrís la entrevista ahí trabajas lo que es historia de vida y bueno ahí está todo, ¿no?, qué crianza tuviste vos, cómo llegó ese bebé a tu vida, si fue un embarazo buscado o no, qué rol ocupas vos mujer en tu familia y qué rol ocupa tu mamá…, bueno nada todo lo que uno va analizando en una entrevista que es la historia de vida de una persona, que viene con una cosa pero bueno cuando uno empieza a entrevistar y abrir, empieza a saber un poco todo ¿no? y dentro de esa estructura: qué es lo que se puede trabajar con el otro para que su padecimiento mejore digamos, ¿no? Muchas limitaciones en cuanto al tema laboral, eso se sigue viendo, en relación obviamente al género femenino eso es como histórico ¿no? Pero bueno, también esta cuestión de la no terminalidad de los niveles secundarios también se ve un montón como el tema de la maternidad temprana va arrasando algunas de esas cuestiones, por ahí cuando hay un acompañamiento familiar

> ¿no? Pero en la generalidad se ve un poco eso, y eso como que priorizando también la situación de la mujer más que nada que por ahí eso va generando que no tenga accesibilidad a lugares de mejor calidad digamos y bueno se va limitando un montón todo eso (Trabajadora social entrevistada, 2022).

En cuanto a la continuidad que requieren algunas situaciones que decantan de esas demandas, la profesional plantea que hay algunos procesos de las personas donde se acompaña en la toma de decisiones que vaya tomando e incluso para algunas situaciones funciona el trabajo con grupos.

Por una parte, el psicólogo afirma que se busca la accesibilidad de las personas al servicio a pesar de no estar dentro del área programática, y si hay un tratamiento en curso se hace la derivación a otro C.A.P.S, siempre en vista de que la persona tenga su primera entrevista. Cuenta que para el acceso a los turnos se brindan presenciales (pero menos en cantidad) y que se implementó un sistema que es a través de una aplicación que está a prueba, pero que hay varias cuestiones para revisar ya que no todxs lxs pacientes tienen accesibilidad al wi-fi, a tener un celular o a datos para poder acceder. Esto influyó en el acceso porque hay un grupo de personas que no manejan redes, no manejan celulares y por lo tanto hay una “tarea de educación” que hacen los administrativos. Cuando no hay turnos y el paciente no pertenece a la zona programática, se ofrece otro centro de salud más cercano para que pueda acceder, pero al tener turnos programados y tanta demanda para algunas especialidades, se pierde “la cuestión de lo cotidiano, queda mediado por eso”. Para el psicólogo estas situaciones generan malestar tanto en lxs profesionales como en lxs pacientes, porque lxs pacientes siguen yendo a atenderse en el día con algunos servicios y no hay turnos.

Por otra parte, afirma que no está muy allanada la llegada de los pacientes de Salud Mental, sino que es artesanal, están dados los canales, teléfonos, etc. pero hay pocos recursos

humanos porque renunciaron varixs psiquiatras y eso afectó a todo el servicio, ya que la demanda siempre fue alta y creciente requiriendo tratamiento médico y psicoterapia. Por esto, por un lado afirma que “están los espacios de admisión porque son los espacios de evaluación primera porque no todo lo que se demanda puede ser atendido por el primer nivel de atención” y, por el otro, plantea que el primer nivel de atención debe hacer el primer contacto de un servicio de salud con la comunidad, aunque después se deba analizar que les atañe porque el paciente a veces quiere resolver cosas que no corresponden al primer nivel, y este se sobrecarga no pudiendo hacer lo que deben hacer, por ejemplo, la promoción de la salud, ya que quedan afectadxs a tratamientos y trabajos de pacientes crónicos. Sin embargo, al no contar con otras instituciones donde derivar se va empobreciendo la red, a pesar de que con los recursos que tienen arman estrategias. Relata que la atención en esta área es solo con turnos, no de manera espontánea debido a la escasez de recursos de los que se dispone y en consecuencia la posibilidad de dar respuesta. Existen excepcionalidades si lo requiere la trabajadora social o la pediatra, pero marca la diferencia con una guardia de hospital. El psicólogo asegura que la atención primaria tiende a ser pensada como una atención programada, no puede plantearle a la comunidad que sea sin turno la atención porque no se le va a poder dar respuesta:

> El sistema este de turnos está bien porque ordena la posibilidad de que no tengan que venir temprano, pero quita la posibilidad de ir viendo el día a día lo espontáneo y lo que surge. Es todo programado. Tengo turnos dados hasta noviembre. Pasan dos meses y pico y capaz que la persona ni viene. Se pierden espacios. Ordena, por una parte, pero habría que ajustarlo mucho. No sé si eso respondería a todos los servicios. Por ahí a los médicos sí, pero acá en salud mental no me agrega mucho que sea dado de esa forma (Psicólogo entrevistado, 2022).

Con respecto a este asunto, cuenta que hace aproximadamente 25 años, lxs psicologxs no eran aparte de los equipos de atención primaria, sino que trabajan en un lugar donde solamente había psicologxs sin otrxs profesionales, siendo un servicio externo. La modificación, con la entrada de estxs profesionales a los C.A.P.S, marcó una diferencia. Él señala lo importante para la accesibilidad que resulta, además de que las otras disciplinas pueden ver como lxs psicologxs pueden trabajar de esta forma y a su vez qué aportan al proceso de salud. De esa situación surgen problemas que hay que evaluar y resolver pero plantea que es parte del proceso. En ese sentido, enfatiza:

> Ya hay una construcción colectiva, del colectivo de profesionales de salud mental de cómo insertarse en los niveles de atención. Hay experiencias porque hay gente que han pasado como estudiantes, residentes, después forman parte de los equipos. Entonces se fue gestando algo que ahora nos parece natural, pero quienes vivimos la otra etapa, uno ve las diferencias. Porque no todo funcionaba de este modo. Funcionó como una gran apertura. Y esta posibilidad de que el paciente pueda llegar, la admisión se creó ahí. Antes era solo derivación. No había consultorio externo. Siempre entendido como algo que tendría que tener la derivación. Incluso aún la gente pregunta la derivación, pero cualquiera puede acceder si lo quiere. Si está derivado también, pero no requiere. Esa autonomía que teníamos nosotros ahora, antes no tenía. Entonces un reconocimiento a no quedar sujeto a otro que te dice lo que tenés que hacer o lo que es conveniente para ese paciente." (Psicólogo entrevistado, 2022)

La cuestión de la atención también es analizada en la entrevista con la trabajadora administrativa, que relata que para la atención en el C.A.P.S, el sistema de turnos por la aplicación tiene sus pro y contra. Por un lado, es útil para que las personas no vayan temprano pero siguen yendo porque el recurso humano profesional es escaso. Mayormente en salud

mental, ginecología y clínica médica. Por otro lado, observa que lo que no funciona es la parte técnica:

> (...) la parte de dar los turnos de hacer todo lo que es personal, lo de personal, en sí, las vacaciones, el informe de vacaciones, etcétera, facturar las obras sociales, las personas que tienen, captar la gente que tiene obra social para recuperar recursos y demás (administrativa entrevistada, 2022).

A estas situaciones se les suma que tienen más trabajo debido a que muchas personas no tienen internet o que no cuentan con un celular adecuado para la aplicación. Relata que realizan un “servicio técnico” incluso remoto, porque guían a las personas cuando las llaman por teléfono para que puedan bajarse la aplicación y también si bien no es muy “pesada” lxs ayudan haciendo que borren fotos, les instalan y desinstalan la aplicación para que puedan acceder. Afirma que la aplicación sirve pero que hasta que no se aceite el circuito es a prueba y error. La aplicación requiere el registro de un usuario por grupo familiar, sistema que la trabajadora valora positivamente porque permite realizar una vinculación de las personas ya que para sacarle un turno a otra persona tenés que incorporarlo a tu historia clínica (esto sucede mucho con lxs lactantes pero no sucedía tanto con hijxs más grandes). Si la persona cuenta con historia clínica puede realizar la vinculación por teléfono, si no tiene que acercarse al C.A.P.S para iniciar la historia.

La trabajadora administrativa relata que solucionan un montón de cosas por teléfono. Quienes no entienden cómo funciona la *app* por teléfono tampoco o se les complica mucho, los invitan a acercarse al C.A.P.S. aunque sin tener que ir muy temprano, para ayudarlos desde ahí con la aplicación o para programar un turno:

> (...) tratamos también de que la gente tome conciencia o que sea solidaria y que los turnos si es para un laboratorio, si es para un control de salud para ver si hay que

> ajustar la medicación en caso de los pacientes crónicos y demás, que lo saquen a través de la app, que los turnos que quedan a la mañana porque son, la realidad es que no es que hay más turnos, o sea las turnos son lo mismo pero ahora hay menos para dar, para la demanda del día que esos turnos los dejen para la gente que realmente se siente mal, que necesita resolverlo en el momento, que no puede esperar 20 días (Administrativa entrevistada, 2022).

La mayor problemática de acceso que plantea la trabajadora es de recursos humanos en las especialidades. En ese sentido, refiere que el C.A.P.S está cubierto en su mayoría en el turno mañana pero no así en el turno tarde.

Una cuestión relevante de este eje, desde mi punto de vista, es el referido al acceso virtual para acceder a un turno. Si bien este sistema tiene el objetivo de facilitar, cuenta con cuestiones positivas y negativas, ya que no toda la población tiene acceso a conexión de red wifi, conocimientos tecnológicos, celular o datos lo que se traduce en un problema de accesibilidad. El área administrativa entonces, ya no solo es un espacio orientador y resolutivo, de escucha y contención, sino que se le suma una tercera función de relevancia: la orientación tecnológica en ocasiones incluso de forma remota.

Otro aspecto importante en este eje, es el respeto y cumplimentación de los objetivos de los niveles de atención, ya que sino podría producirse un desborde. Como en el caso de los C.A.P.S. se plantea que muchas veces se sobrecarga intentando resolver cuestiones de otro nivel.

2.d. Interdisciplina

Pasando al quinto eje de análisis, nos centramos en la mirada sobre la interdisciplina, las disciplinas en particular y lxs trabajadorxs. En tal sentido, la trabajadora social afirma que no

hay un día específico de reunión de equipo, sino que se va diagramando dependiendo de situaciones que vayan surgiendo, señala que lxs profesionales se buscan entre sí y ahí comienza un trabajo interdisciplinario, se trabaja día a día. Además, como fue relatado anteriormente, ella afirma que el equipo de salud mental tampoco tiene reunión de equipo ya que no hay equipo completo y tampoco asisten todos los días en simultáneo, por lo tanto no hay disponibilidad de tiempo y terminan dependiendo de cada situación. Resalta la importancia de que cada disciplina con su especificidad debe aportar lo suyo para que, por ejemplo, un control de unx niñx sea integral. Por otro lado, señala que el área administrativa cumple muchas funciones: entregar turnos y pedir otros para estudios o interconsultas en otras instituciones, la cuestión administrativa del personal como decodificación, vacaciones, remisión de fichas pero también cumple una función muy importante en la atención al público porque “son la cara de la puerta de entrada a la orientación, digamos, también de la gente sí” (Trabajadora social entrevistada, 2022).

Por su parte, el psicólogo detalla que hace 30 años trabaja en la salud pública y, por lo tanto, entiende que sólo no puede, que siempre estuvo acompañado de otras disciplinas en equipos de trabajo; pero no todxs tienen esta concepción o están acostumbradxs a pensar la intervención con otrxs. Asimismo, expresa ver un “empobrecido trabajo interdisciplinario” (Psicólogo entrevistado, 2022), porque no hay una idea de conjunto, de orden de prioridades, de planteo de singularidades del equipo o de planificación de intervenciones, sino que cada unx busca apoyo en quien tiene más afinidad de manera informal, no porque haya una decisión de gestión o política institucional. En ese mismo sentido, plantea la dificultad del trabajo en instituciones y sobre todo en su caso que está solo en su disciplina, decantando todo lo que tiene que ver con psicología en él. Es por este escenario que como estrategia de intervención genera su propia red de trabajo la cual tiene como base a la hora de analizar cada situación: si

requiere una entrevista individual, con la trabajadora social y/o derivar a psiquiatría. A partir de este trabajo en conjunto es que surgió con la trabajadora social de conformar el grupo de mujeres. El psicólogo comentó que la demanda que recibe “es grande en el sentido que nosotros no tenemos grupos etarios, atiendo embarazadas, niños chiquitos, adolescentes, púberes, ancianos” (Psicólogo entrevistado, 2022); en comparación con otras disciplinas como, por ejemplo, la terapia ocupacional o la psicopedagogía que atiende hasta niñxs de 11/12 años, lo cual implica un universo de atención reducido. Esto genera, a su criterio, demandas internas entre disciplinas porque hay disciplinas que señalan que hay cosas que psicología no atiende, pero él afirma atender de todo pero que la mayor dificultad es la falta de recursos. Por otro lado, planteó que el trabajo social trabaja con todas las disciplinas de modo que comparten muchas actividades como entrevistas, talleres o cuestiones de orientación. Destacó que, a pesar de no ser del área de salud mental, se consultan y trabajan a la par.

En torno a la interdisciplinariedad, la trabajadora administrativa refirió que en el C.A.P.S: “somos un equipo, a eso voy, cada uno cumple su función y nosotros dentro del engranaje, tenemos una función importante, como para que la gente pueda acceder, justamente a la salud y siempre obviamente consensuado" (2022). Asimismo destaca que, no sabe si sucede en todos los centros, pero en éste tienen una relación horizontal donde se sienten todxs pares. Comentó también que por su compañero, que trabajó en entes privados, sabe que en esa atención no se da de la forma. En consecuencia, planteó que cuando detectan una problemática como ausentismo a controles, violencia, negligencia o alguna situación que les llama la atención, enseguida lo ponen en la agenda de la trabajadora social, le comentan lo que vieron y percibieron para que ella pueda accionar. Señaló que si bien no son profesionales quienes están a cargo de la atención administrativa, están en la ventanilla que es el primer lugar de recepción y hablan mucho con las personas y con los profesionales también.

A la hora de preguntarle sobre capacitaciones que han referido lxs entrevistadxs, nos comenta que no hubo mucha capacitación luego de la pandemia pero que los administrativxs solían tener encuentros todos los meses donde se debatían diferentes temas, por ejemplo sobre facturación o acceso a la salud. Resalta que actualmente están realizando una capacitación que se denomina “humanizarte”, que consta de cuatro encuentros de temáticas diferentes y se realiza de manera virtual: “que es como para, digamos, ponerse del otro lado, del lado del paciente” (Administrativa entrevistada, 2022). Agregó que de la capacitación participan, además, coordinadores de C.A.P.S. y diversos profesionales dependiendo de la temática. Uno de los encuentros fue de acceso a la atención primaria de la salud, otro de políticas de género, uno sobre discapacidad y el cuarto no lo recuerda.

En línea con lo que pude observar y experimentar durante la práctica, las entrevistas dejan ver que lxs actorxs institucionales entrevistadxs le adjudican un alto valor al trabajo interdisciplinario y a la especificidad que aporta cada disciplina para un abordaje integral. Sin embargo, no es una característica que predomine en el C.A.P.S, ya que no hay una decisión de gestión o de política institucional sino que se desarrolla por afinidad informal, no hay reuniones de equipo sino que el trabajo en equipo surge de situaciones en particular donde unx profesional busca a otrx.

2.e.Interinstitucionalidad

En relación a la interinstitucionalidad, como eje seis de nuestro análisis, la trabajadora social afirma que desde el C.A.P.S articulan con las instituciones que requiera cada situación: CPDeN, Casa Caracol, Tribunales, Defensorías, Escuelas, entre otras. Tal es así, que “Todo el tiempo con el Materno, con el Regional , para los casos en agudos digamos como que tenes

que estar conectado, porque el paciente siempre vuelve acá pero siempre tiene el paso por alguna otra institución, de acuerdo la situación que plantee, por eso como que el trabajo en red si o si tiene que estar de alguna manera” (Trabajadora social entrevistada, 2022). Sobre estas redes, la trabajadora social manifiesta que no son redes profesionales y no hay una mesa intersectorial (aunque cree que en algún momento histórico la hubo), sino que es un “aceitado trabajo interinstitucional” sustentado en vínculos formales e informales. Resalta que existe una referencia y una contrarreferencia, de su parte o de alguna institución donde se comunican por pacientes en común: “Eso en todas las instituciones trabajan así y si no es como, no podes trabajar aislado , porque el paciente va por todos lados, tiene una vida social, participa de distintas instituciones y bueno, este, si una quiere un abordaje completo digamos, como que tenes que abrirte” (Trabajadora social entrevistada, 2022). La profesional destaca que en la entrevista a la persona, cuando relata su historia o lo que lo llevó a acercarse al servicio, cuenta también su recorrido por otras instituciones y afirma que hay que contactarse para ponerse en sintonía con su situación.

Desde su lugar, el psicólogo afirma que existe una articulación con instituciones pero por una cuestión de afinidad, no institucional, la cual se va estructurando a partir de la experiencia de trabajar en servicio, donde es difícil abarcar todo solo. Señala que si tiene que derivar dialoga con colegas de otros C.A.P.S, se derivan recíprocamente, porque a veces unx está atendiendo a una persona y quiere atenderse un familiar, ahí se lxs deriva. Todo de manera informal a partir de los lazos construidos de años. Para derivar a niñxs o pacientes “agudos” de salud mental, nos cuenta que tiene las instituciones donde hacerlo, por ejemplo, para salud mental es el Hospital Regional o el Centro Jara donde está la parte operativa de psiquiatría del Municipio.

La trabajadora administrativa, cuenta que cuando sucede una crisis de demanda espontánea en salud mental, la evalúa un médico para ver si puede suministrarle una medicación y ellxs lo derivan, si es de psiquiatría al Hospital Regional. Luego, el control y el posterior seguimiento, por no tener psiquiatra, se realiza con el psicólogo. Especificando estos casos, describe uno de ellos:

> (…) salvo algún paciente que tengamos -así como Miriam- es una paciente que está en situación de vulnerabilidad porque no, no, o sea, está sola, no tiene familiares, o sea su familia no se hace cargo, bueno por una cuestión de edad no puede estar internada en un hogar, porque tiene 50 y algo no me acuerdo, 56, sí, bueno, pero es un caso que ya conocemos, claro, ahí se trata de pero bueno, no ha venido en situación de crisis ella, no hemos tenido así pacientes. (Trabajadora entrevistada, 2022)

En este eje, puede notarse que la institución articula con muchas otras instituciones porque lo consideran importante para trabajar determinadas situaciones. También porque al paciente transita y habita otras instituciones, debe construirse un trabajo al menos comunicado, ya que no se puede trabajar aislado. Sumado a esto, las redes de profesionales constituidas no son por una mesa intersectorial sino por vínculos formales e informales que son de suma relevancia. Quedan atravesados estos vínculos por afinidad, por los años de servicio que les permite conocer gente y construir lazos informales, nuevamente, no por política institucional.

2.f.Redes sociales y experiencias de comunidad

Con la información sistematizada en conjunto con mi experiencia, este eje se enfoca en las redes sociales y en las experiencias de comunidad que forman parte de los abordajes de los padecimientos subjetivos en el campo de salud mental. Al consultar sobre la vinculación de la institución con la comunidad, la trabajadora social afirma que es una pregunta compleja

porque está atravesada por los servicios y espacios que ofrece la institución y también por las características de la comunidad, ella observa que cuesta el “empoderamiento” de las personas a la pertenencia a la institución. Señala que se atiende a un montón de personas pero que es diferente a otras instituciones, no solamente se atiende a este sector de salud, también se atienden con Pami. Plantea que siempre trata de brindar un servicio que a las personas les sirva, en sus palabras: “yo desde mi parte intento siempre responder a lo que el otro necesita dentro del encuadre de trabajo lógicamente, pero bueno si es la idea, uno cuando está en una institución, responde de alguna manera a lo que el otro necesita dentro de lo que se puede" (Trabajadora Social entrevistada, 2022). En tal sentido, vuelve a cobrar centralidad el taller que funciona por fuera de la atención “convencional”, que es el taller de mujeres que llevan adelante la profesional entrevistada y el psicólogo.

La Trabajadora Social nos comenta que este taller inició en marzo y funciona cada quince días, destaca que es un espacio muy lindo que está trabajando muy bien, allí participan pacientes de salud mental y otras que ella conoció en el Servicio Social. Resalta que la forma grupal funciona muy bien ya que colabora con salir un poco de la tensión individual. Por otro lado, comenta que funciona un grupo de diabetes que fue mutando debido a la pandemia y ya había un grupo armado. Frente a las limitaciones que existían por el covid-19 junto a la nutricionista armaron un dispositivo de caminata en la plaza para el cuidado de su salud. Este grupo sigue funcionando pero la modalidad cambió, no solamente hay pacientes diabéticos sino también pacientes con otra patología crónica y cuenta que se logró un acuerdo con el EMDER para trabajar en equipo con ellxs. La entrevistada explica que este tipo de dispositivos ponen en juego “lo social”, y lo ejemplifica con el préstamo del espacio que les realizaron para la actividad física a la vuelta de la institución. Además, agrega que hay taller de cocina y control mensual de presión y peso. Esas actividades son las que remarca la trabajadora social como

espacios que funcionan a nivel comunitario, de forma diferente y alternativa a la atención individual:

> Viene un poco con esto de lo que hablábamos de la salud mental en esta cuestión de lo que se ve mucho en estos pacientes, capaz que si vos lo enfocas más en lo que es la salud mental es el relevamiento de sus redes sociales , familiares y de apoyo , por eso estos espacios un poco lo que hacen es intentar como fomentar eso por fuera de lo que es la atención individual, el estar con otros , el compartir algo en común, el compartir una actividad, de eso se trata, de tratar que se genere eso, esas vinculaciones por fuera de lo que es la atención individual (Trabajadora social entrevistada, 2022).

Sumado a esto, relata que se brinda acompañamiento en las situaciones que requieren continuidad, que algunos procesos requieren más que otros. Para esto el grupo es un método que está funcionando en los casos en los que los tratamientos individuales “no funcionan”.

A su vez, el psicólogo comentó también sobre el grupo de mujeres que coordina conjuntamente con la trabajadora social y el futuro grupo de niñxs que pretenden conformar con la fonoaudióloga. Particularmente, menciona que el de mujeres lo conformaron por el tipo de llegada y de población que atendían y señala que está dando resultado. Las reuniones son cada quince días y asisten entre diez y quince mujeres que lo sostienen. Sobre este tema, remarca:

> (…) son otros procesos muy diferentes de sostenerse, esta cuestión de generar el lazo que acá está como deteriorado. Sobre todo, en las mujeres que quedan abocadas a la crianza de los hijos, no transitan espacios laborales, u otros espacios que no tienen que ver solamente con los niños. O personas que están hace muchos años con tratamiento psiquiátrico, que no evolucionaron en los tratamientos individuales, y que en los espacios de grupo es como un reencuentro y una posibilidad de sentirse identificado

con el otro, la cuestión del alivio que al otro le pasan cosas similares, eso tiene como un efecto importante para destrabar ciertas cosas, porque si no el único recurso es pensar en una medicación" (Psicólogo entrevistado, 2022).

Este espacio lo considera un dispositivo de salud mental, afirmando que lo pensaron desde ese lugar y que los pacientes que arriban son de salud mental o de servicio social pero con problemáticas de salud mental, no necesariamente con “patologías psicológicas”, muchxs con necesidad de hablar y armar una red de sostén. Señala que no se agrupan por una patología en específico, no es que son todxs depresivxs, sino que fue una necesidad que está dando resultados. Afirma que hay una demanda muy grande ya que no tienen grupos etarios de atención, sino que atiende embarazadas, niñxs pequeñxs, adolescentes, adultos mayores, como el servicio social. El entrevistado también comenta que no están realizando talleres ni otros dispositivos afuera del C.A.P.S porque es traer gente que después no van a poder atender y afirma que quien se moviliza es porque se quiere atender. Trata de hacer un trabajo acotado que se pueda sostener dentro del centro, por lo que comenta la posibilidad de que otras disciplinas puedan participar, como nutrición.

Por último, sobre el espacio con fonoaudiología para niñxs, señala que no necesariamente va a tratarse de un espacio con niñxs con dificultades fonoaudiológicas, sino que es pensado como un espacio inclusivo, donde se piense la capacidad de jugar, se le de un “lugar más de infancia que a veces no está tan claro en algunas familias. Los niños van perdiendo su lugar de infancia, quedan sumergidos a ciertos conflictos o cuestiones que se les demandan y no les dan espacios para expresarse” (Psicólogo entrevistado, 2022). Por eso lo plantean como un espacio para jugar, conocer otrxs niñxs y poder hablar de lo que les pasa.

En torno a este eje, puede resaltarse que los profesionales consideran el trabajo en grupos como una metodología funcional en situaciones donde los tratamientos individuales no

dan resultado. En este sentido, el taller de Mujeres descrito anteriormente, fue pensado como un dispositivo de salud mental porque busca construir redes sociales de cuidado, constituirse como un lugar de habla, escucha y encuentro, donde se comparta algo en común. A su vez, cuentan con el grupo de diabetes que realizan diferentes actividades, el cual también es planteado como un espacio de encuentro y socialización al mismo tiempo que promueve redes interinstitucionales como la cesión del espacio del Emder. Por su parte, el Psicólogo junto a la Fonoaudióloga están trabajando para constituir un taller para niñxs, no solo que posean dificultades fonoaudiológicas, sino para jugar, poder hablar en un espacio cuidado.

Sin embargo, por fuera del C.A.P.S son muy pocas las actividades o talleres que realizan debido a que luego esas personas no van a poder atenderse en la institución por la falta de recursos antes mencionada, lo que nos presenta nuevamente interrogantes acerca de la suficiencia de las acciones generadas para el abordaje de estos padecimientos.

2.g.El impacto concreto de la Ley de Salud Mental

El último de nuestros ejes de análisis, nos permitió enfocarnos en las modificaciones realizadas o evidenciadas en función de la Ley de Salud Mental. Desde mi experiencia en las prácticas de formación profesional y en función de la situación que motivó inicialmente la presente tesis, los lineamientos de la Ley de Salud Mental se han implementado con presencia en las instituciones, permitiendo interpelar algunas prácticas naturalizadas en los paradigmas tradicionales de abordaje de los padecimientos subjetivos propios de la salud mental.

En torno a esta dimensión, la trabajadora social afirma que con sus doce años de trayectoria en la Municipalidad, pudo observar modificaciones a partir de la Ley, pero agrega “-que como todas las transiciones- hay que darles un poco de tiempo porque una cosa es lo que

está escrito y otra es lo que sucede en realidad” (Trabajadora Social entrevistada, 2022). Desarrolla que sin desvalorizar a las personas que la escriben, el cotidiano en las instituciones no es sencillo. Señala que en algunas cosas se avanzó mucho y que en otras cosas falta algo intermedio que amolde lo “viejo” y lo “nuevo”, que es complejo porque no existen tantos recursos para realizar un acompañamiento a una persona con un padecimiento mental, sobre todo “cuando no hay red familiar”. Agrega que, aunque la disciplina del Trabajo Social en el C.A.P.S no cuente como un lugar dentro del área de salud mental, en otros dispositivos sucede lo contrario.

Por otro lado el psicólogo afirma que no notó un cambio en el C.A.P.S con la modificación de la Ley porque no está implementada. Su sanción la plantea como un empuje pero que se vincula a quien dirige las acciones de trabajo en general, aunque luego cada servicio busca sus formas y maneras de trabajo. Él plantea que no es lo mismo hacer visibles necesidades de ciertos pacientes para que puedan ser atendidos en un segundo nivel de atención que abarcar todo el primer nivel con atenciones individuales y médicas centralizadas, cuando la ley propone pensar las intervenciones más complejas y consensuadas donde el paciente es participe del proceso y en la toma de decisiones. En relación a este tema, refiere:

> Acá sigue siendo un discurso médico imperante y bueno, eso ordena mucho las intervenciones en salud mental. Si por ahí en estas cuestiones como el consentimiento informado, la formulación de los diagnósticos, la posibilidad a acceder a eso. El paciente ni preguntaba siquiera eso, ahora si se escucha y tiene que abordar esas cosas nuevas. Tiene derecho a saber cuál es su diagnóstico y todas las dificultades que eso trae también. No es fácil, en general el paciente se resiste bastante. Nosotros también nos resistimos, pero bueno el sistema de salud nos lleva a que nosotros tenemos que diagnosticar para poder evolucionar una historia, sino no puedo evolucionar. Le tengo

> que poner un diagnóstico si o sí. Por eso yo busco el más general, salvo que sea una cuestión muy evidente o que realmente le sirva al paciente para que pueda acceder a tal cuestión. Porque si no si es algo que va a impedir o va a generar marginación o le va a traer problemas, es preferible que uno no patologice. Porque me parece que eso también está generando todavía mucha resistencia a nivel comunitario. Hay bastantes prejuicios de quien va a terapia, a psiquiatría (Psicólogo entrevistado, 2022).

Asimismo, refiere que por un lado están quienes asisten por cualquier motivo, porque el psicólogo “tiene la solución”, y por otro lado quienes se resisten mucho a asistir. Señala que no ve un crecimiento en este Municipio en relación con el abordaje de la salud mental, sino que por el contrario está detenido. Destaca, a su vez, que este estancamiento no se debe al desconocimiento puesto que se trabajó la Ley, pero ese trabajo no se acompañó de políticas ni prácticas institucionales que acompañen el proceso de implementación. En la misma línea, señala que tampoco se instrumentó el presupuesto para que haya recursos destinados a la diversificación de los niveles de atención, manteniendo la atención sólo en “lo básico”.

En relación a este eje, puede verse que La Ley de Salud Mental trajo modificaciones en el quehacer profesional, y especialmente en las formas de concebir los problemas y necesidades del campo, pero que aún falta mucho recorrido para su plena implementación. Sin dudas, su sanción fue un avance en materia de derechos, pero cada servicio busca sus metodologías de trabajo para su efectividad con las condiciones laborales que tiene. Al mismo tiempo, existe un discurso médico imperante que ordena las intervenciones en salud mental.

Consideraciones finales

Este trabajo conducente a la finalización de la Licenciatura en Trabajo Social se propuso, por un lado, recuperar las problemáticas identificadas en las prácticas profesionales de intervención supervisadas y, por el otro, reflexionar sobre la importancia de las redes sociales de cuidado en la vida de las personas con padecimiento subjetivo. Para aproximarse a estos objetivos recuperamos debates sobre conceptualizaciones de salud mental, de lx sujetx, los dispositivos, las redes sociales de cuidado, el sistema de salud, la medicalización de las prácticas cotidianas, la Ley de Salud Mental N° 26657 y la vinculación salud-normalidad; así como también realizamos tres entrevistas a actorxs trabajadorxs del Centro de Atención Primaria de la Salud “9 de Julio” donde lleve adelante mis prácticas profesionales, decidiendo esta selección en base a que utilice como metodología de investigación la sistematización de dichas prácticas.

La presente tesis de grado no pretende aportar conclusiones acabadas y estáticas. Más bien, este escrito intenta aportar insumos para la construcción de conocimiento en el campo de la salud mental desde la disciplina de trabajo social y que pueda incorporar reflexiones e interrogantes para trazar caminos que conduzcan a replantear nuestras especificidades en este campo atendiendo a la centralidad de las redes sociales de cuidado.

Para comenzar con el análisis que se desprende de la sistematización desarrollada se desprende que la institución no cuenta con toda la planta de profesionales lo que imposibilita la conformación completa del área de Salud Mental. En consecuencia, la demanda poblacional supera numéricamente la capacidad de abordaje de lxs profesionales de la institución, limitando el acceso al derecho a la salud. Lo planteado anteriormente, es resultado directo de la falta de presupuesto destinado al derecho a la salud mental por parte del Municipio de Gral.

Pueyrredón, constituyéndose el Estado en uno de los sectores encargados de los trabajos de cuidado, responsabilidad y costo económico, incluyendo las políticas públicas (Batthayány, 2021).

En tal sentido, se cree que el área de salud mental no es ajena a este contexto, ya que no cuenta ni con el equipo de profesionales ni con el espacio adecuado, limitando la posibilidad de construir intervenciones con la comunidad, obturando la posibilidad de ampliar la cantidad de personas que podrían asistir. Una expresión que ejemplifica lo mencionado es la preocupación expresada por el psicólogo entrevistado frente a “traer gente que después no van a poder atender” (Psicólogo entrevistado, 2022). Sin embargo, a pesar de las dificultades, disciplinas como la Psicología y el Trabajo Social construyen intervenciones en instancias grupales con pacientes, abriendo así otras posibilidades para el fortalecimiento de las redes sociales de cuidado.

Por otro lado, al analizar el trabajo interdisciplinario, en tanto eje vertebrador de la Ley de Salud Mental 26.657, se evidencia que hay disciplinas que trabajan en equipo construyendo incluso espacios de atención conjuntos, porque consideran fundamental el intercambio de saberes disciplinarios y construcción de criterios desde lo múltiple. Sin embargo, no se ha conformado un espacio de diálogo y debate donde todxs lxs profesionalxs se encuentren y compartan sus perspectivas, ni tampoco ha existido la decisión de política institucional de promover dichos espacios de trabajo interdisciplinario, por tanto se libra a la voluntad y decisión de cada profesional.

En consonancia con esto, se cree conveniente indicar que lxs profesionalxs entrevistadxs del C.A.P.S manifestaron un trabajo interinstitucional por afinidad, resaltamos la importancia del diálogo y articulación entre instituciones. Sin embargo, nuevamente lo vinculan a voluntades y redes personales construidas a lo largo de sus trayectorias formativas y

laborales, no debido a una instancia institucional o formal. Como se mencionó a lo largo del análisis de las entrevistas, cuando lxs sujetxs requieren atención institucional recurren a diversas instituciones para obtener respuestas. Por lo tanto, pueden darse en simultáneo diversos acompañamientos o intervenciones que sean desconocidas por el resto de las instituciones. De aquí resta plantear, aunque escape a los objetivos de esta tesis, los alcances y limitaciones sobre la posibilidad de constituir una historia clínica única.

A lo largo del corpus de la tesis, fundamentamos la centralidad de las redes sociales de cuidado, partiendo de asumir que estas ocupan un lugar fundamental para la construcción de proyectos de vida de quienes poseen un padecimiento subjetivo. Sin embargo, no se observa en las entrevistas una consideración de estas redes como un eje vertebrador, al dialogar sobre procesos vitales que requieren un acompañamiento, solo aparecen la figura de lx profesional para esa instancia, no ocupando un lugar central las redes sociales familiares, comunitarias e institucionales de cuidado de las personas. No obstante, las propuestas de intervención grupal que lxs profesionales desarrollaron en el C.A.P.S. ponen en evidencia de forma implícita que lo grupal se constituye en un espacio primordial de cuidado, sostén y escucha para atravesar ciertos padecimientos o situaciones con otrxs.

Concretamente esta tesis buscó poner en valor el trabajo comprometido que realizan lxs trabajadorxs de la salud, la importancia de la escisión y acción estatal para garantizar la integralidad y el acceso al derecho a la salud. También abonó a visibilizar el esfuerzo que realizan las personas para acceder en situaciones complejas al sistema de salud y la importancia de las redes que acompañan sus procesos, que sostienen y cuidan. De esta manera necesitamos de “(...) instituciones que propongan construir marcos de encuentro disponibles para el contacto con el sujeto, recuperando las significaciones que lo relacional

tiene como forma de instituir subjetividad deseante: accesos reales y reconocimiento hacia lugares como derecho” (Arias, 2018, p.113).

En este sentido, para referirnos a una verdadera accesibilidad al derecho a la salud mental, es necesario no solo el conocimiento y la plena implementación de la Ley 26.657 sino también problematizar las estructuras institucionales existentes, las decisiones de las gestiones estatales e institucionales, los recursos materiales y simbólicos, las metodologías de trabajo, es decir, lo que concierne a la conformación de la institución en su integralidad.

Quisiera retomar el primer impulso que me permitió pensar está tesis que puede sintetizarse en la frase “nadie se salva solx” para poder animarnos a pensar en lo dificultoso y complejo que es pensarnos en soledad cuando estamos atravesando problemáticas sociales complejas. La existencia de otrxs que sostengan, cuiden y acompañen los procesos resulta de vital importancia. Las acciones y expresiones, las presencias y ausencias, los sentimientos, los apoyos y desprecios, los deseos y derechos, los rechazos y aceptaciones, el amor y el compañerismo. Sin duda, cada uno de estos componentes construye esas redes e influyen en la construcción subjetiva de esas personas y en la posibilidad de desarrollar un proyecto de vida. En el cual, nadie se salva solx pero nadie salva a nadie, sino que se propone construir desde lo colectivo donde las redes acompañan y alojan de la mano de un cuerpo normativo que reconoce y amplia derechos como lo es la ley N °26657.

Referencias bibliográficas y documentales

- Amico, L. (2004). *"Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental"*. Revista Margen, Edición N° 35. Recuperado de: https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html
- Angenot, M. (2012). *El discurso social: los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires: Siglo xxi.
- Badiou, Alain (2002) *Reflexiones sobre nuestro tiempo. Interrogantes acerca de la ética, la política y la experiencia de lo inhumano.* Buenos Aires, Ediciones del Cifrado.
- Bang, C. L., & Stolkiner, A. I. (2013). *Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes.* Revista: Ciencia, Docencia y Tecnología. Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Barrenechea, C.R, Obermann, M. F y Tallarico, M. E. (2011). *Del incapaz al sujeto de derecho*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Batthayány, K. (2021). *Políticas del cuidado*. Editorial: D.R.
- Blanco, S., & Nazarala, D. (2019) Algunos testimonios numismáticos que nos dejaron la «Revolución Libertadora» y la «Resistencia peronista».
- Bottinelli, M.M, Sagué, L y Valles, I. (2020). *Los procesos de transformación en salud mental comunitaria.* Recuperado de https://www.teseopress.com/territoriosequipos/chapter/capitulo-8-los-procesos-de-transformacion-en-salud-mental/
- Carballeda, A. (2009) *Trabajo Social y Padecimiento subjetivo.* Editorial: Espacio.

- Carballeda, A. *El territorio como dispositivo de intervención en lo social.* Recuperado de: https://diversidadcultural.unju.edu.ar/sistema/art_originales/EL%20TERRITORIO%20COMO%20DISPOSITIVO%20DE%20INTERVENCI%C3%93N%20EN%20LO%20SOCIAL.pdf
- Carballeda, A. J. M. (2012). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas.* Revista: Margen N°65.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2007). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos.*
- Chadi, M. (2000). *Redes Sociales en el Trabajo Social*. Editorial Espacio.
- Clemente. A (2018) *La accesibilidad como problema de las políticas sociales. Un universo de encuentros y desvinculaciones.*Editorial Espacio.
- Dabas, E. (2001). *Redes sociales: niveles de abordaje en la intervención y organización en red.* Recuperado de: https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/71292/345905/fi%20le/
- Dabas, E., & Perrone, N. (1999). *Redes en salud*. Córdoba, Argentina: Escuela de negocios FUNCER, Universidad Nacional de Córdoba.
- Dabas, E.; Casserly, O. y Lemus, J. (2010) *Módulo 9: Salud y redes*, Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- De Lellis, M. (s/f). *Reforma sanitaria y seguros de salud: apuntes desde una perspectiva de derechos*. Recuperado de: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/reforma_sanitaria.pdf
- De Souza Santos, B. (2009) *Una epistemología del Sur*. Buenos Aires: Clacso-Siglo XXI.

- Decreto/Ley 12628 de 1957. Por medio del cual se crea el Instituto Nacional de Salud Mental. 11de octubre de 1957.
- Deliberadamente. Mesa Intersectorial de Salud Mental Comunitaria de Mar del Plata. (2017) *Dispositivos de atención de salud mental y adicciones en el Partido de General Pueyrredón. Una herramienta de articulación para un abordaje integral.* Recuperado de: https://www.mardelplata.gob.ar/documentos/derechos_humanos/relevamientosaludmental.pdf
- Fanlo, L. (2011). *¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben.* http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf
- Freanco, T. B y Merhy, E. E. (2013) *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Editorial: Lugar.
- Granda, E (2004) *¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*
- Hermida, M. E. y Campana Alabarce, M. (2021). *Asistencia y otredad: sujeto, Estado y derechos.* Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social, 5 (9). 94-107.
- Laurell, A.C. (1982) *La Salud-Enfermedad como proceso social.* Cuadernos médicos sociales N° 19.
- Ley 27072, 2014. Ley Federal de Trabajo Social. 10 de diciembre de 2014. Recuperada de https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854
- Ley N° 2240: Ley Provincial de Salud Mental. Boletín Oficial Rio Negro del 06/10/1988. Sancionada 22/09/1988.
- Ley N°448. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Promulgada en el año 2000.
- Ley Nacional de Salud Mental N°26657.Promulgada en el año 2010.

- Manzo, María José. (2017). *Salud mental. Definición. Aproximación al concepto.* Nobleseguro.com. Retomado de: http://www.nobleseguros.com/pdf/Salud_mental_Definici%C3%B3n_Aproximacion_al_concepto.pdf
- Menendez, E. (2015) “*De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva”.* Editorial: Lugar.
- Meschini, P. (2018). *Sistematización de la intervención en trabajo social.* Mar del Plata, Argentina: Espacio Editorial Buenos Aires.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. *Salud y adolescencias LGBTI.* Recuperado en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/SaludLGBTI_6-2021.pdf
- Parra, M. A. (2014). *Nacer y crecer en plenitud: dispositivos de salud mental para el acompañamiento de niños y adolescentes, sus familias y familias gestantes. Zona sanitaria metropolitana de la provincia de Neuquén.* Revista de Salud Pública, 18(2), 61-69.
- Patiño, M. R. C. (2015). *La sistematización en Trabajo Social: entre la práctica y la investigación.* Libros Editorial UNIMAR.
- Prieto, M. S., & Tejerina, M. (2021) Pensar el bombardeo, la Fusiladora, la Noche de los Lápices a partir de la experiencia de Abuelas Relatoras. Espacios de crítica y producción, (56), 166-172.
- República Argentina. El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:N° 26.657. (2 de diciembre de 2010). Ley Nacional de Salud Mental. República Argentina. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto

- Rossi, A.V y Bustos, M.A. (2018) *De la Enfermedad Mental al Padecimiento Subjetivo. Transformación de las Prácticas desde la Perspectiva de Derechos* Recuperado de: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20755/20384
- Sautu, R. (comp.) (2005). *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación.* Buenos Aires: Lumiere.
- Sitio Oficial del Municipio de General Pueyrredón (s. a.) El Partido de General Pueyrredon, comprende las siguientes localidades y parajes: Ciudad de Mar del Plata. Disponible en: https://www.mardelplata.gob.ar/Contenido/el-partido-de-general-pueyrredon-comprende-las-siguientes-localidades-y Ley N° 2240: Ley Provincial de Salud Menta
- Sluzki, C. (1997) *La red social, frontera de la práctica sistémica* (Gedisa), citado en Dabas, E.; Casserly, O. y Lemus, J. (2010) "Módulo 9: Salud y redes", Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Soto E.C.J y Guinsberg. E. (2007) *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Editorial: Lugar.
- Stolkiner, A. (2005). Salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf
- Stolkiner, A. (2013) *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. Editorial: Psicolibro

- Stolkiner, A. (2016). *Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental.* Revista Soberanía: http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/
- Uribe Fernández, M. L., (2014). La vida cotidiana como espacio de construcción social. Procesos Históricos, (25), 100-113.
- Vignolo, J., Vacarezza, M. Alvarez, C y Sosa, A. (2011) *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Prensa Médica Latinoamericana: https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf