



REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Universidad Nacional de Lanús

Año 8 N° 11
Diciembre de 2021
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Año 8 N° 11
Diciembre de 2021
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg



ISSN: 2250-5768

Impreso en Argentina
Queda hecho el depósito de la Ley 11.723
Prohibida su reproducción sin la expresa
autorización por escrito.
© Los autores.

Director

Emiliano Galende

Editor Responsable

Daniel Fränkel



EDUNLA
COOPERATIVA

© Ediciones UNLa
29 de Septiembre 3901
1826 Remedios de Escalada, Lanús,
Provincia de Buenos Aires, Argentina.
(5411) 5533 5600 Int. 5124 / 2126
publicaciones@unla.edu.ar
www.unla.edu.ar

**AUTORIDADES DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**

Rectora

Dra. Ana Jaramillo

Vicerrector

Dr. Pablo Mario Narvaja

**Directora del Departamento
de Salud Comunitaria**

Lic. Elena Boschi

**Coordinador del Centro de Salud Mental
Comunitaria “Mauricio Goldenberg”**

Esp. Alejandro Wilner

**REVISTA
SALUD MENTAL Y COMUNIDAD**

Director

Emiliano Galende

Profesor consulto y miembro del Consejo Consultivo Honorario de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

Editor Responsable

Daniel Fränkel

Docente de grado y posgrado.
Universidad Nacional de Lanús.

Coordinación de Comité Editorial

Lic. Ana Cecilia Garzón

Universidad Nacional de Lanús

Lic. Tomás Pal

Universidad Nacional de Lanús

Comité Editorial

Alejandra Barcala

Universidad Nacional de Lanús.

María Marcela Bottinelli

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Silvia Faraone

Universidad de Buenos Aires

Ana Cecilia Garzón

Universidad Nacional de Lanús

Leandro Luciani Conde

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Tomás Pal

Universidad Nacional de Lanús

Mariano Poblet Machado

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Sergio Remesar

Universidad Nacional de Lanús. Universidad Nacional de

Quilmes

Cecilia Ros

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Alejandro Wilner

Universidad Nacional de Lanús

Débora Yanco

Universidad Nacional de Lanús

Comité Científico

Víctor Aparicio Basauri

Organización Panamericana de la Salud /OMS.

Paulo Amarante

Fundación Oswaldo Cruz (FiOCRUZ)

Cecilia Ausgburger

Universidad Nacional de Rosario

Valentín Barenblit

Centre IPSI, Barcelona, España

Eugenia Bianchi

Universidad de Buenos Aires

María Elena Boschi

Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Nelson de León

Universidad de la República (Uruguay)

Jorgelina Di Iorio

Universidad de Buenos Aires

Rubén Efron

Universidad Nacional de Lanús

Marcela Inés Freytes Frey

Universidad del Chubut

María Graciela Iglesias

Universidad Nacional de Mar del Plata. Universidad Nacional de Lanús

Celia Iriart

Universidad de Nuevo México (EEUU)

Alfredo Kraut

ex Secretario Letrado de la Corte Suprema de Justicia de la Nación

Emerson Elías Merhy
Universidad Federal de Río de Janeiro
Carla Micele
Universidad Nacional de Lanús
Mariela Nabergoi
Universidad de Buenos Aires
Natalia Ortiz Maldonado
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Gustavo Palmieri
Universidad Nacional de Lanús
María Pía Pawlovicz
Universidad de Buenos Aires
Ana Pitta
Universidad de Sao Paulo (Brasil)
Mario Rovere
Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires
Daniel Russo
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Alicia Stolkiner
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Francisco Torres González
Universidad de Granada, España
Flavia Torricelli
Universidad de Buenos Aires
Graciela Touzé
Universidad de Buenos Aires
Miriam Wlosko

Universidad Nacional de Lanús
Roxana Ynoub
Universidad de Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús
Graciela Zaldúa
Universidad de Buenos Aires

Diseño de cubierta e interior

Dirección de Diseño y Comunicación Visual
Universidad Nacional de Lanús

Suscripción y correspondencia

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar

ISSN 2250-5768

Impreso en Argentina.

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida la reproducción sin la expresa autorización por escrito.

© Los autores.

© Ediciones UNLa.

29 de Septiembre 3901

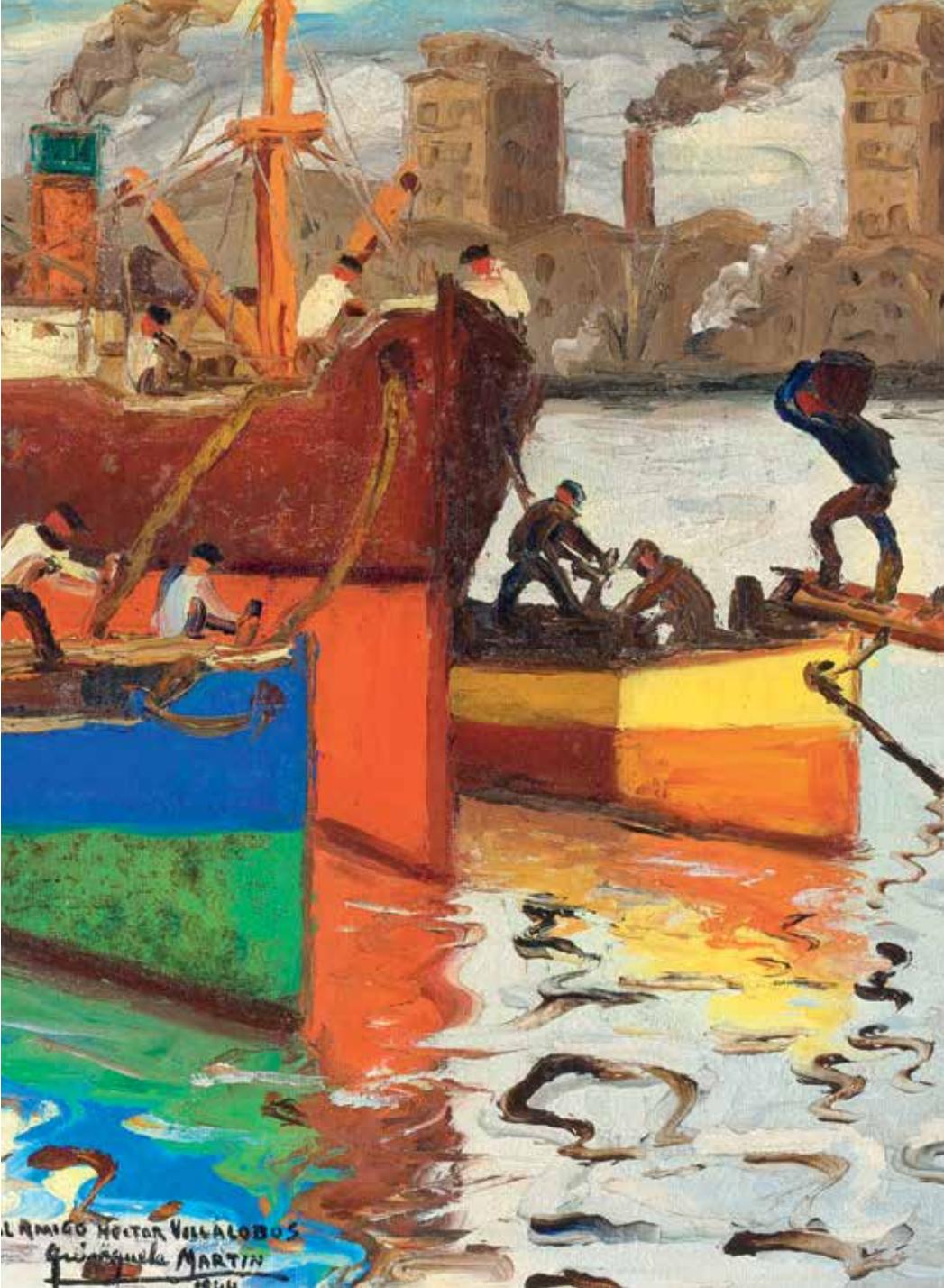
Remedios de Escalada - Partido de Lanús

Pcia. de Buenos Aires - Argentina

Tel. +5411 5533-5600 Int. 5124/2126

publicaciones@unla.edu.ar

www.unla.edu.ar/public



Índice

8 EDITORIAL

Emiliano Galende

14 HOMENAJE: Horacio González, in memoriam

Federico Galende

ARTÍCULOS

16 Salud Mental y enfoque de derechos. Brechas entre lo propositivo de la ley y las prácticas institucionales

Antonella Gallego Gastaldo

37 El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud. Factores estresores y protectores. Primeros resultados de la primera cohorte de una investigación internacional multicéntrica

Andrés Mecha, Rodrigo Ezequiel Jaldo, Romina Casali, Mirta Elvira, Analía Melisa López

58 Reflexiones en torno a los procesos de intervención en un dispositivo territorial atravesados por la pandemia.

Sofía Belén Taghlian

71 Notas sobre la dimensión polisémica de los cuidados: consumos de sustancias, género y pandemia. Un estudio de caso en población adulta del conurbano bonaerense sur

Luciana Rubel, Milena López Bouscayrol, Leandro Sabatini, Cecilia Pizzo

92 Registro en Salud Mental: Instrumento y Estrategia para pensar los procesos de atención durante la pandemia

Sabrina Ana Ballatore, Paula Boris

DEBATES

105 Aprendizajes y reflexiones sobre la salud mental comunitaria en pandemia

Marcela Bottinelli

113 ¿Qué pasará con el sistema de salud después de la pandemia?

Hugo Mercer

119 Transformaciones de la ritualidad mortuoria en contextos urbanos. Reflexiones en tiempos de pandemia

Paula Pochintesta

RESEÑAS DE INVESTIGACIONES

126 Salud mental en niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID en Argentina

Alejandra Barcala, Alejandro Wilner, Jorgelina Di Iorio, Flavia Torricelli, Ana Cecilia Augsburguer

135 Representaciones sociales sobre salud mental de

docentes y estudiantes universitarios de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición (UNLaM)

Daniel Fränkel, Mariela Angela Ferrari, María Victoria de León, Natalia Paola Osella, Cordich Virginia, Dario Sebastián Pertusi, Sabrina Cecilia Molina, José Antonio Marin, Karina Moreira



Emiliano Galende

Desde hace ya unos años se ha incorporado y aceptado que la prestación de cuidados de salud mental, y su tratamiento, sean prestados por un equipo de salud mental que representa a diferentes disciplinas. En la Ley de Salud Mental 26.657 esto se prescribe de modo explícito. Es decir: ya contamos con una legitimación e incumbencia legal, y también con una experiencia práctica en la formación de estos equipos en nuestro país, aun cuando al momento su presencia solo exista en algunos servicios de salud mental, especialmente aquellos de atención primaria y servicios de psicopatología y psiquiatría en hospitales generales, pero no son aun dominantes en la red de hospitales psiquiátricos y colonias. En este texto quiero hacer visible los aspectos epistemológicos y su funcionamiento en las prácticas de atención.

En diferentes disciplinas del conocimiento racional y científico ha tomado un fuerte impulso la epistemología de la complejidad. Cuando un fenómeno, natural, social, antropológico, no logra ser explicado por una causa única y una disciplina, se requiere de un conocimiento complejo que articula un conjunto de determinaciones del objeto de conocimiento y, por lo mismo, requiere de la integración de diferentes saberes y disciplinas, La complejidad del objeto de conocimiento requiere de una complejidad teórica para su conocimiento. No se trata solamente de una cuestión práctica,

sino de un problema epistemológico y del método mismo de conocimiento e investigación.

El sufrimiento mental humano es un fenómeno complejo que resulta de determinaciones múltiples: biológicas, psicológicas, sociales, culturales, tal como lo establece la Ley de Salud Mental argentina. Es bajo esta aceptación de la complejidad de su determinación que surgió la necesidad de su comprensión teórica, que requiere de diferentes saberes disciplinarios y su articulación, (más bien de su integración) en el método clínico de la comprensión del padecimiento y en las prácticas de cuidado y atención del sufriente.

Recordemos que hasta mediados del siglo XX las llamadas entonces “enfermedades mentales”, su diagnóstico, clasificación nosográfica y tratamiento, estaban regulados por la ley de Salud dictada bajo la dictadura del General Onganía que restringía estas prácticas a los médicos, asignando la incumbencia de su práctica al psiquiatra como especialista, y nombrando como “auxiliares” del mismo a psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, labor terapistas, especialmente para las prácticas de rehabilitación. Esta legislación era entonces dominante en casi todos los países occidentales. Se asignaba la hegemonía del pensamiento a la práctica del médico psiquiatra sobre el texto psicopatológico, es decir, la interpretación de los síntomas que expresaban la “enfermedad” y asignaba al psicólogo el dialogo

psicoterapéutico, al enfermero la administración del medicamento, al asistente social los problemas sociales del paciente, la rehabilitación labor terapeuta, etc.

Esta estructura de división de tareas respondía a una comprensión propia de la medicina: el texto de la enfermedad lo constituyen los síntomas psicopatológicos (incluidos si se observan los síntomas biológicos), diferenciado del contexto familiar, social, cultural, económico, etc., que son justamente el conjunto de aspectos de la vida real del sufriente. Se ignoraba que en el sufrimiento mental no existe tal separación de un texto natural de la enfermedad y un contexto familiar, social, cultural, económico. Ocurre que el texto psicopatológico, los síntomas que lo expresan, y las condiciones sociales, económicas, culturales, constituyen un Único texto del sufrimiento ya que resulta obvio que en el conjunto de la vida real del sujeto estas instancias están integradas. En esto consiste el entendimiento de la complejidad, que no es una suma de factores sino una determinación múltiple integrada.

Ya en el Documento sancionado por la Organización Mundial de la Salud en 1953 con la propuesta de la reforma del modelo de atención basados en los servicios de psiquiatría y especialmente el Hospital Psiquiátrico, hacia un modelo de atención y cuidados de salud mental, se sostiene la necesidad del pasaje de una “medicina mental”

a un modelo “psicosocial” de cuidados y atención.

En este nuevo paradigma surge la necesidad de un saber y una práctica de equipo interdisciplinario, se trata simplemente de reflejar en el conocimiento y en el método terapéutico la complejidad contenida en el sufrimiento del paciente. Este giro en el campo del sufrimiento mental y su abordaje terapéutico requiere de un examen más riguroso desde la perspectiva epistemológica y el método a desarrollar en las prácticas de cuidado. Como ya señalé en una editorial anterior, Salud Mental no es una disciplina, puede ser epistemológicamente entendida desde una transdisciplina y constituye un campo social específico (P. Bordieu). Cabe entonces poner en claro esta relación de la medicina con el conocimiento y las prácticas en salud mental

La medicina, que incluye a la psiquiatría como una de sus especialidades, ha sido desde siempre considerada como “el arte de curar”, más allá de los actuales y enormes apoyos de las ciencias biológicas, la genética, a física (especialmente en los diagnósticos), la energía nuclear, la matemática, y otras disciplinas. Claude Bernard en finales del siglo XIX fijó la definición de una “medicina basada en la evidencia”, para hacer una medicina racional que pueda incluirse en las ciencias naturales y basar su método objetivo de conocimiento. Este fue, y es aun, el éxito del método positivista en el conocimiento y práctica de la medicina. Los

fenómenos, en este caso los síntomas de la enfermedad, al igual que otros fenómenos de la naturaleza, deben explicarse por sus causas, esta es su exigencia epistemológica. La etiopatogenia es la base racional de la medicina, ya que la etiología de los síntomas son los que explican la patogenia, la génesis de la enfermedad. Esto tiene dos aspectos: dado que el cuerpo biológico de todas las personas que integran la especie humana presentan una identidad biológica, las normas que regulan su funcionamiento, la fisiología del conjunto de los órganos que conforman el cuerpo son internas al mismo, tienen carácter de ser universales, es decir, valen para todos los cuerpos humanos. Igualmente es posible afirmar que la verdad de la explicación causal de la enfermedad tiene también valor universal. Esta identidad biológica es la que nos permite diseñar protocolos de atención, diagnóstica y tratamiento, que tienen validez universal, pueden aplicarse a individuos de diferentes sociedades y culturas. Podemos agregar: biológicamente existe un sujeto normal, aquel cuya vida y funcionamiento responden a las normas biológicas (de allí alguien sentencio que la salud es el silencio de los órganos que forman el cuerpo, el cumplimiento de las normas de los mecanismos biológicos).

Esta epistemología positivista y este método de conocimiento causal no pueden aplicarse respecto a la salud mental y el sufrimiento psíquico. Los métodos

de la medicina no son abarcativos de la complejidad del sufrimiento mental. Desde el punto de vista de la subjetividad, los modos de significación, la conducta, la sensibilidad, la capacidad de juzgar y valorar, o siguiendo al sujeto kantiano, las facultades de pensar, sentir y valorar o juzgar, no son universales, no responden a normas universales como los mecanismos biológicos. Como enseño hace tiempo G. Canguilhem, las normas afectan al sujeto desde la sociedad, la cultura y la lengua del mundo que habita. Estas normas sociales y culturales son siempre históricas, locales, en general comunitarias. La historia, la cultura, el territorio, la sociedad, determinan la singularidad de los modos de pensar, la sensibilidad y los juicios de valor de cada sujeto. Aclaremos: las normas existen y regulan los comportamientos prácticos, los modos de significación y valoración en sentido amplio, pero cada sujeto incorpora la sociedad, la cultura, la lengua, en la estructura de su propia historia, familiar, social, comunitaria, cultural, económica, etc.

A diferencia de la identidad que rige la vida biológica, en la existencia real de las personas rige un principio de diferencia, nadie es totalmente idéntico a otro, aun habitando un mismo tiempo, una misma cultura, una semejante sociedad, una misma lengua. Esto hace que no podamos hablar de un sujeto psíquicamente normal, más allá de las semejanzas que

muestre con otros sujetos de su cultura, sociedad y comunidad, siempre estará la singularidad de su historia, de su modo de apropiación social, cultural, económica, comunitaria. Solo podemos hablar de su nivel de adaptación a las normas sociales, a los valores morales, a los significados comunes, a las reglas de comportamiento social, a los modos de vestimenta, etc. Por todo esto, en salud mental estamos obligados al “caso por caso”, es decir, respetar la historia singular de la persona en su existencia real. En resumen: el principio de identidad que rige la vida biológica, lo universal de la explicación causal y su equivalente de verdad que sostienen a la medicina, no rigen en el plano de la subjetividad, donde manda la diferencia, lo singular de cada vida psíquica, las determinaciones complejas de la vida que afectan la felicidad o el sufrimiento psíquico. Por esto la Salud Mental es parte de la Salud, pero no de la medicina en sentido estricto, La Salud como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definida como “estado de bienestar físico, mental y social”.

La existencia, siguiendo a Heidegger, pensar y entender al ser, requiere de la consideración singular de toda existencia. El texto psicopatológico de cada sujeto, los síntomas en los que se expresa su malestar, requiere revisar y entender las determinaciones múltiples de su existencia, qué sociedad habita, qué cultura, qué clase social, qué lugar ocupa en el ingreso económico.

Ya K. Jaspers a comienzos del siglo XX, en su valiosa obra *Psicopatología General* (1913) enunciaba que en el sufrimiento mental había que diferenciar dos modos, el de origen y causalidad biológica (demencias, psicosis tóxicas, retrasos mentales, lesiones, etc.), que llama “procesos patológicos”, cuya causa es evidenciable como quería Claude Bernard, de aquellos sufrimientos ligados a la biografía de cada sujeto, las vicisitudes de su vida, los conflictos atravesados, los acontecimientos sufridos, los recursos psíquicos para enfrentarlos.

Por las razones enunciadas entendemos que el equipo interdisciplinario de Salud Mental, más allá que esté integrado por profesionales de diferentes disciplinas, no asume su tarea solo desde su saber disciplinario. No se trata de un médico psiquiatra que hace diagnóstico psicopatológico, prescribe algún psicofármaco, confirma un diagnóstico diferencial de que se trata de un sufrimiento mental sin causas neurológicas o biológicas; un técnico que realiza un diagnóstico social; un psicólogo que encara una evaluación psicológica o asume un análisis o psicoterapia; un enfermero con entendimiento para el cuidado y seguimiento del paciente, etc. Se trata de saberes disciplinarios, pero también de percepciones, intuiciones por experiencia, capacidad de sintonía afectiva con el paciente, que se conjugan para la comprensión de la situación del sufriente. Cada miembro del equipo problematiza los diferentes puntos

de vista de cada disciplina, los roles posibles de cada uno, las prácticas definidas por la estrategia terapéutica. En este contexto el equipo establece en conjunto un diagnóstico de la situación del paciente, planifica un tratamiento posible, decide en que tarea práctica va a intervenir cada miembro del equipo, no necesariamente ligada a su disciplina. No se trata solamente de una articulación de las disciplinas de origen de cada miembro, se trata de una integración de saberes para una estrategia y una práctica planificada. Está claro que esta integración de saberes y experiencias, tiende a limitar el poder de cada disciplina en diagnosticar y tratar, a favor de construir un saber del equipo que define una estrategia de tratamiento coherente del diagnóstico de situación del paciente que han acordado. El objetivo es que la práctica que realice cada miembro del equipo con el paciente sea a la vez resultado de esta integración previa de saberes ya definida.

Lógicamente, la necesidad de esta atención por un equipo de salud mental es imprescindible en los casos de trastornos mentales severos (psicosis, depresiones mayores, adicciones, neurosis con síntomas graves, etc.), mientras que las neurosis comunes (conflictos actuales, depresiones, trastornos de ansiedad, etc.) pueden ser atendidas individualmente por los miembros del equipo. Esto tiene una razón: sabemos que es en las personas con trastornos severos quienes

con mucha frecuencia el daño social o cultural es dominante en la vida del paciente: además de los síntomas psíquicos actúan el desamparo social, la pobreza, la falta o precariedad de vivienda, la ausencia de familia continente, la migración, y exige que la atención de su sufrimiento incluya recursos sociales, habitacionales, estrategias de inclusión social y laboral, etc. En aquellos países que han avanzado con la reforma en salud mental (y está incluido en nuestra Ley de Salud Mental) los presupuestos de la atención no deben ser solamente del sector Salud, sino que deben comprometer recursos de otras áreas del Estado (trabajo, vivienda, ingreso económico, subsidios, dispositivos de integración social, etc.). Sabemos que la carencia o insuficiencia de estos recursos han llevado a gran número de pacientes a la internación asilar y la cronificación. Sabemos también que los hospitales psiquiátricos públicos que alojan a estos pacientes son sostenidos por los presupuestos del sector Salud cuando en la gran mayoría de los casos se trata de necesidades sociales. Resulta lógico que frente a una política que privilegia un modelo de atención integral en los Servicios del primer nivel y hospitales generales, se acepte que es el área social del Estado quien debe financiar los recursos necesarios para que la persona con sufrimiento psíquico pueda permanecer en la comunidad. Solo la integración de equipos de salud mental para el cuidado y la atención de estas personas

pueden garantizar los recursos necesarios para la recuperación e integración social de estas personas. Así lo prescribe la Ley 26.657 de Salud Mental y es necesario que quienes trabajamos en este campo nos comprometamos con el avance de su cumplimiento.

Emiliano Galende

Noviembre 2021



Horacio González, in memoriam

Murió hace apenas dos meses Horacio González, a quien no sería improbable que la memoria colectiva retenga como uno de los intelectuales más formidables de la Argentina. Su estilo era único, y se dividía entre una oralidad que comentaba con delicada amplitud el acumulado de páginas escritas por otras y otros, y un ensayismo que le permitía sembrar las ideas extrayéndolas directamente de una autobiografía intelectual simulada, recubierta por una capa de discreción. En este aspecto, se le podía aplicar la fórmula de Lucrecio, es decir: la de quienes sudan las atormentadas fiebres del mundo vestidos con los trajes de los humildes.

Horacio era distinto y a la vez era uno más, y por eso en sus charlas y sus disertaciones, que sembraba por todos lados, lucía los fraseos del improvisador libre que deja flotando en el aire volutas de pensamientos. Provenían de reuniones imprevisibles entre las cosas, con grupos de ideas que daban la impresión de sorprenderse entre sí. Esto se debe a que de las teorías de moda que giraban por los círculos académicos, él jamás retenía sus ejes centrales, sino apenas la masa escurridiza de sentimientos situados que habían llevado un día a que esas teorías existieran. En realidad, todo el lenguaje lo usaba así, como un rejunte de piezas entresacadas con elegancia de algún fondo marino. En este reposaban las zonas

de las teorías que habían sucumbido al naufragio, sobras con las que urdía nudos delicados entre las ciencias perdidas de los pueblos y sus figuras expresivas faltantes.

Difícilmente estas figuras Horacio las agrupaba en alguna síntesis efectiva; por el contrario, exhibían un dinamismo que las liberaba de las dentadas de los conceptos para dejarlas que se enlazaran por sus extremos menos previstos. Después se entendía: preparaba sus reflexiones macizas apelando a pequeños detalles que generalmente estaban fuera de cuadro. Así, los bostezos de la historia sacudían la vacuidad de la vida, adosando a la forma abstracta de las ideas una materia relampagueante. Esto hacía que en los aularios en los que hablaba, asomara lentamente un paisaje en el que las teorías irrumpían súbitamente, como barcos cargados de piratas saliendo de la niebla de las palabras.

Esos barcos atesoraban en su interior dilemas parecidos a los que él buscaba en el trasfondo de las conciencias que recorrían el peronismo. Ese peronismo suyo tenía siempre el tono de una anterioridad, que si él convocaba a cada momento era porque contenía la totalidad de los dramas de la existencia que le importaban: la lucha armada, el peso astillado de las conciencias, las soluciones precarias del arte de la política y el contraste de los rostros de los humildes en el que se dibujaba siempre un rictus de desamparo. De este preparado tan heterogéneo Horacio no extraía jamás re-

sultados o premoniciones, extraía el doloroso traspatio parlante del izquierdismo de los martirios y las derrotas.

En su calidad de militante perpetuo, esas derrotas sobra decir que las cargaba consigo, aunque matizadas por la elegancia de quien no se sentía a gusto narrándolas en primera persona. Como podrían notar sus lectoras y sus lectores, prefería siempre el “nosotros”, en el que si incluía algún pantallazo autobiográfico no era más que para fijar con un dato del existir cotidiano la memoria flotante de los desesperados. De eso trataban todos sus libros, que tendían con frecuencia hacia el mismo método: el de la autobiografía intelectual que se evapora en el macizo pensante de una trama colectiva.

¿Qué eran, entonces, aquellos libros? Eran arenas movedizas, que provenían de un mundo agrietado en el que el acto de respirar o vivir había equivalido alguna vez al de leer. Entonces no eran meros contenedores de teorías que podían aplicarse verticalmente a cualquier situación, tal como aconsejaba un pedregoso estilo académico de la época, sino las vigas endebles sobre las que se posaba una biografía incompleta, en proceso, a la que si por un lado le faltaba la parte del yo que la desmesura del presente le había arrebatado, por el otro contaba con el relleno de una forma de pensamiento que consistía en extenderse en lo impropio. Por eso los libros eran para él las cifras hablantes de un tiempo, de un lugar, de una edad de la idea.

Pasó la vida hurgando en esos revoltijos con la mirada afligida — pero entusiasta — del gran buceador de restos, que rebuscaba en los escupitajos de la historia los huesos de todas las batallas perdidas. Con esos huesos, portadores de sus propios sentimientos, construyó la última embarcación mitológica de la Argentina. En su interior viajaban recuerdos agolpados y una hilera infinita de nombradías, y en el rejunte había una apuesta, una invitación gratuita al nuevo inicio del pensamiento libertario de la nación. Era una nave de quillas humildes y velas fisuradas, a la que Horacio le hizo los más generosos retoques antes de marcharse y dejarla navegando sin él, como todas y todos deberíamos hacer siempre.

Federico Galende

Salud Mental y enfoque de derechos. Brechas entre lo propositivo de la ley y las prácticas institucionales

Antonella Gallego Gastaldo

Licenciada en Antropología
Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad
Nacional de Córdoba.

antonella.gallego@mi.unc.edu.ar

Resumen

Desde una perspectiva de derechos humanos que ha posibilitado la recuperación de la subjetividad de lxs usuarixs del sistema de salud mental, la Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en el año 2010, pone en tensión los discursos y prácticas ligadas a una configuración socio-histórica de la salud. Pero su puesta en marcha requiere de una coordinación y articulación de los distintos subsectores de salud que conforman el modelo nacional de gestión de la salud y, específicamente, del subsector público-estatal como efector de políticas sociales para un acceso universal al sistema. Por tanto, este artículo pretende situarnos en el marco y contexto normativo bajo el cual se llevan a cabo las demandas por el derecho a la salud mental en la ciudad de Córdoba, Argentina. Los intereses, las identidades y los sentidos políticos que entran en disputa, lo que posibilitará comprender la distancia entre los avances normativos y los mecanismos instituciones que median los procesos de transformación en materia de salud mental.

Palabras claves: Ley Nacional de Salud Mental - Derechos Humanos - Identidad - Subjetividad - Córdoba.

Abstract

From a human rights perspective that has rescue the users of the mental health system subjectivity, the National Law of Mental Health sanctioned in 2010, puts in tension the discourses and practices linked to a socio-historical configuration of health. But its implementation requires the coordination and articulation of the different health subsectors that defines the national model of health management and, specifically, the public-state subsector as an effector of social policies for universal access to the system. Therefore, this article tries to place us in the framework and normative context under which the demands for the right to mental health are carried out in the city of Córdoba, in Argentina. The interests, identities and political meanings that come into dispute, which will help to understand the distance between regulatory advances and the institutional mechanisms that mediate the transformation processes in the field of mental health.

Kew words: National Law of Mental Health - Human Rights - Identity - Subjectivity - Córdoba.

Introducción

Este artículo es parte de un trabajo de campo realizado entre abril de 2017 y octubre de 2018 durante el cual se dio un acercamiento al campo de la salud mental en la Ciudad de Córdoba. Buscando indagar en los discursos y prácticas de los profesionales del ámbito de la salud que median en la construcción de los diagnósticos de “enfermedades mentales”, se llevó a cabo la observación participante de distintos espacios físicos y performativos en los que convergen las redes de relaciones que lo conforman. Por tanto, los datos que se presentan a continuación surgen de diversas fuentes como casos de estudio, fragmentos de entrevistas publicados en revistas, entrevistas a actores clave y la participación en la organización de movimientos sociales asociados a las luchas que se producen hacia dentro del campo.

Este análisis tampoco podrá prescindir de incurrir en los modos en que el saber médico se actualiza en la relación que se establece entre las políticas públicas de salud planificadas y ejecutadas por los distintos niveles del poder estatal. Así como desde la práctica de los y las profesionales del campo de la salud mental.

En este sentido, la Ley Nacional 26.657, sancionada en el año 2010, presenta como necesaria la re-ade-cuación de la actual red de prestaciones ante la propuesta de “un proceso de atención que 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” (Ley 26.657, 2010). Asimismo, la incorporación de la noción de padecimiento subjetivo, por medio de esta ley, requiere de una red que permita la existencia de un vínculo entre los distintos elementos que se proponen para su total cumplimiento. Es decir, un dispositivo que contenga al sujeto e implemente estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para su abordaje tales como “consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas” (Ley 26.657, 2010).

Asumiendo que las transformaciones discursivas tienen efectos no solo materiales sino sobre los cuerpos y las subjetividades, como cualquier otra práctica social, se intentó analizar la naturalización de prácticas que, al reproducirse, vulneran los derechos de las personas mediante la persistencia de una lógica manicomial. Como también lo sugiere la permanencia de la

utilización del término “diagnóstico”, ya que continúa habilitando una serie de dispositivos que, en función de un control social, se traducen en una práctica de disciplinamiento de los cuerpos.

Por tanto, consideramos al Estado, en su función de garante de derechos, en sus diferentes niveles de gobierno, como una parte fundamental en el proceso de desmanicomialización propuesto para el tratamiento de la salud mental en el país. Por este motivo, como ya mencionamos, este artículo propone realizar un análisis sobre las normativas de salud mental y las condiciones sociales, políticas y económicas de producción de los servicios de salud que intervienen en su cumplimiento. Atendiendo, también, a las estrategias comunitarias de acción y disputa de sentidos que intervienen en la promoción de la salud mental a partir de la participación activa de los colectivos organizados en la lucha por el derecho a una salud mental respetuosa de la vida de los sujetos.

La persistencia del modelo manicomial a 10 años de la sanción de las leyes de Salud Mental y Adicciones

En materia de salud mental, en Córdoba, durante el año 2010 también fue sancionada la Ley Provincial de Salud Mental N 9.848. Ambas contribuyeron en el establecimiento de un “orden” de las narrativas de

este campo, al definir “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 No 26.657, 2010). De esta manera, el Estado nacional y provincial, entiende el estado de salud como consecuencia de una serie de procesos diversos y una complejidad de factores que definen al padecimiento mental no sólo como un problema biológico o psicológico. Consecuentemente, esta concepción, sugiere un cambio de perspectiva sobre los modos de abordaje de los padecimientos.

Durante el proceso de implementación de las leyes pareciera ser que, tanto los aspectos económicos, como las ‘voluntades’ políticas y profesionales, han tenido sus efectos sobre la cuestión jurídico-legal. Lo que ha generado un impacto decisivo en las posibilidades de concreción del proceso de transformación del área de la salud mental con el objetivo de propiciar la desmanicomialización y la construcción de un modelo comunitario para su atención, tanto en el primer nivel de atención como en el segundo y el tercero, es decir, las instituciones polivalentes de salud.

Para situar al lector en el contexto histórico y político en el que se llevan a cabo las demandas al Esta-

do por la implementación de las leyes, es preciso mencionar que el enfoque de derechos responde a un nivel macro-social, es decir, a las estrategias políticas de un modelo de salud y gobierno que se definen en base a la coyuntura histórica, política, económica y social.

Al recuperar en la reforma constitucional del año 1994 el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [PIDESC, 1976], la Nación Argentina adhiere al derecho a la salud como parte de los derechos humanos, cuyo cumplimiento no se reduce a la asistencia sanitaria sino que también se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos. A su vez, tanto el derecho a la salud física como mental, especificado en el artículo No 12 de este Pacto, se constituye como un derecho social, es decir, exigible jurídicamente, cuyo incumplimiento supone una violación a la Constitución Nacional. Obligando a las políticas gubernamentales a funcionar como prestadoras en el proceso de implementación de las normativas de salud mental. Pues, el Estado, al adherir a este Pacto, se compromete a garantizar y promover los derechos en torno a la norma universal.

En este sentido, cabe recordar el retroceso al que estas normativas se enfrentaron ante el cese del Estado nacional como garante de derechos, tanto para con los usuarios del sistema de salud mental como para con los trabajadores del área y todo el conjunto social.

Ya que, en septiembre del año 2018, el gobierno nacional degradó el Ministerio de Salud al rango de Secretaría dentro del Ministerio de Desarrollo Social, que fue renombrado como “Ministerio de Salud y Desarrollo Social”, de modo que se produjo un deslinde de responsabilidades del Estado para con la ciudadanía, teniendo efectos en el funcionamiento de las instituciones de salud, programas, recursos, entre otros.

Con la transformación del Ministerio Nacional de Salud a una Secretaría anexada al Ministerio de Desarrollo Social, sumado a un ajuste presupuestario, las metas de construcción de un sistema de atención inclusivo basado en la comunidad empezaron a percibirse como utopías para algunos de los agentes del campo de la salud mental local. En este sentido, según pudimos rescatar, el subsector público estatal de salud sufrió una reducción fiscal visibilizada en la subejecución del presupuesto, precarización laboral, cierre de programas destinados a atender demandas, falta de medicamentos e insumos básicos, desarme del plan nacional de vacunación y problemas edilicios. Lo que afectó a los principios básicos de disponibilidad, accesibilidad y calidad, establecidos por la normativa a la cual se adhiere. Posicionamiento que entendemos como una vulneración de los recursos sociales necesarios para la protección de la vida de una persona al poner en riesgo la integridad y el bienestar físico, psíquico y social de los sujetos.

Más cerca a la actualidad, en el mes de abril del año 2019, la Resolución Nacional 715/2019 *Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental* presentó recomendaciones de organización y funcionamiento para los establecimientos de Salud Mental del subsector público, privado y de la seguridad social. Esta resolución presentó una serie de recomendaciones basadas en el Modelo Comunitario de Atención, lo que “implicó el trabajo y la conformación de una Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad” (Redacción La Tinta, 12 de junio de 2019), al proponerse contribuir y beneficiar el cumplimiento al artículo No 27 de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. En este sentido, al establecerse la prohibición de crear en todo el territorio nacional nuevos neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados, y con el objetivo de sustituir progresivamente a las instituciones monovalentes que existen en la actualidad sin ser complementaria a ellas, se propuso que las instituciones monovalentes ya existentes deban adaptarse a los objetivos y principios de la mencionada ley y a la sustitución paulatina y definitiva de los establecimientos monovalentes por una red de servicios con base en la comunidad.

Asimismo, cabe destacar que estas pautas no establecieron un marco regulatorio obligatorio, sino que constituyeron “recomendaciones y sugerencias”

cias para ser consideradas para la adhesión por parte de las jurisdicciones en pos de la generación de políticas públicas en Salud Mental conforme los máximos estándares éticos y científicos en la materia” (Resolución General-E 715/2019). Este escenario, según pudimos rescatar en los medios gráficos locales, “reavivó los ataques corporativos a la Ley, con declaraciones y discursos de la Asociación Argentina de Psiquiatras, la Asociación de Médicos Municipales de la CABA y distintos profesionales médicos/columnistas que asiduamente visitan medios de comunicación; reivindicando a los Hospitales Monovalentes como piezas fundamentales del Sistema de Salud Pública, de manera contraria a los consensos internacionales actualizados en materia de Salud Mental; generando desinformación a la comunidad y profundizando la estigmatización de quienes padecen algún tipo de problemática de salud mental” (Redacción La Tinta, 12 de junio de 2019).

Del mismo modo, mediante un análisis de la evolución del presupuesto destinado al sistema de salud mental, podemos dar cuenta de una falta de compromiso de la jurisdicción municipal ya que, a través de los años, y hacia la actualidad, el porcentaje destinado al área no se ha visto modificado. Esta situación no solo produce brechas respecto a los recursos y coberturas, sino que también limita la transformación de los servicios.

Como parte de los recursos brindados por el

Estado, y los presupuestos destinados a lxs distintxs profesionales del campo de la salud mental pública, en Córdoba, también se visualiza la falta de compromiso en la concreción de políticas públicas de salud. Al respecto, una de nuestras informates clave del campo, de formación en psicología, miembro del Observatorio Provincial de Salud Mental y Adicciones, y trabajadora del Hospital Neuro-psiquiátrico Provincial, comentaba: “Psicólogos en el primer nivel de atención hay muy pocos, además hay equipos comunitarios que son de la provincia, porque en realidad cómo está organizado el sistema es que el primer nivel de atención es municipal, entonces los equipos de atención comunitaria que eran de Salud Mental de la provincia, bueno es como que los han ido dejando caer porque sería el primer nivel... están en los dispensarios que son de la municipalidad y en realidad siempre se habla que hay una red, digamos que el primero deriva al hospital general y el hospital general deriva al hospital psiquiátrico, pero bueno nosotros estamos pensando que todo el padecimiento se tiene que atender en el primer nivel. O sea, si es necesaria alguna internación, en el hospital general, pero que en el 2020 hay que sustituir todos los hospitales monovalentes... estamos muy lejos de eso. Ya han dicho que no lo van a hacer. Ya hubo una declaración tanto de Filipponi, como de Luciano Grasso a nivel nacional, que no lo van a hacer” (Gallego Gastaldo, 2019).

Como mencionamos anteriormente, la actualización de la Ley Nacional y la Ley Provincial de Salud Mental y Adicciones, incorporaron la noción de padecimiento subjetivo. Para su promoción se requiere de un primer nivel de atención de la salud que cuente con una serie de dispositivos de contención del sujeto distintos de los hospitales monovalentes. A la vez que se precisa de recursos humanos, técnicos, de infraestructura y el diseño e implementación de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para el abordaje de los padecimientos.

En este sentido, la escasa articulación de las jurisdicciones que generan una hiper fragmentación del subsector público-estatal de salud, contribuyó a producir organismos autónomos cuya superposición de funciones no solo genera relaciones jerárquicas entre los diferentes niveles, acentuando las inequidades en la prestación de servicios y recursos. Esto último también tiene sus efectos sobre la complementariedad de las políticas de salud impartidas por las distintas jurisdicciones que conviven en una misma ciudad, sin poder establecer mejoras en la calidad de vida de lxs usuarixs del sistema público de salud mental.

Con pastillas (no) todo es más fácil

A partir de la labor de los equipos de intervención interdisciplinaria de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de la Provincia de Córdoba, también

nos fue posible observar la incertidumbre que ronda la continuidad de las acciones interdisciplinarias a razón de las devoluciones que deben realizar a sus superiores dentro de esta Secretaría con el objetivo de conseguir el financiamiento económico de las políticas de prevención, comunicación y acompañamiento de los *padecimientos mentales*.

La modalidad de abordaje propuesta por la coordinación de esta Secretaría implica un acompañamiento que requiere del establecimiento de lazos con la persona afectada y su familia, vínculo que se genera y mantiene a través de varios encuentros. Por el tiempo que aquello requiere, no hay resultados rápidos que ‘demuestren’ la efectividad de la dinámica de trabajo propuesta por estos equipos interdisciplinarios. De modo que, tras señalar la dinámica de poder que rodea su labor, otra de nuestras informantes, médica pediatra con especialización en medicina comunitaria y coordinadora de estos equipos, expresó: “ojalá hubiera pastillas para todo, sería más fácil” (Gallego Gastaldo, 2019). Lo que visibilizó una racionalidad que parece abrir paso a un gerenciamiento de las políticas en el que la medicina ocupa un lugar privilegiado en la labor de intervenir en la vida de los individuos.

Por un lado, la pronunciación de esta frase puede ser abordada a partir del recurso del tiempo y lo que éste representa durante la formación y prácti-

ca médica, es decir, su posicionamiento como un recurso escaso entre los agentes del campo de la salud. Como también puede ser interpretada desde la presión que la dominación política, inscripta en la materialización institucional del Estado (Poulantzas, 1991), ejerce sobre los trabajadores de la salud para que respondan a sentidos y representaciones de los procesos de salud-enfermedad que han sido construidos a lo largo de la historia nacional general, y de la conformación del Estado provincial en particular.

Al mismo tiempo, es posible analizar aquello bajo la clave de la liquidez materializada en los vínculos modernos (Bauman, 2004) expresada en la expeditividad de un modelo médico de carácter hegemónico que se manifiesta en la calidad de los vínculos médico/paciente. A razón de ello, retomamos la consolidación de una relación entre la medicalización y mercantilización que el poder del aparato de Estado, entendido como un conjunto de instituciones públicas y privadas ubicadas en la superestructura (Poulantzas, 1991), ejerce sobre el campo de la salud en general. La amplia disponibilidad de productos farmacológicos, sumada a una naturalización de su consumo para la 'solución' de malestares físicos, en concordancia con un discurso tecnocrático oficiado por un Estado que incorpora la ciencia positivista en su discurso, nos permite acercarnos a la respuesta dada por esta informante como el producto de un es-

quema de pensamiento que opera a partir de respuestas 'técnicas' ante padecimientos de supuesto origen 'biológico'.

El discurso de esta agente del campo de la salud mental local también puede ser entendido como el resultado de una falta de recursos asignados al área específica de salud mental que, como señalaba la primera entrevistada, debiera comenzar por el primer nivel de atención, cuya responsabilidad es señalada en la jurisdicción municipal. Dinámica que, a su vez, visibiliza la falta de complementariedad de las distintas políticas estatales y la distinción de los recursos asignados al área de Salud Mental por cada jurisdicción. De modo que lo que no puede ser atendido en una instancia comunitaria, recae en los equipos comunitarios de la provincia que terminan por hacer visibles las jerarquías profesionales que se reproducen en la producción de los servicios de salud vigentes.

Como sugiere Díaz (2013), como parte del proceso de medicalización de la vida, la enfermedad es concebida como un problema social. Esto implica un diagnóstico preciso y, con el advenimiento de la industria farmacéutica, su tratamiento. En este sentido, esta trabajadora del hospital local también nos señalaba los efectos de las políticas económicas sobre los pacientes de esta institución: "En contexto de ajuste, eso refuerza estas ideas porque los tenemos a los pacientes más

sobremedicados. Como no tenés atención, con menos alternativas para equipos en los barrios, los equipos comunitarios... Entonces, sí, en contexto de ajuste se agudiza, se agudiza muchísimo” (Gallego Gastaldo, 2019).

Según esta entrevistada, las políticas de ajuste económico apelan a los tratamientos de tipo farmacológicos como una manera de prescindir de otros recursos técnicos y humanos. Ésto, a su vez, contribuye al sostenimiento de una jerarquía profesional que destaca la legitimidad de los médicxs como intermediarixs de una relación entre los sujetos y los fármacos, al tiempo que se mantiene la hegemonía de la industria farmacéutica. Asimismo, frente a una desestructuración de la racionalidad médico-científica que no puede contener a los padecimientos de carácter subjetivo por completo, la puesta en marcha de los procedimientos para la gestión de la salud y la vida, planteados desde una postura médica farmacocéntrica, es visibilizada y puesta en tensión desde los discursos de lxs trabajadorxs de las instituciones de salud del Estado.

Al tiempo de escritura de este trabajo, aquella disposición presupuestaria también era acompañada por la omisión de un Órgano de Revisión con facultades de control y determinación en las prácticas, tanto a nivel nacional como provincial. Al mismo tiempo, en el nivel local, nos encontrábamos con la inexistencia de un área dedicada exclusivamente a la salud mental

en la Municipalidad de Córdoba. Un nivel de atención que, como fue mencionado anteriormente, es priorizado por ambas leyes al hacer mención del carácter primordial del trabajo comunitario que debiera producirse en la atención primaria de la salud que debiera ser llevado a cabo en los dispensarios como instancia de atención que se encuentra a cargo de los municipios.

Esta desarticulación y falta de integración entre las diferentes políticas de gobierno y la acción comunitaria, fue planteada como problemática por estas trabajadoras del área de Salud Mental de la provincia al hacer referencia a esta instancia como la principal vía de entrada a la “salud mental”. Ya que, si bien se hizo explícito que lxs trabajadorxs de los dispensarios cuentan con una formación comunitaria, su labor queda exclusivamente ligada a aquel espacio físico y, al carecer de un programa de políticas municipales y provinciales integradas, lxs trabajadorxs del Área no cuentan con otros sitios que puedan ser destinados a la atención de estas problemáticas entendidas como de “salud”.

Ante este panorama, parte del reclamo de lxs trabajadorxs de la Secretaría de Salud Mental y Adicciones de la Provincia se enfoca en la falta de espacios públicos comunitarios que puedan ser cedidos por la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba. Muchos de cuales, cabe mencionar, actualmente se encuentran en desuso. Estas disputas pueden ser leídas como el resulta-

do de decisiones y 'voluntades políticas' que obstaculizan las transformaciones necesarias en el área de salud mental tendientes a una mayor ampliación de derechos, ya que ponen en tensión y postergan la implementación de los nuevos marcos normativos.

Salud mental, derechos y discapacidad: identidades desde un marco estratégico

Siguiendo el estado de la Salud Mental en la provincia de Córdoba, entre la sanción de las leyes y su efectiva implementación, como fue mencionado por una de las entrevistadas, en el año 2007 el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) presentó una investigación titulada *Vidas Arrasadas* sobre la situación de los hospitales psiquiátricos en Argentina y la segregación y el olvido de personas en estos asilos, lo que ubicó la temática en la agenda política a su vez que le otorgó un marco teórico para su análisis.

Previo a aquel trabajo de visibilización, es decir, antes que se retomara en la agenda pública a la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, la atención de los padecimientos se veía atravesada por prácticas de tortura que representaban una mayor frecuencia que la dada al momento de realizar este trabajo de investigación. Si bien la Ley Nacional parte de la presunción de capacidad de todas las personas, cabe destacar que en el año 2008 nuestro país ya había adop-

tado la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, que en su Artículo N 1 establece que "las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Presidencia de la Nación, 2008).

De este modo, se destaca que la discapacidad no *está* en las personas sino en la relación entre éstas y su interacción con el medio social, lo que facilitaría o dificultaría su integración en el medio físico y social. También fue señalado aquí el derecho básico a la autonomía personal, entendiendo que las personas con *discapacidad* 'social' deben tener la posibilidad de desarrollar su propia vida y contar con los apoyos necesarios para ello.

Como puede desprenderse de lo expuesto hasta aquí, el sistema de salud ha ubicado históricamente al paciente en un lugar de pasividad que ha contribuido a dotar a la categoría discapacidad de sentidos desacreditadores. Mediante categorizaciones estigmatizantes y argumentos de peligrosidad que se desprenden de los discursos sobre la "enfermedad mental", en tanto dispositivo histórico de sujeción, el modelo de atención médica más biologicista ha prescindido de la ca-

pacidad de toma de decisiones de los sujetos. En consecuencia, discapacitar a quienes son diagnosticados con patologías mentales, habilita la toma de decisiones arbitrarias en torno a las internaciones y/o tratamientos que, muchas veces, van más allá de la voluntad de los pacientes de las instituciones monovalentes.

Por esta razón, creemos necesario realizar un acercamiento a la discapacidad como una categoría reveladora de procesos históricos, de un modelo Estatal y de políticas públicas, que implica dinámicas de inclusión y exclusión que terminan por legitimar prácticas de abuso de autoridad sobre los sujetos. Esta categoría nos resulta útil, entonces, para develar y reflexionar en torno a las prácticas que vulneran los derechos de las personas, como lo son las internaciones prolongadas y/o los encierros, que influyen sobre la imposibilidad de romper el circuito institucional monovalente.

Al mismo tiempo, mediante la articulación del sujeto en las dinámicas del discurso, nos es posible hacer un análisis de las identidades como “puntos de adhesión temporaria a las posiciones subjetivas” (Hall, 2003). De este modo, proponemos situar a los sujetos como agentes dentro de un margen de acción estratégico, es decir, por fuera de un contexto que los subsume a la pasividad frente a las instancias de control institucional.

Esta categoría, en su sentido positivo, ubica a los sujetos padecientes en un rol activo que habilita el

reconocimiento como sujetos de derecho a grupos sociales que históricamente han sido excluidos; Instancia que se ve favorecida por la posibilidad de una práctica interdisciplinaria en el campo de la salud mental. En este sentido, tomar esta nominación como un concepto comunicacional, estratégico y posicional, permitiría la constitución de sitios de resistencia y empoderamiento de los sujetos así categorizados, en pos de acciones comunitarias.

Como señalara Hall, “[utilizamos] ‘identidad’ para referir[nos] al punto de encuentro, el punto de sutura entre, por un lado, los discursos y prácticas que intentan ‘interpelarnos’, hablarnos o ponernos en nuestro lugar como sujetos sociales de discursos particulares y, por otro, los procesos que producen subjetividades, que nos construyen como sujetos susceptibles de “decirse” (Hall, 2003: 20).

Citando a la Organización Mundial de la Salud, “el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente (...) y su goce se encuentra estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales

y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados)” (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En este sentido, la perspectiva de derechos humanos y de discapacidad en los modos de construir salud-enfermedad y, por ende, diagnósticos, resulta fundamental. El acceso a un sistema de protección de la salud capaz de ofrecer a todas las personas la igualdad de oportunidades para disfrutar del grado máximo de salud que pueda ser alcanzado, va de la mano de la concreción de los centros de Atención Primaria de la Salud (APS) propuesto en la última actualización de las leyes.

Desde una perspectiva que propone a la salud como un derecho, la concreción de centros de Atención Primaria de la Salud resulta clave para su configuración. Los centros de Atención Primaria de la Salud han sido ideados con el fin de acercar la ‘salud’ al hábitat de las personas. Esto conduciría a un cambio en las precepciones y sentidos que las comunidades tienen de la salud y, consecuentemente, sobre las subjetividades. Al apostar, entonces, por una lógica de salud que promueva sentidos superadores del carácter biológico y curativo, sobre el que se asienta el actual modelo de atención de los padecimientos, se busca ampliar la realidad que define a los padecimientos.

Este planteo nos conduce a (re)pensar desde qué estructuras, tanto materiales como de pensamien-

to, es promovida la salud actualmente, tanto en el contexto nacional como desde la instancia provincial y municipal; ¿es la salud producida y reproducida como un derecho, como estrategia de control social, o como un elemento más del actual sistema de mercado? Algunas respuestas pueden obtenerse al rememorar la configuración histórica del actual sistema de salud.

La medicina, como profesión, se ha legitimado tanto en el plano político como social a partir de su accionar en nombre del Estado, ‘quien’ ha cedido a esta disciplina el cuidado (o control) de la población en general y de las más vulnerables en específico. Por lo que se vuelve indispensable la adhesión y la puesta en práctica de una perspectiva de salud que suscriba a un sistema de derechos y obligaciones como responsabilidad de los distintos niveles gubernamentales de cumplir con el bienestar integral de la población.

Es así que, retomando el enfoque de derechos, la Ley Nacional N° 26.657 representa la concreción local del marco normativo internacional expresado en la convención previamente mencionada. Tanto la Ley Nacional como la Ley Provincial, sancionadas posteriormente y, por ende, enmarcadas en el paradigma de los derechos humanos, implican un reconocimiento universal a la dignidad de las personas con padecimiento mental. En este sentido, la presencia de los derechos humanos en los modos de construir salud, posibilita el

acceso a la salud como un derecho y pone el foco en la vigilancia de prácticas que los vulneran. Es así que resaltamos el hecho de que estas normativas implican una revisión de los servicios y dispositivos que han sido sostenidos hasta el momento de su sanción.

La presencia y sostenimiento de un enfoque de derechos en los modos de construir diagnósticos médicos se trata de un compromiso en primera instancia político para la comprensión, atención y trato de las aflicciones por las que las comunidades se dirigen (o no) a un centro de atención médico. Al mismo tiempo, su planteo posibilita otros sentidos en torno a lo que es o debería ser la “salud”, comenzando por disponer del efectivo acceso a ésta como un derecho. En este sentido, insistimos en la puesta en marcha de los centros de Atención Primaria de la Salud como un elemento fundamental en el trabajo de naturalización del derecho a la salud en las poblaciones, en oposición a su constante capitalización como parte de la oferta del mercado.

La mercantilización de la salud, como producto de un sistema de mercado que tiene injerencias en las decisiones políticas nos lleva, entonces, a preguntarnos desde dónde es coordinada la acción de los agentes de la política del cuerpo. En este contexto, la accesibilidad como política pública resuena como uno de los principales reclamos a los distintos niveles del poder estatal, lo que ha permitido la construcción de

agendas de derechos como de ciudadanía. Al tiempo que se generan alianzas con otros colectivos en pos de una mayor visibilidad, que se ven posibilitadas por el carácter transversal de la demanda de lxs usuarixs del sistema de salud mental.

Combatiendo el encierro en libertad

A través de este artículo, y en relación a lo expuesto hasta aquí, también nos proponemos dar cuenta de la modalidad específica de acción política y social que asumió el colectivo organizador de la 5ta Marcha por el Derecho a la Salud Mental en la ciudad de Córdoba, frente a los sentidos hegemónicos que definen al campo de la salud mental y como el desenlace de políticas de exclusión y vulneración con efectos desocializantes (Castel, 1991) que se inscriben por fuera de los marcos normativos, demostrando así, la necesidad de estos sujetos de intervenir en los espacios donde se desarrolla la vida social de la cual se posicionan como “excluidos”. Participación que nos ha permitido abordar las agencias que escapan a la lógica diagnóstica y al estudio clínico controlado.

El padecimiento mental definido únicamente como el producto de una alteración señalada en la psiquis de una persona y, por tanto, en el órgano del cerebro, como mencionamos en el transcurso de este trabajo, nos ha permitido establecer un vínculo entre la

patologización mental y el derecho moderno. Constituyéndose este último como un instrumento que posibilita la inteligibilidad de los actos criminales sin razón o motivo aparente.

De este modo, hemos logrado establecer un paralelismo entre quienes son llevados al hospital monovalente como sujetos judicializados y quienes son destinados al confinamiento dentro de la cárcel; y cómo este procedimiento contribuye a señalar la peligrosidad sobre quienes encarnan aquellas etiquetas diagnósticas. Por tanto, a partir de los aportes de Bauman (2014), sostenemos que el señalamiento de patologías mentales también reproduce un reparto desigual de miedos entre los miembros de la sociedad, así como un reparto selectivo de la inmunidad.

Siguiendo esta argumentación, interpretamos aquel decreto reglamentario del año 2017 como un retroceso en los intentos por derribar el carácter de privilegio que define a los derechos (en materia de salud mental) vigentes. Siguiendo las declaraciones del Centro de Estudios Legales y Sociales, este reglamento “lesiona y desnaturaliza el derecho a una defensa técnica de las personas usuarias, y establece que los abogados defensores deben ponderar la opinión del equipo tratante para no inmiscuirse en el esquema terapéutico, circunstancia que desoye la voz y los intereses de la persona usuaria. Además, establece que el juez designará

al defensor oficial impidiendo la actuación de oficio de acuerdo a la ley del Ministerio Público de la Defensa” (CELS, 2017).

Aquel artículo reglamentario también retomaba la lógica del modelo tutelar de sustitución de la voluntad al reconocer que una persona puede ser declarada completamente incapaz (mencionado en el Artículo No 26), en contradicción con las disposiciones del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (2015) que realiza un reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad erradicando la incapacidad absoluta. Este hecho también se ve reflejado en las demandas de los usuarios por justicia. Alegando la falta de reconocimiento como sujetos de derecho, basada en la condición diagnóstica y en la (in)capacidad para el ejercicio de los derechos que aquello representaría. De este modo, tanto la designación de diagnósticos, que en algunos casos no pueden ser comprendidos, como las medidas de seguridad curativas, ponen en riesgo el derecho a la autonomía de los sujetos (Monasterolo, 2019).

Los cambios en la normativa también quitaban de la competencia del Ministerio Público de la Defensa la designación de la máxima autoridad del Órgano de Revisión de la Ley, al adjudicársela al Ministerio de Salud de la Nación. De esta forma, la Autoridad de Aplicación de la ley sería la encargada de designar al respon-

sable de ejercer las funciones de control, estableciendo una nueva conformación plenaria que iba en contra de la deseada pluralidad de sectores profesionales, favoreciendo a los “acuerdos” intersubjetivos históricos que reproducen figuras que sólo existen ante los ojos de un modelo biomédico que se ha posicionado como hegemónico.

Lo expuesto hasta aquí da cuenta de un proceso político activo en el gerenciamiento de la vida y los cuerpos que no escapa a las actuales lógicas de mercado y gobierno que favorecen a un modelo históricamente configurado de producción de la salud y la enfermedad que, como pudimos observar a partir del caso analizado, desatiende la multicausalidad de los padecimientos y puede prescindir de las lógicas de cuidado.

A su vez, este giro normativo, no sólo vislumbra la constante tensión en la que se encuentran los sujetos excluidos del derecho vigente. También se devela como política configuradora de la estabilidad laboral de los trabajadores del área. Del mismo modo, a partir de lo consignado por el colectivo, se plantea que aquella inestabilidad del sistema de salud mental también afectaría a esos otros “anónimos”, es decir, esos otros desconocidos de los que dependemos (Butler, 2010). Por tanto, este discurso no solo refuerza la potencialidad política a partir de la vulnerabilidad social de los cuerpos, sino que también destaca la interdependencia

humana y el reconocimiento de los otros en la constitución de la subjetividad (Butler, 1997).

La interpelación, entendida como el acto de habla desde la otredad, es decir, desde el “afuera” (Dussel, 1993), nos permite analizar la consigna de la marcha como parte de un auto reconocimiento de los usuarios como sujetos ajenos a una comunidad que los excluye a través de la alteridad expresada en etiquetas impuestas por la institucionalidad vigente. Este acto performativo, que pone en tensión la normativa política y social imperante, producido por personas que no son parte de la comunidad de comunicación hegemónica (Dussel, 1993) se manifiesta a través de la alteridad que representan las categorías diagnósticas.

En este sentido, entendemos que durante la irrupción en el espacio público cotidiano, una de las estrategias argumentativas sea apelar a la exterioridad virtual de cada persona como un “otro” potencial. Aquello, no solo se exhibe como un modo de exigir la inclusión sino que también se enuncia ante la posibilidad de que las normativas hegemónicas establecidas puedan eventualmente afectar a los miembros “sanos” de la comunidad. De esta manera, interpretamos que apelar a aquella estrategia también se constituye y exterioriza como un modo de (re)distribuir el temor que supone ser excluidx de la sociedad.

A partir de la observación y la participación en la “5 Marcha por el Derecho a la Salud Mental”, observamos que una de las maneras de construir salud mental también se hallaba en su incorporación a otras luchas, y la legitimación de éstas, a través del pedido de reestructuración del diseño de las políticas públicas existentes que, a partir del reconocimiento de la salud mental como parte integral del bienestar, puedan responder a los intereses de los sectores más desfavorecidos de la comunidad.

Asimismo, mediante la visibilización del nivel de recorte de derechos y presupuestario, la agudización de cuestiones como el desempleo, la falta de acceso a la vivienda digna, a la salud, entre otros, se buscaba apelar e interpelar al total de la ciudadanía bajo la premisa de que la salud mental, efectivamente, está en lo “cotidiano”.

Generar un espacio de intercambio subjetivo con el fin de debatir los reconocimientos intersubjetivos, no solo posibilita revertir los términos que definen las subjetividades, sino que también se constituye en un modo de construir ciudadanía por fuera de los términos del poder gubernamental. De este modo, deseamos retomar la idea de precariedad que implica la vida social (Butler, 2009b), lo que registra el hecho de que nuestra vida siempre se encuentra en las manos de los otros que, en la mayoría de los casos, son anónimxs para nosotrxs.

Por tanto, la movilización política también puede ser definida como una acción que se lleva a cabo en pos socializar y compartir las experiencias y los sentidos que representan, para los usuarixs del sistema de salud mental, ser ubicadxs en una exterioridad absoluta como lo es la “locura”, ante una lógica y dinámica de las políticas de salud que vulnera los derechos de los sujetos. Del mismo modo, podríamos argüir que se apela a la “exterioridad” como una forma de presentar y comunicar la posibilidad de disenso frente a las lógicas sociales, políticas y culturales imperantes en torno a la salud mental.

Consideraciones finales

Como mencionamos, esta investigación forma parte de un estudio de enfoque antropológico, lo que supone un trabajo de campo desde un método etnográfico. Este método nos ha posibilitado un acercamiento a la comprensión de lógicas culturales desde un nivel de investigación micro. Lo que, a su vez, nos ha permitido una aproximación al objeto de estudio con miras a comprender e interpretar una realidad que interactúa con un contexto más amplio.

Durante este artículo deseamos explicitar una de las causas que incita y favorece a la construcción de la identidad del Colectivo Organizador de la Marcha por el Derecho a la Salud Mental, frente a las dinámi-

cas del poder establecido. La “otredad”, como fuente originaria de todo discurso posible (Dussel, 1993), al proyectar la salud mental como “una causa de todos”, produce y ejerce una estrategia argumentativa que ape-la al conjunto de la sociedad para la implementación de una nueva normativa. Según estos agentes, la demanda así posicionada, favorecería su visibilización y abordaje como una “problemática social”. Como hemos demostrado hasta aquí, las relaciones de poder limitan el devenir de los individuos, su reconocimiento como sujetos de derechos, sus corporalidades, y las opciones de voluntad. De modo que, al no poder ser ignorado o rechazado, el poder solo puede ser reformulado (Butler, 2007).

Por tanto, “salir a la calle”, es decir, la presentación de aquellos cuerpos ‘indeseados’ en el espacio público, no solo se constituye como una instancia que posibilita el intercambio subjetivo, sino que también se presenta como un modo de resistencia y reivindicación que, a partir de un “nosotrxs”, ejerce la libertad.

El sujeto pertenece a la trama histórica y como tal, se encuentra constituido por las relaciones de la estructura que conforman su subjetividad. Esto nos ha llevado a reflexionar sobre las categorías de nominación que se ejercen sobre los sujetos como ejercicios de poder que reproducen desigualdades. La patologización, sostenida desde un modelo que medicaliza al demarcar

una “desviación” en el “normal” comportamiento (fisiológico y/o social), en términos de derechos, se traduce en una incapacidad jurídica y en una normatividad que se reproduce en las políticas públicas.

A partir de este relato, observamos que la salud mental se ve anulada en el entramado social pero no en la subjetividad del padeciente. Ya que el malestar y/o sufrimiento, a causa del padecimiento que genera el circuito institucional, no encajaría en las normas y los roles sociales. Por este motivo, retomamos el concepto de *precaridad*, formulado por Butler (2009a), para referirnos a las vidas que, constituidas en relación a la vulnerabilidad social de sus cuerpos (como condición que amenaza su vida), conforman una identidad política que se moviliza junto con el apoyo de organizaciones de derechos humanos, académicas, profesionales y partidarias.

El ejercicio de la libertad emerge, entonces, como una resistencia a los términos del poder que excluye a los sujetos categorizados y los produce como imposibles de ser pensados. De este modo, la manera diferencial de distribuir la precariedad es puesta en tensión cuando hay un organización y movilización política en busca de transformar las condiciones sociales que hacen que una vida sea digna de ser vivida.

Con los cambios de gobierno, los lemas de la marcha han ido configurando una identidad y visibili-

zando la exclusión, la estigmatización y la exigencia de la plena vigencia de los derechos. Del mismo modo, se han sumado demandas en respuesta a las diferentes políticas que han surgido desde el poder gubernamental en materia de salud a lo largo de estos años.

La marcha, como práctica política, fue organizada y llevada a cabo en un contexto en el que se revela el incumplimiento de las leyes, en repudio al intento de las nuevas reglamentaciones, y frente a un estado concreto del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial que vulnera los derechos de usuarios y de trabajadoras. Ejemplo de ello es el deterioro de las instalaciones edilicias, los recursos humanos y materiales insuficientes y precarizados.

Como ha sido mencionado a lo largo de este trabajo, una de las propuestas de la ley es el fin de las instituciones monovalentes lo que, al momento de escritura de este artículo, lejos está de su concreción ante la falta de recursos y de articulación de redes para una efectiva prestación de servicios en los primeros niveles de atención. A 10 años de su sanción, podemos observar que no se han sentado las bases para el desarrollo de un sistema comunitario en el que se incluya la atención de la salud mental, ni programas de inclusión social, cultural y laboral, lo cual conduce a una imposibilidad de lxs usuarixs de poder pensarse a futuro por fuera de la institución. Ésto, como expresan

lxs usuarixs, demostraría la persistencia de las lógicas de pensamiento que entienden a la salud mental como un estado, y no como un proceso y parte integral de la calidad de vida de los sujetos. Por lo que se señala al Estado como el mayor responsable de la externalización y, por tanto, principal destinatario de la demanda “concreta” por el acceso a la salud mental como un derecho legítimo de la ciudadanía. Por estos motivos, es que entendemos que la demanda se dirige a revertir los términos de reconocimiento mediante cuestionamientos al poder institucionalizado (Bedin, 2015). Proclamar que *“la salud mental está en las calles”*, como lema principal, se lleva a cabo como un intento por conducir el reclamo por fuera de las vías institucionales para hacerlo “cosa de todos”. La ciudadanía, entonces, se construye través del ejercicio del intercambio con otros ciudadanos en un espacio donde su presencia es impensada. De este modo, al poner el cuerpo en el espacio público, mediante una puesta en escena en la calle que representa la libertad de habitarlo, se constituye como un modo de materializar el enunciado al hacer efectiva la demanda de libertad, considerada por los usuarios como “terapéutica”. Así, entendemos la consigna del año 2018 como una acción configurada en torno a la defensa del espacio público, al derecho a ocupar un lugar, a habitarlo y a las posibilidades de ampliar los universos de sentidos con el fin de revertir el posicionamiento subalterno.

La consigna de “estar en la calle” pone en crisis ciertas normas de exclusión a través de las cuales se intenta determinar quién puede ejercer la libertad. Por tanto, al enunciar que “la salud mental está en el encuentro con otros”, los sujetos se enfrentan al lugar de denigración y peligrosidad que históricamente los ha marginado. Aquello, no solo tiene el propósito de dar cuenta de los efectos de estigmatización que recaen sobre quienes sufren padecimientos mentales, que se ven agravados ante las etiquetas que los diagnósticos imponen, y los conduce a su muerte social y civil. Aquel discurso, también desea comunicar la construcción de un sentido de la salud mental que no está en el encierro ni en la segregación.

De este modo, a través de la propuesta de “combatir el encierro con libertad” se devela el funcionamiento asilar de las instituciones monovalentes que no hacen al cuidado de sus pacientes sino a su custodia bajo la hegemonía de las “medidas de seguridad curativas”. Ésta, se configura, entonces, como una invitación a repensar la salud desde sus posibilidades y potencialidades en el seno de la comunidad como un espacio de desarrollo y preservación, más que a partir de su pérdida. Por tanto, esta puesta en escena, es ideada y creada con el objetivo de iniciar una transformación social capaz de favorecer una (re) articulación de las relaciones sociales cotidianas y de

abrir nuevos horizontes conceptuales (Bedin, 2015).

Al hacer foco en temáticas como la presentada en este artículo, fruto de un trabajo de investigación más amplio, entendemos que éstas nos atraviesan en tanto nos posicionamos como sujetos con el poder de visibilizar ciertas lógicas a partir de la producción de conocimiento; así como también nos interpelan como individuos y miembros de una sociedad que se construye a partir del intercambio subjetivo. Es así que, desde este espacio de reflexión esperamos contribuir y alentar a la creación de múltiples espacios de análisis y debate que permitan tensionar los sentidos ya existentes, posibilitando, así, la construcción y/o visibilización de otros.

Por último, no quisiéramos dejar de señalar, como parte del compromiso político que el campo intelectual asume, la necesidad de un seguimiento tanto de los actores implicados en la lucha que los sectores dominados dentro del campo de la salud mental llevan a cabo, así como sobre las prácticas y políticas públicas que la condicionan; sino también resaltar la importancia de una participación activa en el reconocimiento y la visibilización de las demandas sociales como parte constitutiva de los modos de construir ciudadanía.

Bibliografía

Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. México DF: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Z. (2014). *Miedo Líquido: la sociedad contemporánea y sus temores*. Buenos Aires: Paidós.

Bedin, P. (2015). El ejercicio performativo de la ciudadanía a partir de la teoría de Judith Butler. *En Las Torres De Lucca. International Journal Of Political Philosophy*, 4 (6), p. 47-76.

Boletín Oficial República Argentina - Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud - Resolución 715/2019. (2019, 24 abril)Comunicado de prensa]. <https://www.boletin-oficial.gob.ar/detalleAviso/primera/206363/20190426>

Butler, J. (1997). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis.

Butler, J. ([1999]2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2009a). *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2009b). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 4 (3), pp. 321- 336.

Butler, J. (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J; Spivak, G. C. (2009). *¿Quién le canta al Estado-Nación? Lenguaje, política y pertenencia*. Buenos Aires: Paidós.

Castel, R. (1991). “La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión”. En: R. Castel. *El Espacio Institucional*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Centro de Estudios Legales y Sociales (Argentina); Mental Disability Rights International (2007) *Ruined Lives: Segregation from Society in Argentina's Psychiatric Asylums: a Report on Human Rights and Mental Health in Argentina*. Recuperado de: https://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf

Díaz, M. E. (2013). “Del disciplinamiento de los cuerpos al gerenciamiento de la vida. Mutaciones biopolíticas en el presente en torno a la construcción de la anormalidad”. En: *De Prácticas y discursos*, 2 (2).

Dussel, E. (1993). “La razón del otro: la interpe-
lación como acto de habla”. En: *Apel, Ricoeur, Rorty y la fi-
losofía de la liberación: con respuestas de Karl-Otto, Apel y Paul
Ricoeur*, p. 33-65. México: Fondo de Cultura Económica.

Gallego Gastaldo, A. (2019). Entrevista con
profesionales del campo de la salud mental de la pro-
vincia de Córdoba. Diario de campo.

Hall, S. (2003). “Introducción: ¿quién ne-
cesita identidad?”. En: Hall, S. et. al. (2003). *Cuestio-
nes de identidad cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.

**Ley Nacional de Salud Mental Argen-
tina N° 26.657** (2 de diciembre de 2010). Bole-
tín Oficial No 32.041. Buenos Aires, Argentina.

**Ley Provincial de Protección de la Salud
Mental N° 9.848** (28 de octubre de 2010) Boletín Ofi-
cial N° 208. Córdoba, Argentina.

**Ministerio de Justicia y Derechos Hu-
manos Presidencia de la Nación (2008, 6 ju-
nio)** Artículo 1: convención sobre los Derechos
de las Personas con Discapacidad. Recuperado de:
[http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-
xos/140000-144999/141317/norma.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-
xos/140000-144999/141317/norma.htm)

Monasterolo, N. (2019). *Medidas de seguridad
curativas y Derechos Humanos en Argentina. De la biografía
a la teoría*. Córdoba: Editorial de la Universidad Nacio-
nal de Córdoba.

**Organización de las Naciones Unidas
(ONU):**

- **[1976]** Pacto Internacional de Derechos Econó-
micos, Sociales y Culturales. Ministerio de Justi-
cia y Derechos Humanos de la Nación. Secreta-
ría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural.
- (2017, 29 de diciembre) *Salud y derechos
humanos* [Conjunto de datos]. Recupe-
rado de <http://tiny.cc/vqkmuz>

Poulantzas, N. (1991). “El problema del Estado
capitalista”. En: *Debates sobre el Estado capitalista. Estado
y clase dominante*. Buenos Aires: Imago Mundo.

Redacción La Tinta (2019, 13 junio). “Sa-
lud Mental: la avanzada de las corporaciones contra
los derechos”. Recuperado de: [https://latinta.com.
ar/2019/06/salud-mental-corporaciones-contr-dere-
chos/](https://latinta.com.
ar/2019/06/salud-mental-corporaciones-contr-dere-
chos/)

El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud. Factores estresores y protectores. *Primeros resultados de la primera cohorte de una investigación internacional multicéntrica*

Andrés A. Mecha

Lic. en Psicología (Universidad de Buenos Aires).
Doctor en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Docente e investigador en distintas universidades.

amecha@psi.uba.ar

Rodrigo Ezequiel Jaldo

Lic. en Psicología (Universidad Nacional de Córdoba). Docente e investigador en Universidad del Chubut.

rejaldo@udc.edu.ar

Romina Casali

Profesora y Doctora en Historia. CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). INHUS (Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales), Universidad Nacional de Mar del Plata.

romina.casali@gmail.com

Mirta Elvira

Psicóloga (Universidad de Buenos Aires). Doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Fundadora del Centro Cultural Camino Abierto. Asesora de la Legislatura de Río Negro. Docente e investigadora.

melvira@unrn.edu.ar

Analía Melisa López

Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.

analiamlopez83@gmail.com

Resumen

El presente artículo tiene por objetivo presentar los resultados de la primera cohorte de la investigación internacional multicéntrica “El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud”. El objetivo de dicha investigación fue evaluar el impacto de la pandemia, tanto en la salud mental como en otros aspectos psicosociales de las personas trabajadoras de la salud. Para el estudio se construyó un cuestionario online de 101 preguntas con los aportes de un comité internacional y se registraron 1020 participaciones. La encuesta incluyó preguntas de instrumentos tales como el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) o la versión en español del Patient Health Questionnaire (PHQ-9), aunque no con el fin de obtener conclusiones diagnósticas, sino hacer un cribado de posibles patologías. Los resultados de la misma expresan la relevancia de los cuidados, de lo vincular, lo local y las redes afectivas como factor protector; de abordar la salud mental desde una perspectiva comunitaria y no solo desde los aspectos biomédicos, para disminuir el sufrimiento. Procuramos una fundamentación situada que a la vez pueda contribuir a contrastaciones o generalizaciones que redunden en la diagramación de políticas y la potenciación de derechos.

Palabras clave: Salud Mental, Personal de Salud, Evaluación del Impacto en la Salud, Pandemias, Infecciones por Coronavirus.

Title

Stressors and protective factors: first cohort of multicenter international research “The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of workers in health Services”.

Abstract

The present article aims to present the results of the first cohort of the international multicenter research study “The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers”. The objective of this research was to evaluate the impact of the pandemic on the mental health and other psychosocial aspects of health service workers. For the study, an online questionnaire of 101 questions was designed with contributions from an international committee and 1020 participations were recorded.

The survey included questions from instruments such as the General Health Questionnaire (GHQ-12) or the Spanish version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), but not with the goal of obtaining diagnostic conclusions, but for screening possible pathologies. The results of this study express the

relevance of care, of the links, of the local and affective networks as a protective factor; of approaching mental health from a community perspective and not only from biomedical aspects, in order to reduce suffering. We seek a situated foundation that at the same time can contribute to contrasts or generalizations that result in the diagramming of politics and the empowerment of rights.

Keywords: Mental Health, Health Personnel, Health Impact Assessment, Pandemics, Coronavirus Infections.

1. Problema

Entendiendo a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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 (1), indetectablemente esta escena-clivaje del devenir humano requiere de ejercicios reflexivos sobre este indicador, su construcción y sus modos de aprehensión-análisis. Esta crisis se erige como excepción de la normalidad, interrupción de las rutinas, del sentido común, de la forma de organización del tiempo y el espacio, en lo laboral y la vida cotidiana.

Es preciso indagar, pues, sobre cómo se manifiesta la salud mental en las personas trabajadoras de la salud no solo en función del aislamiento físico, sino especialmente de la incertidumbre y la ausencia de previsibilidad, la crisis económica, los posibles traumas, la sensación de extrañamiento con uno y con el otro, la altísima exposición a posibilidades de contagio y el temor de contagiar a familiares cercanos, el impacto que provoca las muertes de los pacientes; en definitiva, el grado de angustia que todo esto provoca. Para ampliar la capacidad de respuesta a la pandemia en muchos países los servicios de salud tomaron medidas que incluyeron entre otras, el incremento de camas, la adquisición de los equipamientos específicos para tratar a las personas enfermas, la convocatoria a profesionales de la salud ya retirados y estudiantes de la salud y la reorganización de los equipos de trabajo (Nacoti et al. 2020). Esta serie de modificaciones en la estructura y funcionalidad de los servicios de salud implicó un aumento considerable de la carga laboral y del estrés en las personas trabajadoras de los diferentes centros sanitarios. A lo anterior se suma la situación de vulnerabilidad estructural previa a la pandemia, signada por ejemplo por factores como la baja remuneración, el pluriempleo, el deterioro de las instalaciones físicas y el equipamiento o la heterogeneidad entre los diferentes subsectores que componen el sistema de salud (OPS/OMS, 2012).

En contextos de este tipo, es esperable que el personal sanitario se sienta abrumado por la carga laboral, la falta de insumos y materiales para proveer tratamiento apropiado, por el miedo a contagiarse y a contagiar, por la falta de orientaciones técnicas y guías clínicas que le permitan operar apropiadamente, y por los sentimientos de aislamiento y soledad. Estudios recientes sobre las personas profesionales de la salud concluyeron que durante la pandemia, una de cada cuatro estaba sufriendo depresión y ansiedad, y una de cada tres, insomnio (Pappa et al., 2020) y que los efectos negativos podrían perdurar en el tiempo y conllevar el desarrollo de trastornos mentales de mayor gravedad en comparación a la población general (Brooks et al., 2020).

Además, en Argentina y en muchos países occidentales, las personas trabajadoras del sistema de salud en general recibieron un trato ambiguo. Por ejemplo, en los primeros momentos de la pandemia, la población aplaudía su labor como una forma de reconocimiento y agradecimiento (Sinay, 2020). Muchas publicidades, medios de comunicación y manifestaciones públicas también asociaron su accionar con la figura del héroe, agradeciendo que arriesguen su seguridad personal para ayudar a los contagiados con el virus (Insider Latam, 2020). Hasta personajes de la política de diferentes corrientes elogiaban sus esfuerzos y reconocían su vo-

cación de servicio (Casa Rosada, República Argentina, 2020; Prensa GCBA, 2020). Sin embargo, desde cartas, carteles y notas anónimas, algunas personas vecinas les pedían de manera simultánea que no convivan en los mismos edificios o barrios que ellas, porque los veían como una fuente potencial de contagio (Pérez Sarmienti, 2020; Santoro, 2020). Incluso parte del personal jerárquico y algunos de los decisores de salud adjudican al personal sanitario la responsabilidad individual de su contagio, sin tener en cuenta su mayor exposición al virus, que no siempre disponen de los elementos de protección o las condiciones de trabajo adecuadas y la misma pertenencia a una comunidad general con tasas de contagio en aumento. Esta perspectiva individualista, que les responsabiliza del contagio, se transforma en ocasiones en una forma de estigma que tiene como una de sus consecuencias el miedo a la sanción moral o material, el ocultamiento de los síntomas y las dificultades en el acceso a la atención y el tratamiento.

Existen diferentes maneras de reaccionar frente a un hecho traumático, por lo que es preciso contextualizar y complejizar los análisis sobre salud mental, a fin de contemplar la dimensión del impacto económico-social en particular y los determinantes sociales de la salud/ factores estresores en general. Con el estudio multicéntrico como eje, procuramos visibilizar datos y contenidos que ofician de fundamento a situaciones y

percepciones del ámbito laboral estructurales potenciadas por la pandemia o a aquellas generadas en este escenario imprevisto. En muchos casos se trata de sentires y aconteceres evidentes, pero que respaldados analíticamente y revelados podrían erigirse como plataforma de eventuales políticas públicas y/o derechos a legitimar.

Por otro lado, una experiencia concreta de análisis en red y con las ciencias sociales como artífice teórico-metodológico, sumando a este escenario de “no saberes” que produjo la pandemia y que hackeó las certidumbres de la “ciencia tradicional” y en el que las humanidades adquirieron protagonismo, al igual que “lo situado” en contraste/comparación con lo “diagramado”. La epidemiología crítica y la salud colectiva cobraron fuerza en esta coyuntura que se volvió prometedora, en aquello de la transdisciplina y la investigación académica como herramienta de cambio.

Sugerimos que la pandemia generó una situación ambigua en por lo menos un doble sentido. Por un lado, allí donde la pandemia permitió enaltecer los paradigmas teóricos que en honor a la salud como acto (intrínsecamente diverso), potencian sus determinantes sociales y la profundidad de los análisis epidemiológicos y las condiciones socio-económico-políticas que subyacen a los procesos de Salud Enfermedad Atención Cuidados (Breilh, 2003), habilitó cierta homogeneización biopolítica: con base en el temor propio de la in-

certidumbre, la medicalización preventiva y los centros hospitalarios de alta complejidad dieron resguardo y actualizaron de algún modo la preponderancia del modelo biomédico hegemónico. Por otro lado, pero parte de lo mismo, ciertas instancias institucionales de atención sanitaria se vieron atravesadas en sus posibilidades de autogobierno y micropolítica (Batista Franco y Merhy, 2016), en sus oportunidades de subjetivar los cuidados (Merhy, 2014) y personalizar [colectivizar] los procesos de acogida de los usuarios (Batista Franco y Merhy, 2016; Matumoto et al., 2009), en función de un condicionamiento tan externo y superior como nuevo y peligroso.

Sin pretensiones epistemológicas, cabe posicionarnos –una vez más, y más que nunca– en un “reconocimiento de lo nuevo”, “salir del caparazón de la normalidad” y “transitar de modo anfibio entre diferentes campos disciplinarios” (Almeida-Filho y Silva Paim, 1999). Porque en un mundo en constante mutación, “la ciencia se configura cada vez más como una práctica epistemológica de construcción de modelos, de formulación y solución de problemas”, “la práctica científica está continuamente produciendo y reconociendo objetos nuevos” y –con la categoría complejidad como el eje principal– “valoriza cada vez más la descentralización y la relatividad, la pluralidad y jerarquización de niveles de ocurrencia de proce-

sos, la diversidad de las relaciones entre los elementos componentes de un dado objeto modelo” (Almeida-Filho, 2006: 125). Sumando los impactos de esta excepcionalidad sobre las ciencias a la no linealidad de los procesos y lo multifacetado de los objetos, emerge una intersección donde posicionamientos tradicionales se amparan en explicaciones sociales y aquellos de corte integral potencian la faceta biológica.

Una síntesis que, aunque inherente a lo transdisciplinar y polisémico, coloca a la salud mental comunitaria en una secuenciación cíclica donde factores estresores –estructurales y extraordinarios– operan disruptivamente en lo que concierne a prevención-promoción y la recuperan como materia resolutive a través de los cuidados y factores protectores.

La *salud mental comunitaria* nos aporta no sólo una mirada integral sobre el contexto en donde se lleva adelante el estudio aquí presentado (Levav, 2009), sino también el trabajo interdisciplinario (Stolkiner, 1987, 2005) desplegado durante la pandemia, la necesidad expresada por los participantes de focalizar en los cuidados (De la Aldea, 2019) hacia el personal de salud y la importancia de activar las redes y los actores (Rovere, 1999), las redes comunitarias como “resistencia y capacidad de transformación y de apoyo social, con su poder y su carácter fortalecedor y facilitador en el abordaje colectivo del proceso comunitario de salud-enferme-

dad-cuidado de cuidados en salud” (Bang y Stolkiner, 2013: 141). Como veremos, en función de los resultados del estudio, deviene primordial proteger a las personas trabajadoras de la salud frente a la violencia en el lugar de trabajo, mejorar la salud mental y el bienestar psicológico no solo de las/los trabajadores sino también de los/las pacientes (OMS, 2020); prestar una especial atención al cuidado de las personas trabajadoras de la salud, en tanto personal esencial, población expuesta y sostén en esta cadena de cuidados. Procuramos una fundamentación situada que a la vez pueda contribuir a contrastaciones o generalizaciones que, lejos de tipologizar, redunden en la diagramación de políticas y la potenciación de derechos; una experiencia que aporte a las meditaciones que indefectiblemente debieran desprenderse de estas circunstancias explícitamente singulares.

2. Estudio Multicéntrico

En la República Argentina, el primer caso de Covid-19 fue confirmado por el Ministerio de Salud de la Nación el 3 de marzo de 2020, correspondiendo a la semana epidemiológica (SE) 10, por lo que el 12 de marzo de 2020 se amplió la emergencia pública en materia sanitaria establecida por ley N° 27.541 (diciembre 2019) por el plazo de un año a partir de la entrada en vigencia del decreto 260 (2), en concordancia con la

pandemia declarada por la Organización Mundial De La Salud (OMS). Hasta ese momento el número de personas infectadas en el mundo llegaba a 118.554 y el de muertes a 4.281, siendo 110 los países afectados (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020).

La pandemia comenzaba a impactar en nuestra región y de hecho el 26 de febrero de 2020 –con anterioridad incluso al primer caso– se inició la supervisión y vigilancia en los puntos de entrada al país (3). El decreto 260 (2020) buscaba adoptar medidas “oportunas, transparentes, consensuadas y basadas en evidencia científica” con el objetivo de “mitigar su propagación y su impacto sanitario”. El decreto facultó al Ministerio de Salud como autoridad de aplicación y declaraba el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio, para coordinar las acciones del sector público nacional, indicaba que “las personas que presenten síntomas compatibles con COVID-19 deberán reportar de inmediato dicha situación a los prestadores de salud, con la modalidad establecida en las recomendaciones sanitarias vigentes en cada jurisdicción” y suspendía temporalmente los vuelos internacionales de pasajeros. El 20 de marzo, con 14 prórrogas hasta diciembre de 2020, entró en vigencia el decreto 297, para prevenir los contagios mediante la imposición de limitaciones a la circulación de las personas y el distanciamiento físico obligatorio. Con períodos de aislamiento absoluto y otros de

distanciamiento social preventivo, impactó en la vida cotidiana del conjunto de la población argentina hasta llegar al final del año.

La evolución epidemiológica indica que hasta el 19 de marzo hubo en Argentina un solo deceso por COVID-19 y 31 casos. Si bien durante las primeras semanas los casos tenían como antecedente un viaje al exterior o el contacto con una persona enferma, hacia fines de mayo (SE 21) comenzó a registrarse transmisión comunitaria; es decir una situación en la que ya no es posible establecer nexos epidemiológicos. Para comienzos de septiembre el 95% de los casos se concentraban en Capital Federal y los partidos ubicados en los primeros cordones del conurbano, pero a mediados de ese mes otras provincias aumentaron dramáticamente su cantidad de infectados y nuevas muertes.

Este desplazamiento desde el AMBA (Área Metropolitana Buenos Aires) hacia otras provincias del país provocó que, para fines de septiembre, la mitad de los contagios diarios perteneciera a CABA y al conurbano, mientras el restante 50% al resto del país (Coronavirus Research Center, s.f.). Hacia octubre la pandemia afectaba a gran parte del territorio nacional: por caso para el día 9 se reportaron 15.099 nuevos casos y 515 nuevas muertes, lo que acumuló un total de 871.468 personas infectadas y 23.225 decesos en el mundo (Coronavirus Research Center, s.f.) y para fi-

nales de mes se dio un pico (SE 43), a partir del cual se daría un descenso hasta mediados de diciembre, pero sin llegar a los valores anteriores de aquel. Según información oficial, para el 28 de octubre de 2020 (SE 44), 1.130.533 eran los casos confirmados y 30.071 las personas fallecidas acumuladas. Nos interesa remarcar que en dicho momento álgido de la pandemia la situación entre los trabajadores y las trabajadoras de la salud implicaba 52.285 infecciones y 292 personas fallecidas (Ministerio de Salud, 2020).

Si bien la evolución epidemiológica implicó una ralentización de los contagios, como vimos, es cierto que desde marzo de 2020, las personas trabajadoras de la salud debieron sobrellevar desempeñarse en un territorio directamente atravesado por tensiones y presiones, de enorme gravitación material y subjetiva. Fue de inmediato, pues, que se conformó el grupo internacional multicéntrico que procuró monitorear, analizar y evaluar las consecuencias de esta situación en las personas trabajadoras de la salud y del cual comenzaron a formar parte algunos nodos académicos de nuestro país.

El estudio, originado en Chile, es llevado a cabo por una red de colaboración internacional, formada por instituciones sanitarias y académicas de diversos países de Latinoamérica y el Caribe (Argentina, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala, México, Puerto

Rico, Bolivia, Brasil, Chile, Uruguay y Venezuela), de Europa (España, Italia, Holanda, Alemania), Armenia, Medio Oriente y África del Norte (Líbano, Turquía y Túnez), en África Subsahariana (Nigeria), así como de Asia (India, Japón) y Oceanía (Australia). En Argentina, durante el año 2020, participaron equipos de cuatro provincias según un criterio signado por la convergencia previa en redes de trabajo nacionales e internacionales: Buenos Aires, Chubut, Mendoza y Río Negro.

A estos participantes se han agregado otros, y cómo consecuencia de los fuertes lazos de colaboración y la construcción de acciones colectivas que vienen desarrollando, se ha creado la Red Argentina de Salud Integral y Cuidados (RASIC). Esta red busca impactar en el bienestar de las comunidades con las que interactúa como en las políticas públicas vinculadas a la calidad de vida de las personas trabajadoras de salud de las regiones que la componen.

La investigación consistió en un diseño de cohorte prospectivo durante un año, con una evaluación al inicio y un seguimiento a lo largo de 2 años cada 6 meses. En estos cortes además de establecer comparaciones, se introdujeron nuevas preguntas en la encuesta, dando cuenta de los cambios que se produjeron en la forma de enfrentar la pandemia: por ejemplo el desarrollo de vacunas, que en la fase inicial de este estudio no estaban desarrolladas aún. El estudio estuvo

destinado al personal sanitario, incluyendo tanto a profesionales como a no profesionales, trabajadores vinculados a la administración, mantenimiento, transporte y otros.

El 1 de junio se inició en Argentina la difusión previa de la encuesta, para comenzar a visibilizar el estudio. A partir del 23 de junio se enviaron las primeras invitaciones a participar mediante el uso de correos electrónicos, redes sociales y mensajes de WhatsApp a contactos personales y profesionales de quienes llevaban a cabo la investigación, y a referentes de cada área. Aquellas personas interesadas en participar completaron un formulario de contacto en donde informaban su email, y posteriormente el equipo de investigación les enviaba un correo electrónico con la información detallada de la investigación y sus derechos como participantes, cumpliendo con la instancia de consentimiento informado. Si las personas deseaban continuar, podían acceder a la encuesta online desde un enlace que se ofrecía al final del correo informativo. Mediante este método, se anotaron para participar 850 personas.

Además, se adoptó la estrategia de muestreo de “Bola de Nieve”, donde se contactaron participantes claves que podían, a su vez, interpelar otros grupos de potenciales participantes y, de ese modo, ir aumentando la muestra gradualmente. Sin embargo, el equipo decidió modificar a partir de septiembre la metodología

de la difusión de la encuesta, por lo que los consiguientes mensajes de difusión incluyeron el enlace directo a la misma.

Para la evaluación inicial se construyó un cuestionario online de 101 preguntas con los aportes de un comité internacional. La encuesta se desarrolló con una lógica condicional, la cual permitió desplegar preguntas adicionales en función de las respuestas previas. Esto implicó que no todas las personas tuvieron que responder la totalidad de preguntas del cuestionario. La encuesta incluyó preguntas de instrumentos de evaluación psicológica con propiedades psicométricas conocidas para Argentina, como el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) (Burrone et al., 2015) y la versión en español del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Urtasun et al., 2019). Es importante aclarar que si bien estos 2 cuestionarios se utilizan para el diagnóstico clínico de trastornos como la ansiedad y la depresión, nuestra utilización no tuvo como objetivo obtener conclusiones diagnósticas, sino hacer un cribado (screening) de posibles patologías.

La muestra estuvo compuesta por 1020 participantes. Podían participar personas residentes en cualquier provincia. La distribución geográfica fue la siguiente: Mendoza 408, Río Negro 202, Buenos Aires 177, Chubut 164, otras provincias 69. Respecto al género, 80% de las personas participantes se identificaron

con el género femenino, 19,7% con el género masculino y un 0,3% otro género, lo cual es congruente con lo sugerido en otros estudios sobre una composición profesional por género del sector Salud en Argentina altamente feminizada, principalmente en los niveles con menor jerarquía (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2019). La edad promedio de quienes respondieron la encuesta fue de 41.72 años, en un rango que fue de los 21 a los 70 años. El nivel educativo entre quienes respondieron la encuesta estuvo distribuido de la siguiente manera: 16,7% con un nivel de escolarización técnico-profesional, 36,7% universitario, 33% con estudios de postgrado y el 13,6% sin estudios terciarios.

Respecto al ámbito laboral, el 56,1% de las personas que participaron en la muestra desempeñan sus tareas en un centro de salud hospitalario, el 25% en un centro de salud no hospitalario, el 12,2% en otras unidades fuera de un centro de salud y el 6,7% restante lo hace en una unidad administrativa fuera de un centro de salud. Por otra parte, 84,9% de las personas entrevistadas tienen al sistema de salud público como principal empleador. En cuanto a la distribución de la profesión, 23,6% corresponde a Medicina, 14,2% a Enfermería, 12,2% a personal administrativo y 10,9% a Psicología, el 39,1% restante está conformado por trabajadores sociales, trabajadores comunitarios, agentes sanitarios,

personal de limpieza y mantenimiento, nutricionistas, auxiliares, técnicos de laboratorio y de farmacia.

2.1 Resultados

Se utilizaron 2 escalas psicológicas para inferir las condiciones respecto a la salud mental de las personas participantes. Si bien los dos cuestionarios utilizados se diseñaron originalmente para realizar diagnósticos clínicos, en este caso solo se los utilizó para indagar el sufrimiento mental de las personas trabajadoras de salud. Uno de los tests empleados fue el PHQ-9, es un instrumento que se utiliza para identificar la gravedad de los síntomas en personas con trastornos depresivos, con una puntuación de 0 a 27 puntos. La reciente validación del PHQ-9 en Argentina propone considerar como puntos de corte para evaluar la intensidad de los síntomas la siguiente escala: nula (0 a 5 puntos), leve (6 a 8 puntos), moderada (9 a 14 puntos) y grave (15 a 27 puntos) (Urtasun et al., 2019). Las encuestas analizadas arrojaron un promedio nacional de 6.8 puntos (5.3 DE), con una distribución del 46.2% sin síntomas, 23.4% con intensidad leve, 21% con intensidad moderada y 9.4% con intensidad grave.

Estos resultados sugieren que un 53.8% de las personas encuestadas presentan algún sufrimiento asociado con síntomas de depresión. Por ejemplo, 38.7% de las personas indicó sentir un enlentecimiento del

habla o de sus movimientos, el 56.6% manifestó dificultades para concentrarse y el 68.1% dificultades para dormir; 66.2% presentaron una disminución de la sensación habitual de disfrute de sus actividades cotidianas y el 48.3% una disminución de la sensación habitual subjetiva de felicidad (considerando todos los aspectos de sus vidas); el 56.5% manifestó evitar recuerdos, pensamientos y/o sentimientos angustiosos cuando no está trabajando.

De manera complementaria, se utilizó el GHQ-12 para valorar los niveles de salud mental, detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos. La validación argentina considera los valores de 0 a 14 del GHQ como indicadores de ausencia de psicopatología, de 15 a 18 como psicopatología subumbral, y de 18 a 36 puntos como indicativos de presencia de psicopatología (Burrone et al., 2015). Los resultados de la encuesta llevada a cabo señalaron un promedio de 14.7 puntos (DE 6.2), con 21% de las personas encuestadas coincidiendo con niveles de morbilidad subumbral y 25.5% con niveles de presencia de morbilidad. La sumatoria de ambos puntajes arroja valores muy similares a los del PHQ-9. Es decir, 53.8% de personas con algún grado de intensidad de síntomas de depresión. Este dato toma mayor relevancia si observamos que el 92.3% de las personas encuestadas indicaron que no tenían ningún tipo

de diagnóstico de salud mental previo a la pandemia.

En la encuesta se evaluó también el miedo a contagiarse y contagiar a seres queridos. En lo referente al temor del contagio propio, el 19.8% de las personas encuestadas respondieron que el temor era muchísimo, el 35.2% que el temor era mucho, mientras que el 40.4% manifestó que le preocupaba poco y 4.6% nada. El miedo aumentó cuando se preguntó sobre el temor de contagiar a sus seres queridos. En este caso, el 57.9% respondió que era muchísimo, el 29.4% era mucho, 11% poco y el 1.6% nada. Es decir, que el 55% tenía “mucho o muchísimo” temor a contagiarse, mientras que sentir “mucho o muchísimo” temor a contagiar a seres queridos es del 87.3%. Ambos miedos podrían considerarse estresores de relevancia, ya que se observaron 2 correlaciones positivas significativas de $\rho = 0.194$ ($p < 0.01$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de preocupación en contagiarse, y de $\rho = 0.21$ ($p < 0.01$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de preocupación en contagiar a sus seres queridos. En otras palabras, el miedo a contagiarse o contagiar podría contribuir de manera directa en el aumento de los síntomas de la depresión. En relación con los contagios y potenciales factores protectores, cabe mencionar que se consultó sobre la formación y entrenamiento recibido para evitar el contagio por COVID-19. El 72.4% respondió que recibió formación en su lugar de trabajo, el 24.4% fue-

ra del lugar de trabajo y el 16.1% manifestó no haber recibido entrenamiento o formación específica. Es importante aclarar que en esta pregunta las personas encuestadas podían responder a más de una opción, por lo que la sumatoria porcentual excede el 100%. En otras palabras: hubo personas que recibieron formación tanto en su lugar de trabajo como fuera del mismo.

También, en cuanto a factores protectores, respecto a la necesidad de apoyo psicológico (independientemente de haberlo recibido o no desde el inicio de la pandemia), el 45.5% de las personas encuestadas expresó la necesidad de recibirlo, aunque solo el 39% lo recibió efectivamente. El 16.1% indicó que recibió apoyo psicológico presencial y el 22.9% a distancia. Entre los que lo recibieron en formato presencial, el 52.6% consideró que le ayudó en alguna medida y el 12.8% cree que le ayudó mucho; mientras que el 47.8% de los que recibieron apoyo psicológico a distancia consideró que le ayudó en alguna medida y el 24.7% cree que le ayudó mucho.

A su vez se preguntó acerca de la confianza en el Gobierno Nacional para enfrentar la pandemia, el 14.3% respondió que no confía nada en absoluto, el 27% que confía un poco, el 26.7% que confía algo, el 26.4% que confía mucho y el 5.2% que confía muchísimo. Estas cifras mejoraron cuando se preguntó por la confianza para enfrentar la pandemia en la institución

en donde trabajan: 8.6% respondió nada en absoluto, 20.1% un poco, 27.3% algo, 37.3% mucho y 6.7% muchísimo. Es fundamental acotar que existió una correlación negativa significativa de $\rho = -0.182$ ($p < 0.01$) entre la confianza en la capacidad del lugar de trabajo para enfrentar la pandemia de COVID-19 y la puntuación con el PHQ-9. Una posible interpretación de este resultado es que a mayor confianza en la institución de trabajo es ligeramente menor la intensidad de los síntomas depresivos (*ver Tabla 1*), lo que resulta un elemento relevante para el diseño de políticas públicas de cuidados destinadas al personal de salud.

Otros factores protectores que surgen de las respuestas se relacionan con que el 81.8% de las personas encuestadas señala que siente que cuenta con una red fiable de compañeros y compañeras de trabajo y el 93.6% considera que tiene seres queridos que le apoyan cuando lo necesita. Estas dos redes de apoyo se revelan como factores de protección personal, ya que se observó una correlación significativa negativa de $\rho = -0.182$ ($p < 0.01$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de acuerdo con la red de apoyo laboral y de $\rho = -0.202$ ($p < 0.01$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de acuerdo con la red de apoyo de seres queridos. Las mismas se interpretan que a mayor fortaleza entre los vínculos laborales y personales, habría una menor presencia de síntomas depresivos (*ver Tabla 2*).

Tabla 1: tabulación cruzada entre la variable “¿Cuánto confía en la capacidad de su lugar de trabajo para enfrentar la pandemia de COVID-19?” y la intensidad de los síntomas según PHQ-9

% dentro de Intensidad de los síntomas según PHQ-9						
		Intensidad de los síntomas según PHQ-9				
		Sin Síntomas	Leve	Moderado	Grave	Total
¿Cuánto confía en la capacidad de su lugar de trabajo para enfrentar la pandemia de COVID-19?	Nada en absoluto	6,5	8,5	10,1	15,8	8,6
	Un poco	17,5	21,3	20,1	30,3	20,1
	Algo	23,7	34	32	18,4	27,3
	Mucho	43	33	32	31,6	37,3
	Muchísimo	9,4	3,2	5,9	3,9	6,7
Total		100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia. Tabla realizada con SPSS 22

Tabla 2: tabulación cruzada entre la variable “Cuento con una red fiable de compañeros/as de trabajo” y la intensidad de los síntomas según PHQ-9

% dentro de Intensidad de los síntomas según PHQ-9						
		Intensidad de los síntomas según PHQ-9				
		Sin Síntomas	Leve	Moderado	Grave	Total
Cuento con una red fiable de compañeros/as de trabajo.	Muy en desacuerdo	3,6	4,4	10,7	16,2	6,5
	En desacuerdo	7,4	13,7	17,3	16,2	11,8
	De acuerdo	54	52,5	37,5	48,6	49,6
	Muy de acuerdo	35,1	29,5	34,5	18,9	32,2
Total		100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia. Tabla realizada con SPSS 22

En concordancia con la idea de la existencia de una importante influencia de los vínculos socioafectivos sobre el sufrimiento mental, los trabajadores de salud que respondieron que “sí” ante la pregunta “¿Ha cambiado de equipo y/o de funciones asignadas desde el inicio de la pandemia?”, presentaron puntajes más altos tanto en las pruebas de PHQ como en las de GHQ. Esas diferencias fueron significativas, cuando se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis con una significación asintótica del 0.000 y 0.002 respectivamente. Para ser más gráficos podemos señalar que en los puntajes de PHQ, los únicos que aparecieron como “sin síntomas”, son aquellos que dijeron no haber cambiado de equipo y/o de funciones desde el inicio de la pandemia, mientras que los que manifestaron haber cambiado de equipo y/o funciones tuvieron mayores resultados para los síntomas “Leve, moderado y Grave”, llegando en este último a una diferencia de 61,8% contra 38,2%. En los resultados de GHQ, quienes no cambiaron de equipo y/o funciones durante la pandemia presentaron un 56,8% de ausencia de psicopatología, contra un 43,2% de quienes lo habían hecho. Resultados que se invierten para los que tienen presencia de psicopatología con un 39,3% y 60,7% respectivamente.

Estos resultados apoyan una concepción de la salud mental vinculada con lo comunitario y no solo con aspectos biomédicos, resaltando la importancia de

lo vincular, lo local y las redes afectivas como factores protectores para disminuir el sufrimiento mental.

3. Discusión

Este estudio aporta información sobre la intensidad del impacto de la pandemia en las personas trabajadoras del sistema de salud, quienes ya se encontraban en una situación de vulnerabilidad estructural previa al brote de coronavirus. Se detectó un aumento del malestar subjetivo en el personal sanitario, en donde el 53,8% de las personas encuestadas presentaron algún sufrimiento asociado con síntomas de depresión, cuando menos del 10% reportó presentar algún tipo de diagnóstico de salud mental previo a la pandemia. Esto apoya la idea de que en las crisis se profundizan los problemas que ya estaban de base, generando una mayor demanda y reclamo de ayuda en el plano de lo emocional. En salud mental no basta con atender sólo el síntoma, porque los determinantes suelen ser múltiples e impactan en la vida cotidiana de las personas.

Resulta importante destacar que frente a esta situación se observó como principal factor protector la fortaleza de los vínculos sociales, tanto entre los mismos colegas como en la red de seres queridos que brindan apoyo. Las correlaciones efectuadas indicaron que los síntomas de depresión podrían disminuir en un entorno donde aumenta la confianza entre las redes de

Tabla 3: tabulación cruzada entre la variable “¿Ha cambiado de equipo y/o de funciones asignadas desde el inicio de la pandemia?” y la intensidad de los síntomas según PHQ-9

% dentro de Intensidad de los síntomas según PHQ-9						
		Intensidad de los síntomas según PHQ-9				
¿Ha cambiado de equipo y/o de funciones asignadas desde el inicio de la pandemia?		Sin Síntomas	Leve	Moderado	Grave	Total
	NO		58,3	47,3	46,7	38,2
SI		41,7	52,7	53,3	61,8	48,6
Total		100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia. Tabla realizada con SPSS 22

Tabla 4: tabulación cruzada entre la variable “¿Ha cambiado de equipo y/o de funciones asignadas desde el inicio de la pandemia?” y la intensidad de los síntomas según GHQ-12

% dentro de Intensidad de los síntomas según GHQ-12					
		Intensidad de los síntomas según GHQ-129			
¿Ha cambiado de equipo y/o de funciones asignadas desde el inicio de la pandemia?		Ausencia de psicopatología	Psicopatología subumbral	Presencia de psicopatología	Total
	NO		56,8	52,3	39,3
SI		43,2	47,7	60,7	48,6
Total		100	100	100	100

Fuente: elaboración propia. Tabla realizada con SPSS 22

trabajadores y en la institución en donde se trabaja. Resulta necesario generar algún tipo de mecanismo que permita intercambiar, compartir, socializar, apoyarse mutuamente, que permita de alguna manera comprender grupalmente lo que se está atravesando. En todo espacio grupal de trabajo se juegan relaciones de poder entre lo subjetivo y lo intersubjetivo y es justamente el equilibrio interno del equipo lo que jugará a favor como un factor de protección frente al estrés que se presenta en situaciones tan difíciles como son la de trabajar en contexto de pandemia.

Para eso resulta indispensable que las instituciones garanticen los elementos de protección personal, el acceso a los servicios de bienestar mental y apoyo social (incluidos el asesoramiento sobre el equilibrio entre el trabajo y la vida privada y la evaluación y mitigación de riesgos), los niveles apropiados y seguros de dotación de personal en los centros de atención de la salud, la duración apropiada y justa de las asignaciones a determinadas labores, las horas de trabajo y las pausas de descanso, y se reduzcan al mínimo las cargas administrativas sobre los trabajadores de la salud, entre otras recomendaciones. Es necesaria una capacitación constante a todos los trabajadores esenciales dado que el sentimiento de autorresponsabilidad entra en resonancia con los lineamientos propuestos cuando hay un Estado que cuida. Queremos destacar que estos

“cuidados integrales” son la base fundamental para que las personas trabajadoras de la salud puedan atravesar estos momentos con un mayor apoyo y capacidad de resiliencia.

Como dijimos al comienzo, la perspectiva de *salud mental comunitaria* implica diversas herramientas a tener en cuenta al momento de implementar estrategias de cuidados y atención. Existen una serie de recomendaciones destinadas a mejorar aspectos ligados a la calidad de vida dentro del ámbito laboral. El trabajo suele ser menos estresante si existe una motivación, un trabajo en equipo, relaciones de respeto y compañerismo en el grupo de trabajo, la vivencia de pertenecer a un proyecto compartido y por supuesto el reconocimiento económico equivalente a la tarea. Todos son indicadores que se verán reflejados en un mejor trato con los pacientes.

Para lograrlo es muy importante que las instituciones implementen un espacio de cuidado para las personas trabajadoras, más allá de los protocolos, las normas y el material de protección. Como vimos, en nuestro estudio se evidenció que el 45.5% de las personas encuestadas expresaron la necesidad de apoyo psicológico, pero solo el 39% de ellos lo recibió efectivamente. Es necesario contar con espacios de escucha, ya sea individual o grupal, dentro de la institución, donde todos y todas puedan acudir si lo desean. A veces, tan

solo con generar breves encuentros antes de comenzar el día laboral y al finalizar la tarea, es suficiente para favorecer la contención, la circulación de la palabra y el tener en cuenta el componente afectivo de los y las trabajadoras. También se puede buscar alternativas de rotación de tareas dentro de los equipos para aliviar tensiones y exposiciones que puedan generar un alto nivel de estrés. En definitiva, fomentar el intercambio de opiniones y una óptima comunicación entre el equipo, garantiza en mayor nivel de cuidado de la salud mental de los y las trabajadoras. En todo momento está la salud mental presente, en el autocuidado, en el apoyo mutuo de la familia, de agentes comunitarios, de médicos de la atención primaria, y luego los servicios especializados, por lo que es necesario incorporar esta temática en los análisis que a diario se realicen. Más allá de la disposición de camas, de respiradores y medicamentos, están las personas que cuidan, que trabajan y que además tienen su vida privada que está atravesada también por la pandemia. Por lo que el componente más importante en cualquier análisis es el humano, son las personas.

La pandemia conllevó una situación extrema de incertidumbre y consecuentemente de malestar y angustia. De alguna manera significó una crisis que podría erigirse en una ventana de oportunidad que redunde, como ha quedado pautado en la agenda político-social, en modificaciones progresivas y evolutivas del

sistema de salud. Como dijimos, es preciso “reconocer lo nuevo”, aprehender lo extraordinario de la coyuntura y dimensionar las causas y consecuencias de la misma, que no es sino una invitación a “salir de la caparazón de la normalidad”. Porque acontece un emergente con base sistémica que no debiera soslayarse. No hay seguridad sobre si es factible hablar en términos de “salida” de este escenario y si ésta sería gradual, cíclica, lineal; si auspiciosa o frustrante. Cierto es que nos hallamos ante la posibilidad de gestionar no sólo lo adverso, sino también lo resolutivo en tanto aprendizaje y en tanto consolidación de derechos. Las políticas y programas que surjan tienen que incluir el *cuidado* como paradigma, prestando especial atención a que los recursos no se focalicen solamente en resolver el daño, como ocurre en el modelo médico hegemónico, sino atendiendo a todo el universo de las personas (social, psicológico, biológico, económico, ambiental), como propone el modelo psicosocial.

Queremos agradecer a todas las personas trabajadoras de la salud que se tomaron el tiempo de completar el cuestionario, y por su dedicación día a día en los centros de salud para combatir la pandemia. También agradecemos y destacamos la participación de la RASIC (Red Argentina de Salud Integral y Cuidados) y la red internacional COVID-19 Health Care Workers Working Group, que posibilitaron las con-

diciones y la estructura para llevar a cabo la encuesta.

Bibliografía

Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). “La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud colectiva en Latinoamérica”. En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 75. Rosario: CESS 1999. pp. 5-30.

Almeida-Filho, N. (2006). “Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones”. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 2(2): 123-146, mayo-agosto, 2006.

Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). “Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes”. *Ciencia, Docencia y Tecnología | Año XXIV* N° 46 mayo de 2013, pp. 123-143. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/25710>

Batista Franco, T. y Merhy, E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires. Lugar editorial.

Boletín Oficial de la República Argentina (2020). Recuperado de: shorturl.at/gmtS7

Burrone, M. S., Abeldaño, A., Lucchese, M., Susser, L., Enders, J., Alvarado, R. y Fernandez, R. (2015). “Evaluación psicométrica y estudio de fiabilidad del cuestionario general de Salud (GHQ-12) en consultantes adultos del primer nivel de atención en Córdoba-Argentina”. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 72(4), 236-242. Recuperado de: <https://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/rfcm/article/view/8239>

Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020). “The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence”. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.

Casa Rosada-República Argentina. (2020/05/26). Homenaje del presidente Alberto Fernández a trabajadores esenciales por el 25 de mayo. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=3tprJ8oaqXk>

Coronavirus Research Center. (s.f). **COVID-19 Dashboard by the Center for Systems**

Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Johns Hopkins University & Medicine. Recuperado de: <https://coronavirus.jhu.edu/>

De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido.* Santiago: LOM Ediciones.

Decreto 260/2020 (2020/03/12). Emergencia Sanitaria. Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.). Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-260-2020-335423/texto>

Insider Latam (2020/04/27). OSDE Gracias! 2020 [Archivo de Vídeo]. Recuperado de: <https://youtu.be/BGjqnqT6jRk>

Levav, I. (1992). *Temas de salud mental en la comunidad.* Washington: Paltex.

Matumoto, S.; Martins Mishima, S.; Fortuna, C. M.; Bistafa Pereira, M. J. y Puntel de Almeida, M. C. (2009). “Preparando la relación para atender al paciente: una herramienta para el acogimiento en Unidades de Salud”. *Rev Latino-am Enfermagem, novembro-dezembro*; 17(6). Recuperado de: www.eerp.usp.br/rlae

Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M. y Montaguti, C. (2020). “At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation”. *NEJM Catalyst*, 1(2).

Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2020). Fuerza de trabajo en el sector Salud en Argentina. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_fdt_datos2019_vf-1.pdf

OMS (2020): Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú.* Washington, D. C.: OPS.

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. y Katsaounou, P. (2020). “Prevalence of depression, anxie-

ty, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis". *Brain, behavior, and immunity*, S0889-1591(20)30845-X. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Pérez Sarmenti, I.(2020/04/15). Pandemia en Argentina: unos aplauden a los médicos, otros los amenazan por ser sus vecinos. CNN. [Nota medio online]. Recuperado de: shorturl.at/iqD27

Prensa GCBA. (2020/12/23). *Rodríguez Larreta agradeció a los "hérojes" de la pandemia.* [Archivo de Video]. Recuperado de: <https://youtu.be/m5HuYcpPZhk>

Rovere, M. (1999). *Redes En Salud: Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.* Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR.

Santoro, S. (2020/04/03; última actualización 2020/04/06). "Consortios de la Ciudad pretenden aislar a los que trabajan en Salud. Coronavirus: bullying contra los médicos". Página 12. [Nota medio online]. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/257083-coronavirus-bullying-contra-los-medicos>

Sinay, J. (2020/04/10). "Cómo fue que de un

día para otro los argentinos empezamos a aplaudir a las nueve de la noche". *Redacción Periodismo Humano.* [Nota en medio online]. Recuperado de: <https://www.redaccion.com.ar/aplausos-en-los-balcones-una-costumbre-que-llego-pronto-a-argentina-y-se-hizo-viral/>

Stolkiner, A. (1987). "De interdisciplinas e indisciplinas". En: Elichiry, N. (Comp.) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Municipalización: "Estrategias Posibles en la Argentina de hoy", 7 y 8 de octubre de 2005, Posadas, Misiones, Argentina.

Urtasun, M., Daray, F. M., Teti, G. L., Coppolillo, F., Herlax, G., Saba, G. e Irazola, V. (2019). Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-10. Recuperado de: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2262-9>

Ministerio de Salud. (2020/10/28 SE 44). Sala de Situación COVID-2019. Nuevo Coronavirus 2019. Trabajadores de la salud. Informes Especiales. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/>

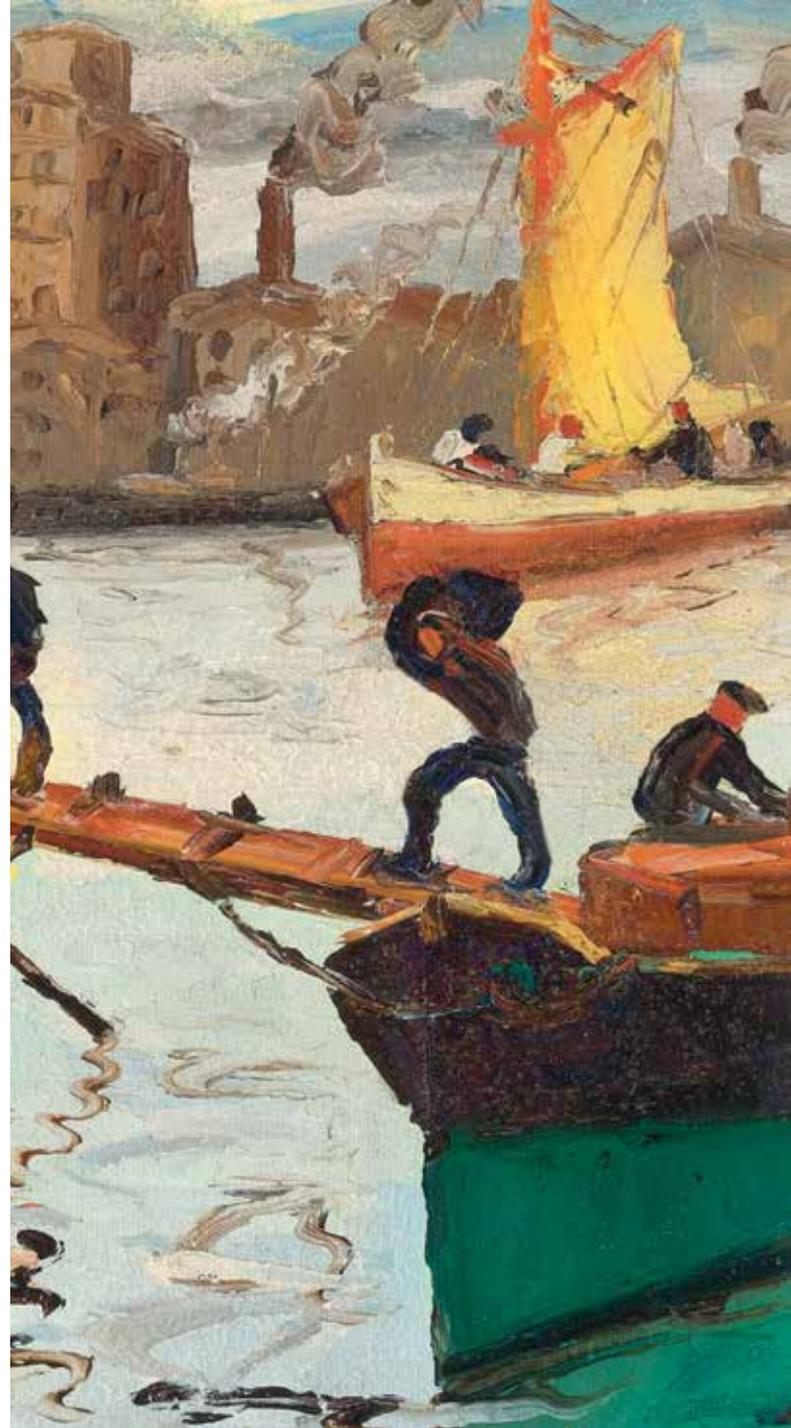
informes-diarios/sala-de-situacion/informes-especiales

Notas

1) Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657.

2) Decreto 260, del 12 de marzo de 2020. EMERGENCIA SANITARIA. CORONAVIRUS (COVID-19) - DISPOSICIONES. Resumen: ampliase la emergencia pública en materia sanitaria establecida por ley n° 27.541, en virtud de la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con el coronavirus covid-19, por el plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia del decreto. En la misma se indican disposiciones, facultades de la autoridad sanitaria, se declara el aislamiento obligatorio, acciones preventivas y suspensión temporaria de vuelos.

3) El Ministerio de Salud de Argentina el 26 de febrero de 2020, en página oficial de gobierno, publicaba información acerca de las supervisiones que llevó a cabo en el aeropuerto de Ezeiza. Los agentes sanitarios evaluaron a los pasajeros dentro del avión, los mismos debían completar una declaración jurada de salud, en la cual se comprometían a reportar síntomas en el caso de que los mismos se desarrollen con posterioridad al ingreso al país.



Reflexiones en torno a los procesos de intervención en un dispositivo territorial atravesados por la pandemia

Sofía Belén Taghlian

Lic. en Trabajo Social (UBA)

Residencia de Trabajo Social en Salud de CABA

sofiataghlian@gmail.com

Resumen

La coyuntura actual dejó en evidencia la necesidad de reflexionar en torno a los procesos de intervención respecto al abordaje de la salud mental y los consumos problemáticos, en pos de asegurar el derecho a la salud de todas las personas. Para tal fin, se tomó la experiencia transitada en un dispositivo territorial de la zona sur de Ciudad de Buenos Aires, en el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud. A partir de allí, se planteó la importancia de sostener intervenciones alineadas con la perspectiva de Reducción de Riesgos y Daños. Luego, se dieron a conocer las características y actividades del dispositivo, para dar cuenta del impacto subjetivo que recibieron por la pandemia de COVID-19. A continuación, se plantearon los aprendizajes, desafíos y estrategias desarrollados en este contexto, donde pudieron reinventarse y verse fortalecidos como equipo.

Para finalizar, se estableció como punto clave la organización colectiva de los trabajadores, apostando a la deconstrucción del modelo médico-hegemónico patologizante, y para exigir la aplicación real de la Ley

Nacional de Salud Mental, velando por los derechos humanos de toda la población.

Palabras clave: reducción de riesgos y daños - pandemia - salud mental.

Abstract

The current situation revealed the need to reflect upon the intervention processes on regards of mental health and problematic substance abuse, in order to ensure the universal right to health. The paper is based in the experience of a Social Work resident at a territorial device in the southern area of the city of Buenos Aires. The importance of following Harm Reduction perspectives in professional practices arises. This is followed by a brief characterization of the device and its activities, in order to account for the impact of the COVID-19 pandemic. Next, the lessons, challenges and strategies emerging in this juncture are developed, showing how the team was able to reinvent and strengthen itself. Finally, the collective organization of health workers is distinguished, together with their commitment to the deconstruction of the pathologizing hegemonic medical model, and to the real enforcement of the National Mental Health Law, looking after the public's human rights.

Key words: harm reduction - pandemic - mental health.

Introducción

La coyuntura actual dejó en evidencia la imperiosa necesidad del abordaje en territorio con la comunidad, la cual se encuentra en situaciones de extrema vulnerabilidad, a causa de la crisis económica y social que nos encontramos atravesando. Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada ya hace más de 10 años, funcionó como letra clave para comenzar a instalar ciertas prácticas y lógicas de trabajo en pos de asegurar el derecho a la protección de la salud mental, alejándose del ámbito de la internación hospitalaria, y basándose en la estrategia de atención primaria; aunque lejos estamos de la transformación de las instituciones monovalentes.

Con el inicio de la pandemia la salud se puso en agenda, muchas problemáticas se agudizaron y comenzaron a tomar mayor visibilidad, como es el caso de los padecimientos de salud mental y el consumo problemático de sustancias. Sin embargo, como nuestro sistema se encuentra anclado en el modelo médico-hegemónico, urge la necesidad de gestar y sostener intervenciones alineadas con la perspectiva de salud integral y colectiva, en tanto proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, concibiendo a les usuaries (1) como sujetos de derecho y con autonomía en sus decisiones, apostando a realizar abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.

A partir de lo antedicho, el presente trabajo

tiene el objetivo de reflexionar en torno a la intervención con población usuaria de un dispositivo de salud de abordaje territorial, ubicado en la zona sur de CABA, en contexto de pandemia. Para este objetivo, en primer lugar, se parte de describir el Modelo de Reducción de Riesgos y Daños; en segundo lugar se mencionan las características del dispositivo, del equipo de salud y las actividades que llevan adelante. Luego se procede a indagar los cambios y modificaciones que trajo consigo la pandemia por COVID-19, tanto en la organización del equipo y sus actividades, como en les usuaries del dispositivo. Por último, se apunta a conocer los aprendizajes y desafíos que se plantearon y plantean en torno al abordaje de los consumos problemáticos atravesados por la pandemia y sus efectos (padecimientos) subjetivos.

En cuanto a la metodología, se parte del análisis de los procesos de intervención y es de corte cualitativo. Para la elaboración del presente trabajo se tomaron como insumos los registros personales de la rotación realizada por dicho dispositivo en el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud, los intercambios y reuniones con referentes del dispositivo; del mismo modo se realizaron entrevistas semi-estructuradas a integrantes del equipo de salud del dispositivo. Todo esto puesto en diálogo con el marco conceptual de referencia en la temática. Este escrito recupera la experiencia y sistematización de las entrevistas. Les profesionales

otorgaron voluntariamente su consentimiento, tanto para la elaboración del trabajo como para su publicación.

Paradigmas de intervención: Reducción de Riesgos y Daños

En primer lugar, para poder reflexionar en torno a las intervenciones de un equipo que acompaña a población que atraviesa situaciones de consumo problemático, es necesario describir el modelo desde el cual se posiciona. En la Inglaterra de 1926 surge el primer antecedente del modelo de Reducción de Riesgos y Daños (RRyD) bajo el “Acta Rollerston”, donde se recomienda como mejor método de tratamiento la reducción gradual de la cantidad de droga consumida. Con este antecedente se empieza a pensar al sujeto como active, con responsabilidad y autonomía de sus actos. Este paradigma, según Marlatt (1998), va a estar centrado en la persona, planteando como objetivo final ideal la abstinencia, donde se apunta a reducir las consecuencias perjudiciales de las conductas de manera gradual, en otras palabras: “Cuando las cosas se ponen muy calientes o muy peligrosas la reducción del daño propone bajar la temperatura a niveles más moderados” (Marlatt; 1998: 3).

Entonces, este modelo adoptado por el dispositivo de salud propone desplazar la atención del consumo de drogas en sí mismo hacia las consecuencias o efectos de las conductas adictivas; se acepta el hecho de que

numerosas personas consuman, siendo improbable llegar a una sociedad libre de drogas. En la misma línea, el citado autor sostiene que se realiza un abordaje de "abajo-arriba" basado en la defensa del usuario, promoviendo el acceso a servicios con umbral mínimo de exigencia para su participación. Asimismo, el paradigma de RRYD plantea abordajes individuales y grupales, partiendo de un enfoque humano donde el fin último está en acompañar a las personas a aumentar su motivación para reducir la frecuencia e intensidad del consumo.

Caracterización del dispositivo

El dispositivo de salud se ubica en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y funciona hace más de 10 años. Está inserto en un territorio heterogéneo que posee villas, asentamientos y también barrios urbanizados, donde puede verse plasmada la desigualdad. Por su parte, el equipo del dispositivo está conformado por dos psicólogas, dos trabajadoras sociales, una terapeuta ocupacional, una psiquiatra, una médica generalista, un docente de talleres, un musicoterapeuta, y personal de seguridad y limpieza. Desde sus orígenes fue pensado como un dispositivo de salud que pudiera responder a la compleja realidad local sobre los consumos problemáticos con encuadres flexibles. A partir de allí la propuesta del dispositivo consiste en la atención ambulatoria de personas que se encuentran en situación

de extrema vulnerabilidad y exclusión, la mayoría son usuarios de sustancias psicoactivas, y algunos se encuentran en situación de calle. Se trabaja con los usuarios, sus familiares y diversos actores que conforman la trama social, partiendo de tres posicionamientos ético-políticos acordados hacia el interior del mismo: la adopción del paradigma de RRYD, intervenir desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud Integral (Stolkiner y Solitario; 2007: 9), y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, poniendo el eje en la disminución del estigma y la discriminación que sufren los usuarios, desde un enfoque de derechos humanos con un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

En consecuencia, es a partir de la construcción colectiva de estas configuraciones de pensamiento que, los profesionales sostienen actividades intramurales y extramurales preventivas, asistenciales, de inserción social y territoriales, teniendo en cuenta el contexto histórico, material, social y cultural.

Actividades y talleres con anclaje territorial

Se entiende la demanda como una construcción a realizar con el sujeto, propiciando la creación de un espacio amigable para los usuarios, ofreciendo espacios de taller. Luego, a partir de la participación en estas actividades, se apunta "siempre a proponer la pausa en el consumo y conectar con los intereses por el tema de la

reducción de riesgos y daños” (*B, psicóloga*), y así poder propiciar la anudación del lazo social, abriendo lugar a la aparición de demandas. Las pausas en el consumo se reflejan en el transitar y habitar de les usuaries por los espacios, en el hecho de ver una película, participar de manera activa en los talleres, ver la televisión, compartir el desayuno o simplemente conversar en el pasillo. Las actividades que ofrece el efector se dividen en intramurales y extramurales. Justamente, desde el equipo se preguntaron: ¿cómo favorecer la accesibilidad de población que generalmente no circula por efectores de salud? A partir de allí se propone la intervención extramuros, siendo un desafío generar espacios de apropiación y poder tener apertura en adecuar los espacios institucionales a la demanda y necesidad de la población.

Por un lado, dentro de las actividades extramurales se lleva adelante el proyecto ranchadas, el cual consta de recorridos que realiza el equipo de salud por diversas calles del barrio, generando un acercamiento a las ranchadas ya conocidas y realizando un registro de las nuevas. En estos recorridos se busca “bajar la temperatura”, en términos de Marlatt. Se entrega agua, galletitas, preservativos y lubricantes, al mismo tiempo que se brinda información indicando quienes son, dónde está ubicado el efector, y qué puede encontrar allí. Por otro lado, se encuentran los dispositivos intramurales que son aquellas tareas vinculadas a la realización de entrevistas y

consultas al interior del efector. Asimismo, hay duchas, se ofrece un desayuno y se desarrollan diversos talleres: de radio, huerta, cine, arte y dramaturgia. Estos talleres ponen el foco en la construcción colectiva, la grupalidad y la producción de sentimientos de pertenencia e identidad, partiendo de la singularidad de cada persona. El proyecto ranchadas, junto con los talleres mencionados, dan cuenta de las pausas en el consumo de les usuaries, ya que mientras se encuentran participando de dichas actividades se genera un freno en dicha rutina, pudiendo establecer vínculos, y plantear demandas o necesidades. Pero ¿cuánto tiempo se les destina a esas pausas? ¿Quién marca los tiempos? Fundamentalmente, se tiene en cuenta el contexto, la realidad y la autonomía de les sujetes. A partir de las actividades les usuaries se apropian del espacio, lo habitan y lo construyen. Allí mismo se están reduciendo los riesgos y daños, acompañando cada proceso.

En definitiva, las actividades y talleres que se ofrecen van a tender a propiciar la anudación del lazo social en el marco de la construcción de ciudadanía y restitución de derechos. Es más, “garantizar el acceso a la salud a partir de las duchas, el desayuno, contener situaciones de violencia, acompañar en gestión de documentación... todo eso también es salud y tratamos de garantizarlo siempre” (*C, trabajadora social*). De ahí que el dispositivo apunte a brindar espacios de escucha y de contención,

funcionando como un espacio de encuentro; encuentro con uno y con otros, donde se genera una relación cercana y de proximidad con los usuarios, fundada en el respeto.

La irrupción de la pandemia y la emergencia sanitaria

La pandemia ocasionada por el COVID-19 generó un gran impacto en la vida cotidiana de las personas, en sus rituales y costumbres, tal es así que, con el Decreto de Necesidad y Urgencia 260/20 dictado en marzo del 2020, se impartieron medidas que obligaron a la población a quedarse en su casa, y esto trajo numerosas situaciones complejas, “con lo difícil que es para la población que no tiene una casa, y lo difícil de acceder a un parador y la lógica de vivir en un lugar comunitario con unas normas muy estrictas” (A, trabajadora social). Se puede afirmar que, las personas en situación de calle fueron uno de los grupos más afectados por la pandemia y las medidas restrictivas, más aún en lo que respecta a la circulación. Asimismo, me parece interesante traer a colación una reflexión que postula Emerson Merhy (2020) sobre el contexto actual, planteando el interrogante “¿Cuántas ciudades tiene Buenos Aires dentro de la Ciudad de Buenos Aires?”. Resulta interesante preguntárselo, ya que las experiencias de vida y existencia de los diferentes colectivos que viven en una ciudad no son iguales. Esto se puede ver vinculado con los impactos

diferenciales en las medidas de restricción, a lo largo y ancho de la Ciudad. En otras palabras, “las medidas que se implementan son bien homogeneizantes, se piensa en una población que después no es. Se desconocen un montón de cuestiones particulares” (D, terapeuta ocupacional). Estas situaciones dejan en evidencia las desigualdades y situaciones de vulnerabilidad a las que las personas se encuentran expuestas todos los días, como el hecho de no contar con una vivienda. Si bien la pandemia atravesó a todas las personas a nivel mundial, “también trajo a la luz lo desigual que uno vive y muere según su clase social, el país en donde vivas. Por un lado atravesó a todas las personas transversalmente, pero de una manera muy distinta” (C, trabajadora social). En definitiva, la situación de pandemia se puede tomar como un analizador (Merhy, 2020) que va a poner foco en problemas estructurales que se vieron magnificados, así como una serie de procesos sociales que es preciso desnaturalizar y continuar, en constante problematización de nuestras prácticas, alojando las subjetividades de los sujetos. Sin embargo, en este contexto los trabajadores se preguntaban: ¿cómo alojar a las personas sin que puedan permanecer y transitar por el efector como antes? En este sentido, hay que recordar que la distancia social no tiene por qué implicar la pérdida de los vínculos con los otros, a pesar de las limitaciones y cambios en la atención.

Cambios y reconfiguraciones en el dispositivo territorial y virtual

Las dinámicas institucionales de los equipos de salud sufrieron transformaciones drásticas en el último tiempo. En primer lugar, un cambio que impactó en el dispositivo fue la instalación de manera obligatoria de cohortes de trabajo. En relación a esto, una de las entrevistadas sostiene “nos comunicábamos solamente por teléfono o de manera virtual, no nos podíamos ver. Eso desorganizó bastante la atención” (*B, psicóloga*). Efectivamente, el tabicamiento del equipo de salud implicó varias modificaciones a las que les profesionales se tuvieron que adaptar, además del impacto que ocasionó en cada uno de sus integrantes en sus subjetividades, tema que retomaré más adelante.

En segundo lugar, otras cuestiones que sufrieron alteraciones en este período fueron las actividades que se desarrollan en el efector, ya que en su mayoría las tareas que se realizaban eran pensadas desde abordajes que contemplan la grupalidad y lo colectivo. La idea fundacional del dispositivo acerca de permanecer y apropiarse del lugar resultaba inadmisibles sin poder hacer uso del mismo. En otras palabras, “en el dispositivo había pibes desayunando, gente que permanecía todo el tiempo en el dispositivo y eso no podía pasar más. Además todas las prácticas de atención giraron en torno al covid, y todo lo demás quedó de lado” (*D, terapeuta ocupacional*).

Durante los primeros meses de la pandemia, todas las actividades fueron suspendidas, aflorando el biologicismo en su máxima expresión, ya que las dolencias físicas pasaron al centro del escenario. A pesar de esto, a medida que se iban modificando las restricciones, desde el equipo fueron ampliando la disponibilidad de espacios para no perder el vínculo con los usuarios, aunque algunas actividades funcionaron desde la virtualidad. Con el objetivo de favorecer la accesibilidad, el equipo tomó la decisión de intensificar las recorridas por el barrio y comenzaron a circular por más ranchadas, actividad que contribuyó a sostener el lazo con la población y generar pausas en las rutinas de consumo, desde la perspectiva de RRYD.

Esta particularidad de seguir presentes y recorrer el territorio se dio de diferente modo con el resto de los organismos que tenían base en el barrio, debido a que muchos se retiraron, brindando únicamente atención telefónica o virtual, a excepción de algunas organizaciones sociales y comedores. De igual manera, los efectores de salud se vieron afectados y obligados a centrar su atención a las demandas febriles. Esta situación provocó que muchos casos se agudizaran y se recibieran como demandas urgentes y complejas en el dispositivo territorial. En la misma línea, de parte del equipo se percibe un aumento en las demandas y diversos motivos por los que concurren los usuarios a consultar, por lo cual se puede afirmar que se heterogeneizó la población que asiste al efector.

Asimismo, y contrariamente a lo que se pensaba, desde las entrevistadas se percibe que hubo una disminución en los consumos de parte de la población del barrio, forzado en cierta manera por la situación, ya que pudo estar asociado a la dificultad para circular y la represión policial en las calles, viéndose forzados a recurrir a paradores o alojarse en casa de familiares, realizando una pausa “obligada” en el consumo. Sin embargo, una demanda que perciben aumentó con la pandemia y el aislamiento fueron aquellas vinculadas con la atención de salud mental, expresando que “da la impresión que el sistema de salud mental está colapsado o desaparecido. Entonces nos llegan situaciones complejísticas en todos los aspectos, de vulnerabilidad social, de salud mental, clínicamente” (B, *psicóloga*). Este aumento se vio asociado, por un lado, al ambiente de incertidumbre y malestar a nivel generalizado en la sociedad y, por el otro, a que muchos dispositivos de salud mental no estaban pudiendo dar respuesta. Este punto se suma a los cambios y modificaciones realizadas, las cuales causaron impactos subjetivos, tanto en sus trabajadores como en los usuarios.

Lo que la pandemia nos dejó: Breve análisis de la dimensión subjetiva

La situación de pandemia desencadenó momentos constantes de inseguridad e inestabilidad que se tradujeron en el stress y cansancio de los trabajadores de

la salud, donde se dieron muchos cambios en un corto y caótico período de tiempo. Me resultó interesante poder dejar plasmados los sentimientos de los profesionales, respecto a sus propios padecimientos y también los de los usuarios (desde la mirada del equipo), fundamentalmente ya que: “En el marco de una incertidumbre radical, el análisis de la dimensión subjetiva exige estudiar los atravesamientos económicos e institucionales en la vida cotidiana de las personas. En el futuro, posiblemente nada vuelva a ser como antes, ni siquiera las prácticas en salud mental” (Stolkiner; 2020: 22).

En la misma línea, la vida cotidiana de los profesionales y los usuarios del dispositivo se vio atravesada por la crisis económica, social, política y moral, donde el retraimiento y aislamiento tuvo que darse de forma obligada. Es en este escenario en el que empezó a ocurrir algo inesperado; varios usuarios “llamaban y preguntaban por nosotros, preocupados por nosotros como personal de salud” (C, *trabajadora social*). Esto dio cuenta, por un lado, de cierta percepción del agotamiento y sobre-exigencia del personal de salud, y por el otro, de la horizontalidad desde la que se posicionan los profesionales al momento de las intervenciones. En este sentido, una de las entrevistadas expresa que “el impacto de la pandemia fue terrible, fue intenso, caótico. Estábamos todos aterrados, con mucho miedo, algunos lo admitían y otros no, o íbamos en proceso de” (B, *psicóloga*).

Estos sentimientos, sumados a las transformaciones mencionadas, produjeron la necesidad de intensificar los momentos de reunión de equipo, aumentando su frecuencia e incorporando instancias de supervisión. Sumado a esto, una cuestión que resonó en las entrevistas realizadas fue el sentimiento de malestar y falta de cuidado hacia los trabajadores de la salud por parte de las autoridades, con protocolos cambiantes y poco claros, la demora en la entrega de los elementos de protección personal, suspendiendo licencias y dividiendo a los equipos. Incluso con la instalación, por pocas horas, de un centro de donación de plasma en dicho espacio, que gracias a la resistencia colectiva y difusión por parte del equipo y organizaciones del barrio se pudo dejar sin efecto. Un sentimiento que primó fue la “poca contención para el personal de salud, como trabajadores. Fue mucho de las redes que pudimos tender entre nosotras... abrir canales entre nosotras para darnos un poco de calma también vino bien, catarsis también” (C, trabajadora social).

El equipo de salud consideró necesario poder reflexionar en torno a la experiencia transitada, contemplando este tiempo como parte de un proceso en las dinámicas de trabajo, se pudieron profundizar preguntas en relación a ¿cómo es nuestra intervención? En este sentido, fue esencial el sostén y fortalecimiento de redes entre los compañeros, quienes se encontraron compartiendo de manera colectiva este trabajo de cuidado de la salud.

Pensar en subjetividades, otro modo de ser y estar en el mundo

Luego del análisis realizado, resulta interesante plantear los aprendizajes, desafíos y estrategias de intervención que desarrolló el equipo a pesar de los obstáculos que se fueron presentando. Una de las entrevistadas sostiene: “este espacio de pausa en el consumo y transitar por el lugar, al verse suspendido, nos genera una dificultad constante y un desafío de reinventarnos constante” (A, trabajadora social). Este punto es enunciado por el resto de las entrevistadas de diversas formas, incluso pensando en reinventarse como una necesidad para el desarrollo de las actividades y estrategias de intervención, donde resulta imprescindible el uso de la creatividad y la flexibilidad, como lo fue sostener el taller de dramaturgia de manera virtual. De igual manera, la escucha fue otro punto clave desde el inicio de la pandemia. Esto se puede percibir como un desafío y un aprendizaje al mismo tiempo ya que, por un lado, “muchas de las problemáticas planteadas atraviesan también a profesionales, como parte de la comunidad” (Bang; 2020b: 23), y por el otro, este tiempo se vive como parte de un proceso de aprendizaje de la escucha a nivel colectivo. Este pensamiento lo expresa claramente una de las integrantes del equipo diciendo: “saber escuchar las demandas... me parece que ese es el aprendizaje que tiene que llevarse todo el sistema de salud” (A, trabajadora social). En la misma línea y

reforzando esta idea, es importante no perder de vista que trabajamos con población y el dispositivo aloja dichos padecimientos subjetivos, sufrimientos y trayectorias vitales y, además, es preciso entender que la pandemia fue parte de la trayectoria vital de todas las personas. Por otra parte, una cuestión que continúa siendo un desafío es la intersectorialidad. En una de las entrevistas se expresa la necesidad y el desafío de “la intersectorialidad y disponibilidad de programas que contengan estas situaciones tan extremas como las que nos toca ver a diario en el dispositivo” (B, psicóloga). Este postulado resulta aún más difícil de alcanzar ya que, como se mencionó anteriormente, primó la atención telefónica y virtual de parte de muchas instituciones, tratándose de una población excluida de tantos ámbitos. En la misma línea, una de las trabajadoras expresa que “hay un déficit en la política pública que me parece se vieron más evidentes” (C, trabajadora social). Al hacinamiento y la falta de espacio físico que hay en los efectores de salud, se le suma la desarticulación de espacios que pregonen la desinstitucionalización y subjetivación de los usuarios.

Este escenario es el resultado de un conjunto de decisiones gubernamentales, que no depende de un equipo de salud exclusivamente, sino de una estrategia que fragmenta y pone el foco en la patologización y la mercantilización de la salud mental, totalmente alejada de una concepción integral de la salud. De igual modo

lo expresan Faraone e Iriart (2020), quienes plantean la existencia de una decisión firme del gobierno de la CABA de “continuar con una política manicomio-centrada, incumpliendo no sólo con la Ley Nacional de Salud Mental, sino también con su propia normativa jurisdiccional y con el Código Civil y Comercial de la Nación” (Faraone e Iriart; 2020: 49). Se suma a este punto, la desprotección y falta de reconocimiento del personal de salud, y la evidencia de años de políticas neoliberales centradas en el individualismo, que contribuyen a sostener modelos de atención y prácticas biologicistas, que desestiman los procesos sociales e históricos que condicionan dichas problemáticas. En este contexto, las entrevistadas plantean en clave de aprendizaje lo siguiente: “pensábamos que habíamos avanzado con respecto a la salud integral y no biologicista ni biomédica, ahí la pandemia nos demostró que no avanzamos para nada, que en un día se cayó todo lo construido” (A, trabajadora social). Esto da cuenta de la necesidad de cambios estructurales que van a llevar años de trabajo y lucha colectiva, ya que la pandemia dejó entrever que las problemáticas que le escapan a lo estrictamente biológico y curable, quedan excluidas de un proceso de atención integral, que contemple las singularidades e historicidad de los sujetos. En la misma línea y como parte de los aprendizajes que compartieron las entrevistadas, se destaca que, a pesar del padecimiento y el desencuentro, “somos más sólidos como equipo

a la hora de pensar algunas intervenciones en lo que es reducción de riesgos y daños. Me parece que ese tipo de crecimiento lo continuamos haciendo” (*C, trabajadora social*).

En consecuencia, tomando los desafíos y aprendizajes esbozados, se trata de reflexionar en torno a las estrategias de intervención posibles y reales en este contexto de constante incertidumbre, donde resulta trascendental sostener los espacios de pensamiento colectivo de trabajadores, en tanto espacios de resistencia, para bregar por abordajes que contemplen las trayectorias vitales y singulares de las personas, como parte de una atención integral de la salud.

Conclusiones

La pandemia implicó momentos de ruptura y reconfiguración en la vida cotidiana de toda la población, viéndose afectadas en mayor medida aquellas personas con altos niveles de vulnerabilidad. Justamente allí radicó el trabajo del dispositivo territorial, buscando facilitar el acceso al sistema de salud, poniendo el cuerpo y disponiéndolo subjetivamente para la escucha, generando, a su vez, prácticas que acompañen las estrategias vinculadas a la organización del cuidado. Sin embargo, para poder intervenir desde abordajes que partan de las singularidades de los sujetos, con base en la interdisciplina y la intersectorialidad, resulta imprescindible deconstruir

el modelo médico-hegemónico, pero ¿cómo desterramos las prácticas institucionalizadas en torno a la medicalización de los cuerpos y la criminalización de los usuarios? De allí la importancia de la organización como colectivo de trabajadores, la reflexión, el diálogo y la escucha al interior del equipo y su fortalecimiento.

Considero que en nuestro campo de intervención existe una adhesión a la narrativa que plantea la Ley Nacional de Salud Mental. Sin embargo, esto no se traduce en la realidad, ya que no hay presupuesto suficiente destinado al cumplimiento de la misma. Esta carencia se traduce en la no implementación de la Ley, situación que produce consecuencias iatrogénicas, que generan más daño que los padecimientos mismos. Ahora bien, partiendo de abordajes territoriales y comunitarios, me surgen interrogantes respecto a si existe o no una especificidad para el abordaje de la salud mental y los consumos problemáticos de sustancias. Dejando de lado el déficit de recursos: ¿qué es lo que determina que en muchas ocasiones no se acompañen estas situaciones problemáticas desde los efectores de primer nivel? ¿Y desde los Hospitales? No es mi intención dar una respuesta sino abrir espacio a la reflexión acerca de este tema, ya que, al fin y al cabo, las intervenciones en salud mental y consumo problemático deben integrarse a las tareas de los efectores de salud generales y que desempeñan tareas de promoción y prevención en el territorio, desde

la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Esto se convierte, a la vez, en un desafío para los equipos que conciben la salud como proceso desde la integralidad y singularidad de los sujetos.

En resumen, resulta necesario visibilizar y exigir de manera urgente la correcta implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, y una reforma de los servicios de salud mental, ampliando la existencia de dispositivos de atención comunitaria que ofrezcan una pausa en el consumo, un lugar donde ser y estar; fortaleciendo los efectores con mayores recursos tanto materiales como humanos, para el abordaje de situaciones de extrema vulnerabilidad y exclusión de usuarios de sustancias psicoactivas, donde sus subjetividades puedan ser alojadas, acompañadas, y sobre todo, respetadas.

Bibliografía

Bang, C. (2020b). "Salud Mental Comunitaria en el primer nivel de atención: Aprendizajes y desafíos en contexto de pandemia". *Revista Salud Mental y Comunidad*, Año 7, N° 9. Buenos Aires: Ediciones UNLa. Disponible en: http://www.unla.edu.ar/documentos/centros/salud_mental_comunitaria/revista/saludmentalycomunidad9.pdf

Faraone, S. e Iriart C. (2020). "Salud mental,

políticas públicas y trabajo vivo en el acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Año 10, N° 20. Buenos Aires. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/12/08_Faraone-1.pdf

Ley N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013. Boletín Oficial, Buenos Aires: Argentina.

Marlatt, G. A. (1998). Reducción del daño: Principios y estrategias básicas. *Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Cádiz.

Merhy, E. (2020). Conferencia en *Ciclo de diálogos. COVID-19: Analizador de las disputas e intersecciones entre redes de cuidados formales e informales en salud*. Facultad de Ciencias Sociales - UBA. Disponible en: http://www.sociales.uba.ar/2020/05/15/conferencia-de-emerson-merhy/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=conferencia-de-emerson-merhy

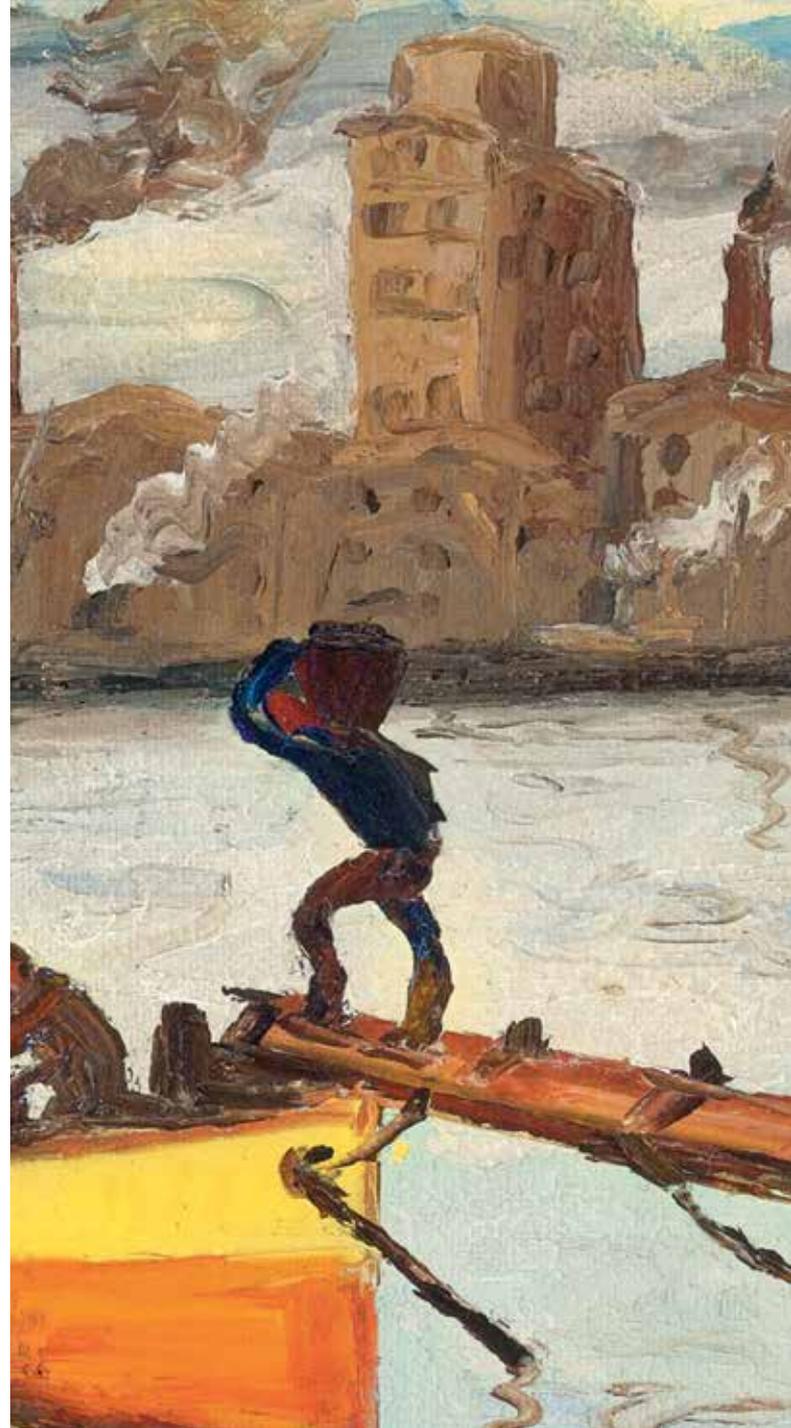
Stolkiner, A. (2020). "El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de

pandemia”. *Revista Soberanía sanitaria, Edición Especial - “Pandemia”* (pp. 22-26). Disponible en: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/edicionespecialpandemia.pdf>

Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). “Atención Primaria de la Salud y Salud mental: la articulación entre dos utopías”. En: Maceira, D. (comp.) (2007). *Atención primaria en salud: enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.

Notas

1) Se utiliza la “e” como herramienta clave para superar la categorización binaria y reduccionista del “usuarios” y “usuarias”, incluyendo el amplio universo de expresiones de género. Si bien el uso de la “x” es superador, se opta por la “e” para transitar con mayor facilidad la lectura del material.



Notas sobre la dimensión polisémica de los cuidados: consumos de sustancias, género y pandemia. Un estudio de caso en población adulta del conurbano bonaerense sur

Luciana Rubel

Lic. en Psicología (UBA). Residencia en Salud Mental, con sede en el Hospital Álvarez (CABA). Becaria doctoral CONICET-UNLa; Doctoranda en Salud Mental Comunitaria, UNLa.

luciana.rubel@gmail.com

Milena López Bouscayrol

Profesora en Enseñanza Media y Superior en Ciencias Antropológicas. Doctoranda en Antropología. Becaria Doctoral CONICET, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

mile.lopezb@gmail.com

Leandro Sabatini

Lic. en Psicología (UDA). Profesor en Enseñanza media y superior en Psicología (UNCu). Doctorando en Salud Mental Comunitaria UNLa. Observatorio Argentino de Drogas (Sedronar).

leandrosabatini@hotmail.com

Cecilia Pizzo

Lic. en Trabajo Social (UNSAM). Maestranda en Salud Mental Comunitaria UNLa. Observatorio Argentino de Drogas (Sedronar).

cecilia.pizzo27@gmail.com

Resumen

El presente artículo se propone aportar a la discusión y construcción de una perspectiva ampliada del concepto de cuidados para los usos de drogas. En marzo de 2020 la Sedronar impulsó una investigación acerca de los cambios en las experiencias de consumo de sustancias y de cuidados asociados al consumo, en el marco del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). En la misma, participó el Grupo de Trabajo sobre “Consumos, territorios y Derechos Humanos”, perteneciente al Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. El trabajo de campo realizado puso de relieve que aquello que el estudio definía como cuidados acotaba el universo de sentidos que las personas le daban al mismo. La polisemia desplegada en los grupos focales subvirtió la definición de cuidados contenida en el diseño del estudio original. Las personas describieron no sólo estrategias para hacer frente a los efectos indeseados de los consumos, sino que además señalaron a los propios consumos como prácticas de cuidado, asociándolos a la relajación y el alivio de malestares. Asimismo, al describir los cuidados los sujetos se alejaron de los efectos producidos por las sustancias en sí, para enfatizar en los contextos en los que se realizan los consumos. En los discursos de mujeres madres, resultó ineludible la referencia al cuidado de otros/as como condicionante de las prácticas

de consumo de sustancias, en un contexto de intensificación de las tareas de cuidado durante el ASPO. La multiplicidad de sentidos construidos acerca de los cuidados, relativos a los consumos de sustancias, pueden aportar a la construcción de categorías ampliadas sobre los cuidados en el campo de los usos de drogas.

Palabras claves: consumos de sustancias - cuidados - pandemia - género.

Abstract

The purpose of this article is to discuss and contribute to the construction of an expanded perspective on the concept of caring for substance use. In March 2020, Sedronar promoted research on changes in substance use and substance care experiences within the mandatory quarantine ordered by the government. The "Substance Use, Territories and Human Rights" Working Group, which reports to the Doctorate in Community Mental Health of the National University of Lanús (UNLa), took part in the study. The fieldwork highlighted that what the study defined as "care" was limiting the meaning that people gave to it. The polysemy displayed in the focus groups subverted the definition of care contained in the original study design. Subjects described not only strategies to cope with the undesired effects of substance use, but also pointed to

the idea of substance use itself as a care practice, associating it with relaxation and relief of discomfort. Likewise, when describing care, the subjects moved away from the effects produced by the substances themselves, to emphasize the contexts in which substance use takes place. Among mothers, there were many references to the caring of others as a conditioning factor for substance use, in a context of intensification of care tasks during the mandatory quarantine. The multiplicity of meanings constructed about care related to substance use can contribute to the construction of broader categories of care in the field of drug use.

Key Words: substance use experience - care - pandemic - gender.

Introducción

En el presente artículo describiremos y analizaremos algunos emergentes de los resultados obtenidos a partir de la investigación realizada por el Grupo de Trabajo (GT) sobre “Consumos, territorios y Derechos Humanos” (1), perteneciente al Doctorado en Salud Mental Comunitaria del Centro de Salud Mental Comunitaria “Dr. Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), junto a la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar). En el marco de la emergencia sanitaria decretada en Ar-

gentina a fines del mes de marzo de 2020, dicha Secretaría de Estado diseñó e implementó una investigación a nivel nacional con el objetivo de describir los cambios en las experiencias de consumo de alcohol, tabaco, medicamentos psicofármacos sin prescripción médica y drogas ilegalizadas, y cuidados asociados al consumo en la vida cotidiana, en población general de entre 18 y 59 años que reside en contextos urbanos del país, en el marco del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO).

En este contexto, la UNLa fue convocada a participar junto a otras seis universidades nacionales que fueron seleccionadas para el estudio en base a un criterio regional. Sobre la base de este trabajo de campo, la Sedronar ha recopilado los resultados principales de las seis regiones en un informe final (Sedronar, 2021) (2).

En el presente artículo nos proponemos retomar, en particular, los emergentes surgidos en la investigación acerca de los cuidados respecto a los consumos de sustancias en el marco del ASPO. En ese sentido, profundizaremos acerca de la polisemia desplegada en los grupos focales acerca de esta cuestión: no sólo porque los sentidos construidos subvirtieron la definición de cuidados contenida en el diseño del estudio y comunicada a los/as participantes durante el trabajo de campo, sino también porque aporta a la construc-

ción de una categoría ampliada sobre cuidados relativos a los consumos de sustancias, que desde el GT consideramos fundamental para aportar a la producción de prácticas de cuidado integrales para personas que, también, hacen uso de drogas (Fergusson y Góngora, 2012; Alexander, Merhy y Silveira, 2018).

Siguiendo a Franco y Merhy (2016), entendemos el cuidado como una producción de existencia; la dimensión cuidadora es una producción subjetiva que no puede prefabricarse, ni estereotiparse porque se rige por lo que ocurre en los encuentros entre las personas que participan en su producción. “De esta manera, la dimensión cuidadora se define como un espacio relacional donde pueden generarse procesos de acogida, vínculo y responsabilización” (Benet, Merhy y Pla, 2016: 230). Entre los componentes del cuidado en salud, se encuentran los saberes y el mundo subjetivo de las personas y los modos en que cada una construye sus necesidades en salud, desde un posicionamiento político que contempla el derecho a la diferencia y que reconoce la capacidad de autogobierno de las personas.

Los autores retoman los aportes de Foucault (1994) sobre el cuidado de sí mismo, en tanto “actitud en relación con uno mismo, con los otros, y con el mundo. [...] Preocuparse por uno mismo implica que uno reconvierta su mirada y la desplace desde el exterior, desde el mundo, y desde los otros, hacia sí mismo.

[...] Designa también un determinado modo de actuar, una forma de comportarse que se ejerce sobre uno mismo, a través de la cual uno se hace cargo de sí mismo, se modifica, se purifica, se transforma o se transfigura” (p. 35).

En esta línea, también retomamos la categoría de Muñoz Franco (2009) sobre cuidado de sí, definida por las significaciones y actitudes que asumen los sujetos –en nuestro caso, en relación a las experiencias de consumo–, para desarrollar prácticas de autocuidado orientadas a la producción de salud (Menéndez, 1998). Con el fin de reflexionar sobre los emergentes surgidos acerca de los cuidados en los grupos de mujeres, nos serviremos de los aportes de Rodríguez Enríquez y Marzonetto (2015) para repensar las diversas dimensiones afectadas por la organización social del cuidado –tiempo, ocio, esparcimiento, entre otras (Batthyány, 2009; Zibecchi, 2014)–, y su posible articulación con las experiencias de consumo de sustancias, para indagar en futuras investigaciones.

Algunas precisiones metodológicas

El corpus de información que nutre este artículo se basa en el trabajo de campo realizado en el marco de la investigación nacional sobre consumos en el ASPO, llevado a cabo por la Sedronar y seis universidades nacionales, de las que el GT formó parte. En pri-

mer lugar desarrollaremos algunas precisiones respecto a cómo fue formulado metodológicamente el estudio, de acuerdo a los objetivos fijados por la Sedronar. En segundo lugar nos interesa reflexionar respecto a cómo esta experiencia constituyó una oportunidad para el GT, para ampliar algunas discusiones a la luz del trabajo de campo y de los debates que se suscitaron al momento del análisis de datos. A medida que se analizaba la información recolectada, se desplegaban una serie de cuestiones que excedían los objetivos del estudio de Sedronar, pero que constituían una experiencia privilegiada para analizar algunas dimensiones en torno a los consumos y los cuidados.

El estudio se llevó a cabo a través de un diseño exploratorio-descriptivo enmarcado en un abordaje de tipo cualitativo (Minayo et al, 2004; Vasilachis de Gialdino, 2006). Desde un enfoque interpretativista, se apuntó a la comprensión del sentido de la acción social desde la perspectiva de los/as sujetos. Para ello, la técnica elegida fue la de Grupos Focales Virtuales (GFV), uno por cada grupo muestral, en función de los criterios de género –mujeres y varones, siguiendo una categorización binaria (3)– y de edad –jóvenes (18 a 34 años) y adultos/as (35 a 59 años)–. Dichos grupos consistían en entrevistas grupales semi-estructuradas coordinados por dos personas en función de algunos ejes y con el objetivo de propiciar un diálogo grupal e intercambio de opiniones.

La población objetivo estuvo conformada por personas de entre 18 y 59 años, residentes en contextos urbanos del país atravesados por el ASPO, que cumplieren los siguiente criterios: que al momento de participar del grupo focal contaran con condiciones para la conectividad virtual; que hubiesen consumido alcohol, tabaco, medicamentos psicofármacos sin prescripción médica o drogas ilegalizadas al menos una vez durante el transcurso del ASPO; que voluntariamente accedieran a participar del estudio; que no formaran parte de un mismo hogar con otros/as participantes; y que residieran en la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires (4).

La convocatoria se realizó por medio de las redes sociales de la Universidad y de dispositivos de atención de Sedronar de la zona sur del conurbano bonaerense. Para la inscripción, se utilizó un formulario de Google durante más de veinte días y luego se mantuvo un contacto telefónico con las personas inscriptas que cumplieran los criterios de inclusión de cada grupo según edad y género, y se acordó una fecha común para la realización del mismo. Podríamos señalar, como una posible limitación, que esta modalidad de convocatoria provocó cierto sesgo en la muestra, en tanto estuvo centrada en las redes de la Universidad. Asimismo el criterio de inclusión determinado por el acceso a una buena conectividad impidió la posibilidad de incorpo-

rar a personas en situación de vulnerabilidad social que no contaran con dicho requisito.

En el mes de agosto de 2020, se llevaron a cabo cuatro GFV con entre cinco y seis participantes por grupo, con un total de 22 participantes. Luego de la debida firma de los consentimientos informados, las reuniones virtuales se desarrollaron con una duración de entre 100 y 120 minutos, a través de la plataforma Zoom.

Las dimensiones abordadas en los distintos grupos hicieron énfasis en los cambios acaecidos entre el momento previo y el tiempo transcurrido durante aquellos primeros meses del ASPO y fueron las siguientes:

- Experiencias de vida cotidiana, mundo del trabajo, redes vinculares y usos del tiempo.
- Experiencias de consumos de sustancias: prácticas, situaciones, representaciones y sentidos atribuidos a los consumos.
- Experiencias de cuidado: estrategias y acciones singulares, estrategias y acciones colectivas, representaciones y sentidos del cuidarse/del cuidar y representaciones y sentidos de la salud y el bienestar.
- Situaciones asociadas al consumo que modificaron la vida cotidiana y situaciones problemáticas.

- Experiencias de estrategias de atención por problemas de consumo de sustancias.

El análisis de los datos cualitativos se realizó siguiendo los enfoques procedimentales, que incluyen el desarrollo de tareas de reducción de datos, disposición de datos, y extracción/ verificación de conclusiones (Huberman y Miles, 1994; Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1996). En el informe final elaborado por el GT se recopilaron los principales resultados de cada una de las dimensiones del estudio. También se aportaron algunos análisis transversales según tipo de sustancia involucrada en el consumo, género y edad.

Ahora bien, la confección del informe alimentó ciertos debates al interior del GT a raíz de la riqueza del trabajo de campo realizado que puso de relieve que aquello que el estudio definía como cuidados acotaba el universo de sentidos que las personas le daban al mismo. En ese sentido, interesa reponer el marco en el que fue abordada la temática dentro de los GFV y algunas otras dimensiones que surgieron al momento de tematizar los cuidados a fin de *exotizar lo cotidiano* (Da Matta, 1999) y realizar cierto proceso de *extrañamiento* (Lins Ribeiro, 2007) respecto de la categoría de cuidados.

Interesa realizar una mención respecto a la dimensión de la virtualidad. En el marco del ASPO, la única manera de realizar trabajo de campo que se

tornaba viable era a través de medios virtuales lo que, entendemos, se constituyó como una oportunidad para replantearnos algunos supuestos metodológicos y epistemológicos (Ardèvol et al, 2003). La mediación técnica (Latour, 1994) se convirtió en el único medio posible de realización de trabajo de campo en el marco del aislamiento. Lejos de constituirse en una limitación, creemos que fue central para el análisis no solo lo dicho por cada participante, sino también los modos en que se dieron las interacciones, los silencios y las prácticas en cámara (o fuera de ella).

Contextualizando los cuidados en el marco del ASPO

En los GFV se desarrollaron y abordaron todas las dimensiones detalladas anteriormente y se describieron en el informe final elaborado en conjunto con la Sedronar (Sedronar, 2021). Como dijimos, en este artículo nos proponemos analizar la categoría de cuidados que se trabajó en los distintos GFV en tanto resultó un emergente problemático al desplegar una multiplicidad de sentidos que subvirtieron la definición original del diseño del estudio, donde se presentó a los cuidados como “lo que hace para que el consumo no se vuelva un problema”. Repondremos, a continuación, algunos resultados principales que enriquecen el análisis de estos múltiples sentidos, que desarrollaremos en el próximo

apartado. Desde nuestro posicionamiento, las experiencias de cuidado deben ser analizadas integralmente, es decir, en articulación con otras dimensiones de la vida de las personas dado que implican experiencias de la vida cotidiana, redes vinculares, formas de pensar y sentir que hacen a los modos de vida particulares y singulares.

De acuerdo a lo relevado en el trabajo de campo, los cambios en la cotidianidad, asociados principalmente al agrupamiento de actividades diversas dentro de un mismo espacio físico, impactaron en cada una de las dimensiones que involucran la vida de las personas: los tiempos, el trabajo, los vínculos, las actividades sociales, las recreativas, entre otras. Entre las regularidades surgidas en los grupos focales, se señaló la presencia de tensiones en la convivencia, en un contexto de aumento de las tareas de trabajo en los hogares y ausencia de espacios de socialización por fuera de los mismos.

En relación a los consumos de sustancias, hasta el momento de la realización de los GFV, se situaron tres momentos en los cuales se localizaron diferentes modalidades de uso de las mismas: uno previo al aislamiento, y dos etapas diferenciadas dentro del período del confinamiento. Previo al ASPO, se relataron experiencias de consumo asociadas con actividades de socialización y encuentro con amigos/as (bares, fiestas,

salidas posteriores a actividades laborales, educativas o deportivas, eventos culturales).

Comenzado el confinamiento, algunas de estas actividades sociales se trasladaron a la modalidad virtual (reuniones virtuales, fiestas o eventos culturales por streaming) sosteniendo las dinámicas de consumo: por ejemplo, se evidenció un aumento del consumo de alcohol entre personas jóvenes, quienes consumían en el contexto de encuentros virtuales o fiestas por streaming. En un tercer momento y en consonancia con la consolidación de las rutinas impuestas por las medidas sanitarias, se produjo una reducción de los encuentros sociales virtuales, impactando en las experiencias de consumo. En este sentido, el consumo se vio interrumpido en algunos casos –mayoritariamente entre jóvenes que conviven con su grupo familiar– o se desarrolló en mayor medida en soledad, con una marcada función de “corte” entre la rutina cotidiana y el descanso. Asimismo, los usos de sustancias estuvieron asociados a la necesidad de distenderse o relajarse frente a los malestares que acarrearán las incertidumbres y problemáticas económicas, familiares y laborales en el marco del confinamiento. En estos casos las sustancias más elegidas fueron el alcohol, el tabaco y la marihuana.

Tanto en los grupos de jóvenes como de adultos, se destacó una ampliación de los momentos y espacios de consumo a actividades que antes no se asociaban

con el consumo, como el estudio y el trabajo. La permanencia en las casas extendió los momentos en los que es posible hacer uso de sustancias, al no tener que acudir a los ámbitos de trabajo o estudio y tener una mayor flexibilidad en los horarios para realizar dichas actividades. Se situó la noche como momento privilegiado para consumir, asociado a la búsqueda de desconexión de las exigencias cotidianas, de relajación y de tiempo libre. Esta función de “corte” para finalizar el día fue señalada también cuando se describió el uso de sustancias durante el fin de semana, como forma de imprimirle un corte a esa semana “desdibujada” por la acumulación de actividades diversas en un mismo espacio desde el confinamiento.

En relación a las representaciones y los sentidos asociados a los consumos de sustancias, no se evidenciaron cambios específicos a partir del ASPO. Se presentaron como regularidades las asociaciones de las experiencias de consumo a situaciones sociales, consideradas placenteras (encuentros con otros/as, en festejos, en actividades recreativas), si bien también surgieron algunas alusiones al uso de sustancias como aliviadoras de cierto malestar, caracterizado –en esta coyuntura– por cierta incertidumbre o sobrecarga de tareas.

En vistas a la polisemia de sentidos en torno a los cuidados desplegada por los/as participantes de los GFV,

creemos que estas dimensiones hasta aquí retomadas aportan algunos datos para pensar integralmente las experiencias de cuidado que analizaremos a continuación.

Algunas dimensiones de la polisemia en torno a los cuidados

En el presente apartado analizaremos los múltiples sentidos desplegados en los GFV en relación a los cuidados, en tanto los mismos trastocan la definición original aportada por el estudio. Focalizaremos en tres dimensiones de análisis surgidas del trabajo de campo, que abonan a la construcción de una categoría de cuidados en sentido ampliado.

Tal como lo mencionamos anteriormente, el estudio diseñado por la Sedronar definía a los cuidados como “lo que se hace para que el consumo no pase a ser un problema” y se proponía indagar acerca de las estrategias relacionadas con experiencias singulares y colectivas, orientadas a evitar situaciones de malestar físico, psíquico y/o emocional, así como relevar los posibles cambios en estas estrategias a partir del ASPO. En la práctica, una vez culminada la primera parte que versaba sobre los cambios en las experiencias de consumo durante el aislamiento, en los GFV se realizaba un corte por parte de la coordinadora, a fin de pasar a un segundo momento en el cual se indagaría sobre los cuidados relativos a los consumos de sustancias ya descrip-

tos. Se reponía la definición de cuidados sugerida por el estudio y, luego, se daba paso a una serie de preguntas que se repetían en relación a cada una de las sustancias mencionadas en los grupos (5).

Antes de analizar las tres dimensiones señaladas, resulta interesante remarcar que en todos los GFV se registró una menor espontaneidad para formular las respuestas frente a las preguntas que referían a cuidados. En los otros tópicos del intercambio, las personas rápidamente comenzaban a responder lo preguntado; en contraposición, en el bloque de cuidados los/as participantes se demoraron mayor tiempo en responder, solicitaron en varias oportunidades la repetición de la pregunta y manifestaron en distintas ocasiones no saber qué contestar o no tener alguna idea premeditada al respecto. Para propiciar el intercambio, desde la coordinación del GFV se reiteraba la definición de cuidados a la par que se invitaba a las personas a expresar lo que fuera que asociaran inmediatamente con aquella definición. En este interjuego de sentidos otorgados al cuidado entre lo que Sedronar proponía como tal en el estudio, lo que se repuso a nivel grupal en el momento de los GFV y las significaciones singulares atribuidas por cada participante, se desplegó una multiplicidad de sentidos de cuidado que analizaremos a continuación.

En primer lugar, surgieron una serie de relatos sobre estrategias de cuidado frente al consumo vincula-

das a morigerar malestares corporales, como la regulación de la cantidad de sustancia ingerida y las pautas de no consumir con el estómago vacío, hidratarse adecuadamente y no mezclar distintas sustancias en un mismo momento.

Yo generalmente lo que hacía era no mezclar, si empezaba con cerveza: era cerveza, no mezclar con vino, no mezclar. Mantener una línea coherente, ponerle, por decirlo de alguna manera. La experiencia mía de adolescente: arrancás con cerveza, tomás vino, pasás a bebida blanca; son las 3 de la mañana y estás arruinado, no te acordás de nada (Varón adulto).

Los cuidados para mí siempre fueron dos que no siempre los llevo a la práctica. Cuando los llevo a la práctica es: en algún momento, que siento que ya estoy tomando demasiado, tomar agua. Cortar con un par de vasos de agua y después seguir tomando, o comer y después seguir tomando (Mujer joven).

Consideramos que estas primeras respuestas brindadas por los/as participantes podrían remitir a una concepción biologicista e individualista del cuidado en salud que Menéndez (1990) describió como ras-

gos del Modelo Médico Hegemónico (MMH), en tanto el mismo *pregna* no solo la forma en que se ejerce la práctica médica, sino también los modos en que las personas entienden e interpretan sus propios procesos de salud/enfermedad/cuidado. No obstante, no debemos eludir que el disparador del intercambio sobre cuidados al interior de los GFV estuvo signado por la definición de cuidados como “lo que se hace para que el consumo no pase a ser un problema”, y de esa forma se abrió el debate con una conceptualización reduccionista acerca de los cuidados con énfasis en lo problemático, así como el MMH realiza el hincapié en lo patológico, en detrimento de la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad (Menéndez, 1988).

En contraposición a la participación subordinada y pasiva del paciente que encontramos entre los elementos centrales del MMH, algunas de las estrategias de cuidados planteadas por los/as participantes de los GFV permitieron visibilizar otras dimensiones de sus experiencias de cuidados que podrían leerse desde las categorías de autocuidado (Menéndez, 1990) y cuidado de sí (Muñoz Franco, 2009), en tanto saberes de los grupos sociales sobre sus procesos de salud/enfermedad/cuidado en contextos socioculturales específicos. Profundizado el diálogo y el intercambio con los/as otros/as participantes, surgieron algunas estrategias

que excedían el evitar que el consumo se convirtiera en un problema o prevenir efectos indeseados del mismo, y apuntaban a otras perspectivas en las que la propia experiencia de consumo se relacionaba con situaciones placenteras, de bienestar y relajación que se asociaban también con el cuidado. En particular, las prácticas de consumo de alcohol, tabaco y marihuana fueron asociadas a efectuar un corte en las tareas de estudio y trabajo, generar un momento de distensión personal y aliviar las tensiones con las personas convivientes en el marco del ASPO.

Me encuentro con mi pareja los fines de semana (...) No es que tomamos para reventar, sino para estar más zen, más relax (Varón joven).

[El consumo de tabaco] Lo tengo asociado a la tarde, cuando termino, me relajo, me siento más liberada de un montón de situaciones, es un placer tener un cigarrillo (Mujer adulta).

El hecho de estar encerrado con la nena 24 horas, con todo lo maravilloso que tiene, también tiene un lado negativo y como que estoy usando tanto los videojuegos, como mi momento de fumar, como para desconectar, y tratar de estar siempre de buen humor con la nena y con

mi pareja, con mi compañera (...) Yo creo que se debe a todas las presiones (...) Yo poquito a poquito voy sintiendo que me está costando un poco más, llegar a fin de mes, como que todo eso va sumando, y por un lado descargas. Encima que no podemos salir, no podemos hacer deportes, en algún lado recae toda esa ansiedad a futuras preocupaciones (Varón adulto).

Paro un poco y me toco un tema, si fumo porro (...) es como que también necesito generar ese momento donde digo: “Bueno listo, me relajé, estoy bien, voy a hacer algo para mí”. Desde cocinarme alguna comida que esté piola, tocar la guitarra o mirar un documental, ¿qué se yo? Que no me pasa, como decía ella, con el vino o con el pucho: eso es como más armarte un momento realmente libre para vos, hasta para irte a dormir quizás, pero de relajación absoluta digamos (Mujer joven).

Resulta interesante señalar cómo el consumo de marihuana –en particular– fue conceptualizado como una forma de cuidado entre los/as participantes más jóvenes. En una clara inversión de sentido, ya no se aludía a los efectos potencialmente nocivos para la salud que producía su consumo sino como algo que

propiciaba momentos de placer y de relajación y que promovía mayor bienestar en un contexto de aumento de las tensiones en el marco del aislamiento.

Es que el cuidado me parece que es consumir (...)
Es darse un mimo, es darse un cuidado, fumarse un faso. Y no, con mis conocidos no lo consideramos como algo a “cuidarnos de”(Mujer joven).

Claro, comparto eso como que en ese sentido el porro es el cuidado, digamos (...) Empieza a aparecer esto de: qué bueno que en el desborde que tenés por lo menos puedas fumarte un churro y decir: “Bueno, bajé un cambio”. Como que el cuidado en sí mismo vendría a ser el porro digamos (Varón joven).

El bajón es lo que más disfruto, amo comer, eso para mí no es un problema, al contrario, creo que la parte de cuidarse un poco el espíritu digo, ¿no? Con todo lo que está pasando y no solamente lo que pasa sino lo que nos pasa individualmente con esto del aislamiento, creo que los cuidados tienen que ser de la salud mental, de los espacios, de los tiempos, de esas cosas, ¿no? Del beneficio personal y la marihuana sinceramente no creo

que perjudique todo eso sino que creo que lo ayuda (Mujer joven).

En este sentido, la categoría de análisis de cuidado de sí descrita por Muñoz Franco (2009), desde la perspectiva de la Salud Colectiva, resulta iluminadora en tanto permite identificar las significaciones y actitudes que asumen los sujetos –en nuestro caso, en relación a las experiencias de consumo– como razón sin la cual no sería posible adoptar y desarrollar prácticas de autocuidado orientadas a la producción de salud. Comprender dichas significaciones y actitudes resulta primordial para superar una mirada reduccionista de las estrategias de cuidado que se limite a leer prácticas preventivas de efectos negativos para la salud y permita así aprehender los modos singulares de apropiación de prácticas de cuidado que se construyen en relación con los/as otros/as, en contextos socio-históricos específicos.

Por último, y en estrecha relación con esta ampliación de sentido recién formulada, algunas concepciones de cuidado apartaron el foco del consumo de la sustancia en sí y apuntaron a los contextos en los que se dan las experiencias de consumo, en el marco de la penalización por tenencia de ciertas sustancias en nuestro país. Concretamente, los varones adultos asociaron en distintas oportunidades a los cuidados la decisión de no

consumir marihuana en la calle luego de haber vivido la detención por parte de la policía por tenencia de marihuana en la vía pública.

Más que cuidado, cagazo a la policía. Es cuidado personal. Estaba viendo con todo lo que pasó en contexto de pandemia. Yo sufrí de adolescente con la maldita policía, así que nunca me llevé ni bien, ni mal. Es como que no los quiero cerca. Sí podría ser un cuidado, pero más que de la marihuana, de la policía (Varón adulto).

Yo una vuelta fui detenido por la policía, por marihuana. Lo único que, mirá qué loco eso, es lo que me llevó a hacer, es no fumar más en la calle. Hace tres años o un poco más, dejé de fumar en la calle marihuana (Varón adulto).

Resulta ineludible señalar que la hegemonía del paradigma prohibicionista actúa en los modos de entender los cuidados en relación a los consumos (Alexander, Merhy y Silveira, 2018). La histórica naturalización que tiene el consumo de drogas como el alcohol y el tabaco contrasta con la criminalización que sufren las personas que usan drogas alcanzadas por la Ley de Estupefacientes (1989). Históricamente, las políticas públicas en Argentina respecto al consumo y tenencia de drogas

han sido en su mayoría políticas penales, que recién en el año 2010 comenzaron a entrar en tensión con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Touzé y Mota, 2020). Los delitos por tenencia de drogas son en gran medida el resultado de detenciones en la vía pública y su blanco suelen ser hombres jóvenes (Corbelle, 2013 y 2016). No es casual entonces, que al momento de describir los cuidados, algunos varones relaten este tipo de experiencias que exceden cuestiones particulares y nos hablan de un marco más amplio en el que se insertan los consumos de sustancias signado por la presencia aún vigente del paradigma prohibicionista/abstencionista.

Luego de analizar la multiplicidad de sentidos construidos en torno a los cuidados relativos a los consumos de sustancias que emergieron en los GFV, consideramos que no podemos eludir un emergente que surgió entre las experiencias de las mujeres madres-jóvenes y adultas- que participaron de los GFV. En el siguiente apartado, desarrollaremos este emergente que funciona como analizador para seguir repensando la categoría de cuidados desde un sentido ampliado.

Intersecciones entre cuidados, consumos y género

Al indagar acerca de los cuidados vinculados específicamente a los consumos de sustancias, se advirtió una respuesta común entre las mujeres ma-

dres: la relación entre las prácticas de cuidado de sus hijos/as y el consumo de sustancias. En particular, relataron que el incremento de las tareas de cuidado de niños/as en el hogar en el marco del ASPO condicionaba sus prácticas de consumo de sustancias.

Mujeres madres, jóvenes y adultas, describieron cómo la intensificación de dichas responsabilidades generó cambios en las situaciones de consumo: en lo que hace al tabaco, una mayor delimitación de los espacios de consumo y, en relación a marihuana y alcohol, una disminución de su consumo como asociación directa a las responsabilidades en las tareas de cuidado.

Las mujeres madres que consumían tabaco manifestaron en todos los casos una demarcación de los lugares de consumo al interior de las viviendas, priorizando los espacios abiertos cuando se estaba al cuidado de hijos/as pequeños/as. Esta preocupación se revelaba como consecuencia directa del aislamiento, en tanto previo al ASPO dicho consumo se realizaba en el ámbito laboral o en el espacio público.

Adentro de mi casa no se fuma, antes que naciera la beba, no fumamos acá adentro, nunca se fumó. Entonces salgo afuera a fumar. A lo mejor antes era un pucho, dos puchos en la parada de colectivo, y ahora con la beba tengo que salir al pasillo, o a la terraza o a dar una vuelta, para po-

der verla a ella y fumarme un cigarrillo (Mujer adulta).

No, a mí lo que me pasa, es medio cliché lo que voy a decir, pero es como que el pucho es un compañero. O sea, a mí me pasa que antes por ahí no necesitaba buscar estos espacios de paz y tranquilidad porque bueno, me iba a cursar y a veces a la nena la dejaba o ¿qué se yo? Me iba un rato a lo de una amiga, media hora aunque sea y tenía mi momento de paz, ahora es como que acudo al cigarrillo para decir: “Bueno me voy al patio”, porque adentro no se fuma, quince minutos, me fumo un pucho, me pongo con el celu, me cuelgo y descanso de la mini bestia aunque sea un ratito (Mujer joven).

En contraposición, si bien algunos varones con hijos/as refirieron salir a fumar a un espacio exterior de la casa, esto no venía acompañado de una reflexión respecto al cuidado de los/as más chicos/as.

Es como que me está saturando un poco el cigarrillo ahora, pero con el encierro es como que se me potenció. Y es muy contradictorio porque capaz me estoy fumando un pucho, digo: “¡Uh! ¿Qué hago con esta mierda?” ¡Pum!, lo apago y

me meto adentro y a los diez minutos salgo y me prendo otro y ese lo fumo normal, después me meto y a la media hora me pasa lo mismo. Como que estoy muy contrariado con mi propia adicción del cigarrillo (Varón adulto).

Para mí es un vicio el cigarrillo, y lo controlo más estando encerrado que cuando estaba afuera. Me propuse solo fumar en el balcón. Pero creo que también te sirve para controlarte a vos mismo, te das cuenta en mi caso en el tema del cigarrillo ¿no? Es qué cantidad de veces que fumas por una cuestión de ansiedad de nervios, de trabajo, es más por una cuestión de costumbre, que de necesidad. No me dan ganas de salir entonces no fumo (Varón adulto).

En cuanto al consumo de alcohol y marihuana, las mujeres madres señalaron una disminución de su uso al estar a cargo de las tareas de cuidado de sus hijos/as pequeños/as; tareas que se vieron incrementadas a partir del confinamiento.

Es que consumía cuando iba a la casa de mis amigos, que por lo general eran los fines de semana, a veces me traía algo, alguna florcita, pero es lo mismo que el alcohol, cuando estoy con la bebé

no consumo. Ninguna sustancia porque no estás atento igual, así que a lo mejor me traía y sola es medio aburrido fumar igual, pero bueno (Mujer adulta).

Si tengo que cuidar a alguien o estoy en alguna situación que puede pasar algo quizás trato de no fumar, como para estar bien despierta si querés, si mi nena se siente mal por ejemplo, alguna cuestión así como que no sabés si tenés que disparar para algún lado. Y entonces ahí decís: “Bueno, no fumo”, pero fuera de eso no he tenido ningún cuidado. He fumado antes de ir a laburar, he fumado antes de rendir y me siento re bien para hacerlo (Mujer joven).

Consideramos ineludible señalar la fuerte presencia de las tareas de cuidados en los discursos de las mujeres madres, en consonancia con los aportes que distintas autoras identifican con la organización social del cuidado. Siguiendo a Rodríguez Enriquez y Marzonetto (2015), la misma resulta injusta en tanto la distribución de dichas responsabilidades se vincula con cierta naturalización de la capacidad de las mujeres para cuidar. No obstante, lejos de ser una capacidad natural, se trata de una construcción social sustentada por las relaciones patriarcales de género, que se sostiene

ne en valoraciones culturales reproducidas por diversos mecanismos sociales. Las acciones, los tiempos, los conocimientos y los afectos involucrados en el acto de cuidar (Batthyány, 2009) no solo generan la pérdida de posibilidades de inserción en el mercado laboral -mayormente descripta-, sino también la renuncia a tiempos de descanso, de esparcimiento y de ocio (Zibecchi, 2014), tiempos a los que hicimos alusión en el presente estudio.

Si en el caso de las mujeres, la intensificación de las tareas de cuidado de los/as hijos/as en el ASPO suscitó una disminución de las prácticas de consumo de sustancias, muy distinta fue la experiencia relatada por los varones con hijos/as. En este caso, el aumento del tiempo al interior de los hogares en el marco del ASPO se asoció con mayor regularidad a un incremento del tiempo de ocio y esparcimiento y de actividades recreativas -en muchos casos asociando estos momentos al uso de sustancias-.

Estoy fumando más, sobre todo a la noche, que capaz que me quedo mirando boludeces o jugando a los videojuegos, que vas, venís y me termino fumando dos en una noche (Varón adulto).

Yo fumo marihuana, flores, por ahí no sé si hay mucha diferencia [con el momento previo al

ASPO], pero en general lo hago cuando salgo a leer al balcón; ahora en días de pandemia, por ahí llevaba para fumar y mientras leía, o para tocar (Varón adulto).

Si desandamos el camino desde estas intersecciones y polisemias hasta nuestra concepción de cuidados adoptada por Emerson y Merhy (2016), por la línea de fuga que abren en acto los discursos de las mujeres podremos visibilizar cómo las prácticas de cuidado adquieren diferentes cualidades y sentidos según el género.

A pesar de que tanto para los varones como para las mujeres, el encuentro con la sustancia, en el contexto de pandemia, podía significar un encuentro de producción de cuidado, para las mujeres madres las prácticas de cuidado ponderadas respondían al cuidado de otros/as, mientras que en los varones se resaltaba el consumo de sustancias como práctica de cuidado de sí.

Consideraciones finales

En el presente artículo analizamos los emergentes en torno a los cuidados que surgieron luego del análisis de resultados de la investigación realizada en conjunto con Sedronar. Respecto a esta dimensión en particular, consideramos que se desplegó una polisemia acerca de los sentidos que las personas atribuyeron a los cuidados en torno a los consumos de sustancias.

La multiplicidad de sentidos emergió en las dinámicas grupales, subvirtiendo así la definición de cuidados propuesta en el diseño del estudio como “lo que se hace para que el consumo no pase a ser un problema”.

En el intercambio, a partir de este disparador propuesto en los GFV, surgieron estrategias para evitar malestares corporales, pero también se desplegaron sentidos acerca de los efectos buscados del consumo, como la relajación, la distensión y la reducción de malestares, llegando en ocasiones a señalar al propio consumo como un cuidado. Asimismo, los sujetos se alejaron de los efectos producidos por las sustancias en sí, para enfatizar en los contextos en los que se dan esos consumos (Mota Ronzani y Touzé, 2020). Por un lado, algunos varones señalaron no consumir en la calle, luego de haber sido detenidos por la policía por tenencia de marihuana en la vía pública. Por otro lado, resultó ineludible en los discursos de las mujeres la fuerte presencia de las tareas de cuidado (Rodríguez Enriquez y Marzonetto, 2015), en particular intensificadas durante el ASPO. Las prácticas de consumo analizadas se produjeron diferencialmente entre mujeres y varones, condicionadas por la carga femenina de las tareas de cuidado. Esta última regularidad encontrada entre los resultados del presente estudio reafirma la necesidad de transversalizar la perspectiva de género en próximas investigaciones, en consonancia

con la difusión de análisis relativamente recientes sobre los usos de drogas y los condicionantes de género (Romo Avilés, 2006; Moraes, Castro y Petuco, 2011).

Entendemos que los sentidos construidos en el marco del presente estudio acerca de los cuidados relativos a los consumos de sustancias pueden aportar a la construcción de una categoría ampliada sobre los cuidados en el campo de los usos de drogas. En primer lugar, para poder cuestionar los abordajes hegemónicos de criminalización y medicalización de los consumos que ya demostraron su ineficacia (Ruchansky, 2015; Mota Ronzani y Touzé, 2020). Pero también para poder producir categorías de cuidado a partir de las significaciones y actitudes que los sujetos asumen (Muñoz Franco, 2009) –en nuestro caso, en relación a las experiencias de consumo– para desarrollar prácticas de autocuidado orientadas a la producción de salud (Menéndez, 1990). Consideramos que se trata de una dimensión ineludible para la construcción de abordajes integrales en el campo de los consumos, que contemplen el cuidado producido en toda su complejidad, en las múltiples procesos relacionales construidos por los/as usuarios/as (Fergusson y Góngora, 2012; Alexander, Merhy y Silveira, 2018).

Agradecimientos

En primer lugar, a todas las personas que participaron de los grupos focales virtuales, por la predis-

posición y por el generoso aporte de información que brindaron con el fin de contribuir a la construcción de conocimientos para el diseño de políticas públicas.

Al equipo de la Dirección Nacional de Investigación y Estadísticas de Sedronar, en particular a María Pía Pawlowicz y Juan Salaberry, por la invitación, el acompañamiento constante y el intercambio de saberes. A las autoridades de Sedronar, por haber otorgado financiamiento al trabajo de investigación.

Y a las autoridades de la UNLa, especialmente a Alejandra Barcala –directora del Doctorado en Salud Mental Comunitaria– y Alejandro Wilner –coordinador del Centro de Salud Mental Comunitaria “Dr. Mauricio Goldenberg”–, por el compromiso con el que asumen este tipo de iniciativas, que acercan la universidad pública a los territorios.

Bibliografía

Alexander, B., Merhy, E. y Silveira, P. (2018). *Criminalização ou acolhimento. Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas.* Brasil: Editora Rede unida.

Ardèvol, E. et al. (2003). Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. *Athenea Digital*, 3, 72-92. Recuperado de: <https://atheneadigital.net/ar->

[ticle/view/n3-ardevo-bertran-callen-et-al/67-pdf-es](#)

Batthyány, K. (2009). “Género, cuidados familiares y uso del tiempo”. En: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Ed.), *Uruguay desde la sociología VII* (177-198). Montevideo: DS-FCS-UdelaR.

Benet, M., Merhy E. E. y Pla, M. (2016). Devenir cartógrafa. *Athenea Digital*, 16 (3), 229-242.

Corbelle, F. (2013). “Las causas por infracción a la ley de drogas. De la detención policial al procesamiento judicial”. En: Epele, M. (Ed.), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (233-252). Buenos Aires, Antropofagia.

Corbelle, F. (2016). Dar la cara como “usuario responsable”. *El activismo político de los usuarios de drogas: de la clandestinidad al congreso nacional.* (Tesis doctoral). Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Da Matta, R. (1999). “El oficio del etnólogo o cómo tener “Anthropological Blues””. En: Boivin, M. F., Rosato, A. y Arribas, V. (Ed.), *Constructores de otredad* (172-178). Buenos Aires: Antropofagia.

Fergusson, S. y Góngora, A. (2012). “La relación entre personas y drogas y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad: críticas y perspectivas desde América Latina”. En: *Segunda Conferencia Anual del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas –COPOLAD-*, Bruselas.

Foucault, M. (1994). *La hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.

Franco, T. B. y Merhy, E. E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Huberman, A. M. y Miles, M. B. (1994). “Data management and analysis methods”. En: Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (Ed.). *Handbook of qualitative research* (428-444). Londres: Sage Publications.

Latour, B. (1994). On technical mediation-philosophy, sociology, genealogy. *Common Knowledge*, 3 (2), 29-64.

Ley 23.737 (10/10/1989). Honorable Congreso de la Nación Argentina (HCNA). Ley de estupefacientes.

Ley 26.657 (02/12/2010). Honorable Congreso de la Nación Argentina (HCNA). Ley Nacional de Salud Mental.

Ley 26.934 (29/05/2014). Honorable Congreso de la Nación Argentina (HCNA). Crease el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos.

Lins Ribeiro, G. (2004). “Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica”. En: Boivin, M., Rosato, A. y Arribas, V., *Constructores de otredad (194-198)*. Buenos Aires: Antropofagia.

Maruza, C. (2020). “Despatologización trans en la formación de psicología”. En: Sustas, S.E., Tapia, S. A. y Venturiello, M. P. (Ed.), *Investigación e intervención en salud (277-306)*. Buenos Aires: Teseo.

Menéndez, E. L. (1988). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. En: *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires.

Menéndez, E. L. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.

Moraes, M., Castro, R. y Petuco, D. (Org.)

(2010). *Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde*. Recife: Instituto PAPAI.

Mota Ronzani, T. y Touzé, G. (2020). Consumos de sustancias psicoactivas: del castigo al cuidado. *Salud Colectiva*, 16, 1-4. doi: 10.18294/sc.2020.3100.

Muñoz Franco N. E. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis. *Salud Colectiva*, 5(3): 391-401.

Pérez, M. y Radi, B. (2018). El concepto de “violencia de género” como espejismo hermenéutico. *Igualdad, autonomía personal y derechos sociales* (8), 69-88.

Radi, B. (2020). Notas (al pie) sobre cis-normatividad y feminismo. *Ideas. Revista de filosofía moderna y contemporánea* (11), 23-36.

Rodríguez Enriquez y Marzonetto (2015): Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Perspectivas de Políticas Públicas*, 4 (8): 103-134.

Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la inves-*

tigación cualitativa. Málaga: Aljibe.

Romo Avilés, N. (2006). Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres. *Monografía Humanitas, Fundación Medicina y Humanidades Médicas* (5), 69-83.

Ruchansky, E. (2015). *Un mundo con drogas*. Buenos Aires: Debate.

Sedronar (2021). Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio por Covid-19. Eje 2: Modificaciones de las prácticas de consumo de sustancias en población general. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/aspo_eje_2_informe_final_3_1.pdf.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de Investigación cualitativa*. España: Gedisa.

Zibecchi, C. (2014). *¿Cómo se cuida en Argentina?: Definiciones y experiencias sobre el cuidado de niños y niñas*. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.

Notas

1) El estudio fue realizado por las/os autoras/es del presente artículo, Matías Segatorri y Lucía Alazraki. Todas/os integrantes del Grupo de Trabajo sobre “Consumos, territorios y Derechos Humanos”, perteneciente al Doctorado de Salud Mental Comunitaria de la UNLa.

2) El informe “Estudio Nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio por COVID-19. Eje 2: Modificaciones de las prácticas de consumo de sustancias en población general” se encuentra publicado en la página de la Sedronar y se puede acceder en el siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/aspo_eje_2_informe_final_3_1.pdf.

3) Siguiendo a Pérez y Radi (2018), Radi (2020) y Maruzza (2020), consideramos que el uso de categorías binarias de género en investigación perpetúa el ejercicio de violencias epistémicas contra las personas invisibilizadas por dicha categorización, que se traduce también en una falta de producción de saberes que repercutan en políticas que debieran combatir las opresiones que sufren.

Es interesante resaltar que la Ley 26.743 de Identidad de Género no establece una categoría administrativa ni alude a ningún género en particular, por el contrario, establece el derecho de “toda persona” “al reconocimiento de su identidad de género” (Art. 1°).

4) La región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires es la que corresponde a la UNLa, en tanto comprende a los municipios de Lanús, Avellaneda, Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lomas de Zamora y Quilmes.

5) En cada uno de los bloques organizados por sustancias (alcohol, tabaco, psicofármacos y sustancias ilegalizadas) se realizaban las siguientes preguntas: Si hablamos del consumo de [nombre de la sustancia], generalmente ¿de qué formas se cuidaban antes del aislamiento a ustedes mismos o entre todas/os o a los demás para no pasarse, o “sentirse mal”? ¿De qué maneras en su ambiente de conocidos/as se cuidan habitualmente cuando consumen? Y esas formas de cuidarse ¿en qué cambiaron con el aislamiento? ¿Y en qué siguen igual? ¿En algún episodio de consumo detectaron algún efecto (te sucedió algo) que no los hizo sentir cómodos/as? En caso de que sí, ¿cómo actuaron?



Registro en Salud Mental: Instrumento y Estrategia para pensar los procesos de atención durante la pandemia

Sabrina Ana Ballatore

Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. UNR. Dirección Provincial de Salud Mental. Ministerio de Salud. Santa Fe. Rosario.

sabrina-ballatore@hotmail.com

Paula Boris

Psicóloga. Mat 7238. SAMCO "Eduardo Matteo" General Lagos. Santa Fe. Mat 4363.

borispaula@hotmail.com

Resumen

Este escrito surge de la experiencia de trabajo durante los primeros meses de pandemia por Covid-19 en una institución del primer nivel de atención en una pequeña localidad al sur de Santa Fe. Durante este período los abordajes, procesos de atención y estrategias han tenido que ser transformadas y adecuadas a las nuevas medidas preventivas de distanciamiento físico. Frente a esta nueva realidad, el objetivo de este trabajo es poder analizar, describir y comparar los procesos de atención durante este periodo de trabajo en relación al año anterior. Como instrumento principal para llevar adelante el análisis se tomaron los registros en salud mental obtenidos desde SICAP (Sistema de Integral para los Centros de Atención Primaria). Los diagnósticos obtenidos en los registros se agruparon en Problemáticas socio-subjetivas que surgen como categorías para pensar la accesibilidad y los procesos de salud-enfermedad-cuidados. Durante el análisis y a modo de reflexión se observa que los motivos de consultas, las

prácticas y sus condiciones se diferencian entre el año 2019 y el 2020; debido a las medidas preventivas adoptadas por las instituciones de salud para la atención de la población.

Palabras clave: registros en salud mental - problemáticas socio-subjetivas - accesibilidad - pandemia - procesos de atención.

Abstract

This writing arises from the work experience during the first months of the Covid-19 pandemic in an institution of the first level of care in a small town south of Santa Fe. During this period the approaches, care processes and strategies have had to be transformed and adapted to the new preventive measures of physical distancing. Faced with this new reality, the objective of this work is to be able to analyze, describe and compare the care processes during this work period in relation to the previous year. As the main instrument to carry out the analysis, the mental health records obtained from SICAP (Comprehensive System for Primary Care Centers) were taken. The diagnoses obtained in the records were grouped into socio-subjective problems that emerge as categories to think about accessibility and health-disease-care processes. During the analysis and by way of reflection, it is ob-

served that the reasons for consultations, practices and their conditions differ between 2019 and 2020; due to the preventive measures adopted by health institutions to care for the population

Key words: mental health records - socio-subjective problems - accessibility - pandemic - care processes.

Territorio como construcción

El presente trabajo propone analizar las atenciones en salud mental durante la pandemia, en un establecimiento de salud de una localidad de la zona metropolitana del Gran Rosario, de aproximadamente 5.000 habitantes. Dicho efector corresponde al Primer Nivel de atención siendo el único efector de salud pública de la localidad que ofrece atención los 365 días del año, las 24 horas. Se rige bajo la ley Provincial 6312/67, S.A.M.Co: "Servicio para la Atención Médica de la Comunidad", promulgada durante el gobierno de facto de Onganía.

Este artículo pretende ser un aporte para la lectura de los modos de trabajo, buscando interpretar el proceso salud-enfermedad-cuidados (s-e-c), a través de un marco relacional dentro de la emergente y novedosa situación sanitaria que estamos atravesando. No tiene por objeto describir la frecuencia ni distribución de las

enfermedades y eventos de salud de dicha población. La Ley de Salud Mental N°26.657/2010, en su capítulo II Art 3°, define 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”.

Utilizamos los registros de atención como fuente e instrumento de análisis, porque consideramos que los mismos son no solo un derecho del paciente, como lo estipula la ley 26.529/2009, sino también posibilitan planificar los abordajes, autoevaluar las intervenciones y el desarrollo del proceso.

Durante el año 2020 la modalidad de trabajo en salud se vio afectada por la pandemia y el consecuente aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO). En este periodo de tiempo no se contó con las herramientas y recursos inter e intra-institucionales habituales (Redes), poniendo en crisis tanto al sistema de salud, como al educativo y de desarrollo social. Previa a la pandemia eran frecuentes las reuniones entre equipos para el abordaje de ciertas situaciones, la población contaba con espacios más allá de la atención ambulatoria en salud como, por ejemplo, talleres comunitarios, clubes, talleres culturales, escuelas, etc.

Como sabemos, el Campo de la salud no se re-

duce al Sistema y mucho menos al establecimiento de salud. Un abordaje en Atención Primaria de la Salud se fundamenta en una lógica intersectorial, que es en sí misma una acción clínica y política. Frente a esta nueva situación, en el mes de marzo de 2020, los profesionales de salud mental de la zona redactamos una propuesta de trabajo para implementar en cada efector (1), que consistía en diferentes estrategias de atención entendiendo que las consultas y las demandas de salud mental no iban a dejar de existir, ni podían ser desatendidas.

En el establecimiento seleccionado para nuestro análisis, una de las principales medidas fue cancelar los turnos programados en el servicio de salud mental, dándole lugar sólo a consultas presenciales que revestían el carácter de urgencias. Por otro lado, se propuso que los psicólogos acompañaran al equipo (médicos, enfermeros, administrativos etc.), que por primera vez debía asistir pacientes con riesgo de contraer Covid 19, enfrentándose a esta nueva realidad sanitaria.

Este escrito tiene como eje fundamental analizar la accesibilidad, entendida como el diálogo que debiera darse entre lo que ofrecemos como Sistema y aquello que la Población demanda, no necesariamente equivalente a lo que necesita (Comes et al., 2007). Diálogo que debe pensarse como categoría dinámica. Es decir, no se puede ofrecer como sistema de salud la misma respuesta sostenida en el tiempo, sin atender las particularidades

sociales, culturales, económicas e históricas de la época. La actual situación sanitaria a nivel mundial viene a recordarnos este concepto. Cristina Laurell dirá que lo específicamente nuevo que ha surgido de la problematización de la salud-enfermedad en cuanto proceso social, es plantear el nexo bio-psíquico como la expresión concreta de la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado (Laurell, 1987).

Los Registros como Proceso

El Plan Nacional de Salud Mental plantea como un eje prioritario “establecer criterios de registro y sistematización de los diagnósticos y las prácticas adoptadas por los equipos responsables del proceso de atención que se basen en normas y/o estándares validados, de modo tal, que permitan su comparación a nivel jurisdiccional, nacional e internacional (Plan Nacional de Salud Mental, 2013: 30).

Para llevar adelante este análisis se tomaron los datos mediante reportes del Sistema de Integral para los Centros de Atención Primaria (SICAP) de la provincia de Santa Fe. El sistema permite la automatización de diversos procesos administrativos y asistenciales tales como: carga de historia clínica familiar, otorgar turnos programados, registro de pacientes vacunados, etc. El sistema fue desarrollado por la Sectorial de Informática, perteneciente

al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Se toma como período de análisis desde el 20 de marzo del 2020 hasta el 20 de septiembre del mismo año; es decir, el recorte temporal inicia con el decreto de aislamiento social obligatorio. Para poder realizar una comparación interanual se decide tomar el mismo período del año anterior (2019).

El análisis se realiza sobre el reporte de SICAP: “Total de diagnósticos por grupo etario y sexo”. Se seleccionaron los siguientes Servicios: Medicina general, Psicología, Pediatría, Psicopedagogía, Guardia y emergencias. Incluir estos servicios, y no solo Psicología, implica pensar la Salud desde una Clínica Ampliada entendiendo que los padecimientos subjetivos pueden presentarse como “motivos de consulta” en diferentes servicios. Una clínica ampliada no implica una negación de las especialidades, pero sí su incorporación en procesos de trabajo en salud horizontales, integradores e interdisciplinarios.

Es importante aclarar que el reporte obtenido de SICAP para hacer el presente trabajo es en base al *Total de los Diagnósticos*. No se están mostrando el total de consultas ni el total de personas atendidas. Existe el registro de atenciones sin diagnósticos, que obviamente no fueron incluidas en este análisis. Asimismo, un diagnóstico puede aparecer más de una vez según un mismo paciente. Se llevó a cabo una selección en

base a los siguientes grupos diagnósticos de la CIE-10:

F- Trastornos mentales y del comportamiento.

R- Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

T- Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

X- Y Causas externas de morbilidad y mortalidad.

Z- Factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios de salud.

Dentro de esos grupos diagnósticos se hizo un recorte de aquellos que guardan relación con problemáticas de salud mental. Únicamente del GRUPO F, que corresponde a Trastornos mentales y del comportamiento, se tomó en su totalidad:

GRUPO R: (R40-R46) Síntomas de enfermedades que afectan al comportamiento y al conocimiento.

GRUPO T: (T36-T50) Intoxicaciones por fármacos; **(T51-T65)** Intoxicaciones por sustancias no medicinales y **(T66-T78)** Lesiones por otras causas externas.

GRUPO X -Y: (X40-X49) Envenenamientos acciden-

tales; **(X60-Y36)** Otras causas externas de mortalidad y **(X85-Y09)** Agresiones varias.

GRUPO Z: (Z55-Z65) Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales y **(Z70-Z76)** Consultas.

Se utilizó como herramienta de referencia el instructivo “Propuesta De Registro De Consulta Ambulatoria De Salud Mental En La Red De Servicios De Salud” (en adelante INSTRUCTIVO), realizado por la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Rosario, en conjunto con la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. Dicho instructivo tiene como objetivo principal registrar los procesos de atención en salud mental desde la lógica de Atención Primaria de Salud en el primer nivel del sistema de salud, y toma como marco la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657.

A partir de los datos obtenidos de SICAP, agrupamos los diferentes diagnósticos en las siguientes categorías: neurosis, psicosis, problemas del desarrollo en infancias y adolescencias, ansiedad, Depresión, consumo problemático, suicidio, síntomas físicos, síntomas emocionales, discapacidad, inequidad, problemáticas vinculadas a la infancia, problemáticas vinculadas a lo social, problemáticas vinculadas a lo familiar, violencias y otras consultas.

Tabla N° 1: Problemáticas sociosubjetivas/Códigos. Marzo-septiembre de 2019 y 2020

Problemáticas Sociosubjetivas	Año	
	2019	2020
Neurosis	F420/F489/F603/F39X/F609/F439/F454/F500/ F505/F515/F69X/F063/F348/F388/F401/Z865	F489/F603/F420/F439/F509/F519
Ansiedad	F064/F419/F408/F409/F410/F411/F418	F498/F409/F410/F419/F064
Consumo problemático	F131/Z720/Z721/Z728/Z813/Z864	
Depresión	F320	F320/F321/F328/F329
Discapacidad	Z736	F709/Z736
Inequidad	Z579/Z598/Z599/Z560/Z566/Z567	Z560/Z598/Z599
Problemas del desarrollo en infancias y adolescencias	F809/F819/F83X/F840/F849/F900/F919/F939/ F980/F989/Z554	F802/F819/F849/F919/F941/F988
Problemáticas vinculadas a la infancia	Z612/Z617/Z618/Z619/Z626/Z629	Z618/Z619/Z626/Z628/Z629
Problemáticas vinculadas a lo social	Z653/Z592/Z593/Z608	Z651/Z658
Problemáticas vinculadas a lo familiar	Z630/Z631/Z632/Z635/Z637/Z638/Z639	Z630/Z632/Z635/Z637/Z638/Z639
Psicosis	F209/F29X	F206/F228
Síntomas emocionales	R450/R453/R454/R457/R458	R450/R453/R454/R457R458
Síntomas físicos	R451/R42X/R448/Z732	R451/Z732
Suicidios	X782/Z915	
Violencias	T744	T742/T749/T743/T744/Y070

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de SICAP, lectura 06/10/2020.

Llamamos “problemáticas sociosubjetivas” a este grupo de categorías en coherencia a como pensamos el proceso s-e-c. La Salud es un concepto dinámico, constituido

por diferentes dimensiones: social, cultural, biológica, psicológica, histórica, económica, etc.

Tabla N° 2: Problemáticas sociosubjetivas. Marzo-septiembre de 2019 y 2020

Problemáticas sociosubjetivas	Año	
	2019	2020
Neurosis	117	130
Ansiedad	54	31
Consumo problemático	22	0
Depresión	1	12
Discapacidad	12	3
Inequidad	10	7
Problemas del desarrollo en infancias y adolescencias	85	12
Problemáticas vinculadas a la infancia	30	7
Problemáticas vinculadas a lo social	10	2
Problemáticas vinculadas a lo familiar	83	60
Psicosis	2	2
Síntomas emocionales	55	19
Síntomas físicos	21	2
Suicidios	4	0
Violencias	3	14
Otras consultas	36	16
Total	545	317

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de SI-CAP, lectura 06/10/2020.

En este sentido, se requiere una mirada crítica sobre los sistemas clasificatorios que no contemplen estas dimensiones entrelazadas. No es el objetivo de este trabajo que las modalidades del padecimiento subjetivo con las que trabajamos a diario devengan en cuadros nosográficos. Pensar la respuesta del sistema de salud frente a cuadros nosográficos, o frente a problemáticas sociosubjetivas nos posiciona clínica, ética y políticamente distinto frente al sufrimiento.

A partir de los datos obtenidos se puede vislumbrar que durante el 2020 decrecieron abruptamente los diagnósticos relacionados a “problemáticas vinculadas a las infancias”. Esto probablemente se deba al aislamiento social, preventivo y obligatorio que impidió a los niños y adolescentes concurrir a las instituciones educativas. Los diagnósticos relacionados a Infancia en el año 2019 surgen de las demandas que en su gran mayoría realizan las instituciones educativas o los padres ante las dificultades en ese ámbito.

Las consultas durante el 2020 correspondan en su mayoría a consultas espontáneas, habiéndose interrumpido el seguimiento de los pacientes por problemáticas no asociadas a Covid-19. Esto se reflejaría en la reducción de diagnósticos por “problemáticas vinculadas a lo social y a las infancias”. Estas problemáticas corresponden a construcciones que se van armando dentro del trabajo histórico/clínico con el paciente.

Por otro lado, se registra una mayor cantidad de diagnósticos por “Dificultades en el vínculo familiar y Violencias”. Un código se repite casi la misma cantidad de veces en ambos años es “problemas no especificados relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas”; código que corresponde a la categoría “inequidad”.

Un dato que resalta es la falta de registros en “consumos problemáticos y suicidios” durante el 2020.

Tabla N° 3. Problemáticas sociosubjetivas por servicio y año. Marzo-septiembre de 2019 y 2020

Servicio	Año	
	2019	2020
Guardia y Emergencias	36	28
Medicina General	34	13
Pediatría	7	1
Psicología	446	270
Psicopedagogía	22	5
Total	545	317

Fuente: Datos obtenidos de SICAP, lectura 06/10/2020.

En 2019, “ansiedad, síntomas emocionales y físicos” fueron diagnósticos registrados por Medicina General/Guardia y Psicología. Los diagnósticos asociados a “depresión” aumentaron considerablemente en el 2020 y fueron registrados por el

Tabla N° 4: Problemáticas específicas por servicio y año. Marzo-septiembre de 2019 y 2020.

Ansiedad		
	2019	2020
Guardia/Medicina Gral	32	25
Psicología	22	6
Total	54	21

Depresión		
	2019	2020
Guardia/Medicina Gral	1	0
Psicología	0	12
Total	1	12

Síntomas físicos		
	2019	2020
Guardia/Medicina Gral	20	1
Psicología	1	1
Total	21	2

Síntomas emocionales		
	2019	2020
Guardia/Medicina Gral	2	0
Psicología	53	19
Total	55	19

Fuente: Datos obtenidos de SICAP, lectura 06/10/2020.

servicio de Psicología, al igual que las consultas por “síntomas emocionales”, aportando una lectura clínica de los síntomas dentro de un proceso longitudinal de trabajo y no como síntomas o signos aislados. Asimismo, los síntomas físicos (desvanecimiento, inquietud, agitación, problemas en la falta de relajación y descanso) en el 2019 fueron registrados en su mayoría por Medicina General/Guardia, a diferencia del año 2020, donde estos diagnósticos casi no estuvieron presentes. Durante el 2020 los servicios de Guardia y Emergencias y Medicina General quedaron avocados casi exclusivamente a la atención y seguimiento médico de pacientes Covid.

Estos datos están relacionados a la modalidad de atención que caracterizo al año 2020. Al reducirse la atención a consultas espontaneas, entradas por guardia y seguimiento de pacientes Covid-19, quedaron relegadas las estrategias de seguimiento de pacientes por problemáticas subjetivas de manera interdisciplinaria. Para la realización de un Proyecto Terapéutico Singular se requiere llevar adelante Prácticas que constituyen propuestas/modalidades de trabajo con las que abordamos cada una de las situaciones que se presentan, ya sea por demanda del usuario-a, familiar, del equipo interdisciplinario o de otras instituciones: “las definiciones de las prácticas están ligadas a los momentos del proceso de atención, la finalidad de esa prác-

tica en función de una estrategia, el espacio en el que se realiza y quiénes están concernidos en esa práctica (otras disciplinas, instituciones, actores comunitarios, etc.)”. (Propuesta de registro de consulta ambulatoria de salud mental en la red de servicios de salud: 51). Una práctica nueva durante el año 2020 fue el seguimiento telefónico y/o trabajo virtual tanto para pacientes que estaban atravesando el aislamiento por Covid, como para aquellas personas que no podían ser

Tabla N° 5: Prácticas seleccionadas. Marzo-septiembre de 2019 y 2020

Prácticas	Año	
	2019	2020
Abordaje interdisciplinario	8	3
Abordajes Interinstitucionales e intersectoriales	48	6
Atención de la Crisis	3	11
Entrevista de admisión o recepción en dispositivos específicos	18	2
Psicoterapia individual en consultorio externo	88	48
Búsqueda/seguimiento activo en domicilio o telefónica	1	59
Total	166	329
Fuente: Datos obtenidos de SICAP, lectura 06/10/2020.		

atendidas de manera presencial en el centro de salud.

Según la tabla 4 se nota claramente el aumento de la práctica “Búsqueda y/o seguimiento activo en domicilio o telefónica”, que fue utilizada por la mayoría de los servicios de la institución para la atención y seguimiento de pacientes. Asimismo, el trabajo interinstitucional e intersectorial se redujo drásticamente, según los registros. Es importante remarcar que muchas prácticas no son cargadas por los profesionales en SICAP, registrando solo la consulta.

Reflexiones como apuesta

El presente trabajo nos disparó algunas preguntas, habrá seguramente muchas más en la medida en que se pueda hacer colectiva la experiencia: ¿Qué no ha alojado el sistema de salud priorizando la atención por Covid-19? ¿Cuáles fueron las barreras de accesibilidad que operaron? ¿Qué provocó que ciertas problemáticas se invisibilizaran en este período? ¿Lo que se demanda es lo que se ofrece? ¿Se implementó APS (como estrategia centrada en la promoción y prevención) o se cedió terreno al modelo médico hegemónico? ¿Qué lugar tuvo la salud mental en el discurso sanitario? Para poder pensar nuevas formas de abordaje en la implementación de políticas públicas se necesitan datos para poder definir, producir y evaluar acciones. Esto

implica no solo producción de conocimientos sino también una posición respecto de la praxis. Quienes decidimos trabajar en el territorio estamos convencidos/os que los cambios se hacen desde las bases, desde los equipos como parte de la comunidad. La palabra es la herramienta principal en toda práctica en salud y los registros son una forma de tomar la palabra, no la única. Si detrás de excusas para no registrar las atenciones se opta por el silencio, serán otros intereses en el campo de la salud quienes pondrán su voz y llenen ese vacío. Los registros son una herramienta para la planificación en tanto desencadenamiento de procesos. No hay proceso posible sin un registro, una lectura del mismo y un reconocimiento de nuestra implicancia en él. No podemos apelar a modelos de “participación de la gente” donde los trabajadores y profesionales de salud no participen (Rovere, 1999).

Las problemáticas en salud no están aisladas de un momento histórico determinado, de las condiciones económicas y culturales en que se producen, y eso se ve reflejado en el análisis de los datos. Durante el 2020 la vida se encontró amenazada de muerte y enfermedad, una amenaza constante.

Aquello que “se lee” como problemática está íntimamente relacionado con la producción de ese dato por parte de los profesionales y las instituciones. Lo que “llega”, muchas veces es lo que el sistema está

dispuesto a recibir, a escuchar, y no coincide necesariamente con lo que le sucede a la población. Las modalidades de atención, las condiciones y posibilidades que ofrecemos influyen directamente en la construcción de las situaciones y, por ende, los modos de abordaje.

En la clínica singular cada profesional maneja sus reglas dadas por la especialización extrema. En muchas ocasiones los profesionales no reconocen como parte de su práctica profesional la producción de información para la micro y macro gestión. Esperan sustentando una burocracia profesional, que sea la tecnocracia quien determine las prioridades. Considerar el registro como parte central de la praxis es un desafío en la formación de grado de casi todas las carreras.

La complejidad impone pensar interdisciplinariamente, interinstitucionalmente e intersectorialmente los problemas de salud. Las intervenciones y estrategias de trabajo deben ser diseñadas/implementadas desde el territorio. Una manera de conocer con qué problemas se está trabajando y reconocer dónde, y cómo intervenir, es construir información. La calidad de los datos producidos por los trabajadores es un tema que debe ser tomado como política pública. La información es una herramienta y como tal debe ser apropiada por los trabajadores para poder leer y transformar la realidad.

El registro no implica desconocer que los modos de padecer de cada sujeto son singulares, pero es

necesario y urgente pensar las problemáticas a nivel poblacional para poder planificar políticas públicas con los trabajadores con y para el pueblo.

Agradecimientos: a Claudia Cisneros por ser nuestra interlocutora, por su generosidad, paciencia y calidez humana.

Bibliografía

Augsburger, A. (2002). “De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave”. *Cuadernos Médico sociales* n° 81, 61-75.

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”. *Anuario de investigaciones*, 14, 00. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lng=es&tlng=es.

De Sousa Campos, G. W. (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la Vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

De Sousa Campos, G. W. (2009). *Método Paideia: Análisis y cogestión de colectivos*. Bue-

nos Aires: Lugar Editorial.

Laurell, A C. (1987). “Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción”. En: *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 61-96.

Menéndez, E. (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

Mintzberg, H. (1991). *Diseño de Organizaciones Eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo.

Moro, J. (2015). “Las articulaciones intersectoriales desde la perspectiva de salud”. *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Universidad Nacional de General Sarmiento, 105-112.

Rovére, M. (1999). “Redes en Salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad”. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del cam-

po de la salud en Argentina. *Salud colectiva* 6(3), 275-293.

Plan Nacional de Salud Mental de la República Argentina (2013).

Propuesta de registro de consulta ambulatoria de salud mental en la red de servicios de salud. Dirección de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dirección de Salud Mental Secretaría de Salud pública. Municipalidad de Rosario.

Ley 26.529/2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3kOtUFQ>

Ley 26.657/2010. Ley Nacional de Salud Mental. Disponible en: <https://bit.ly/2XL2V3k>

Ley Provincial 6312/67. SAMCo: "Servicio para la Atención Médica de la Comunidad".

Notas

1) Los equipos de salud mental de varias localidades cercanas venimos sosteniendo desde el año 2018 un trabajo colectivo para pensar las problemáticas socio-subjetivas de la zona y los abordajes comunitarios posibles. En marzo de 2020 se presentó a los directores de cada efector un

escrito denominado "Propuesta salud mental subregión" a modo de lineamientos.



Aprendizajes y reflexiones sobre la salud mental comunitaria en pandemia¹

Marcela Bottinelli

Doctora en Salud Mental Comunitaria (UNLa).
Magister y Especialista en Metodología de
Investigación Científica (UNLa). Licenciada en
Psicología (UBA). Docente investigadora de la
Universidad Nacional de Lanús y la UBA. Miembro
del CCHSMYA. Miembro de Agenda Compartida
UNLa. Miembro de la Comisión directiva de la Red
EvaluAr.

mmbottinelli@yahoo.com.ar

A lo largo de estos casi 2 años, la pandemia mostró las miserias y bondades de las que las sociedades somos capaces y artífices. La capacidad de cuidar y cuidarnos, crear y recrear aún en las condiciones más adversas, así como la crueldad y egoísmo a nivel subjetivo particular, e intersubjetivo; es decir: tanto a nivel de las personas, como de los grupos, instituciones, niveles de gobierno, corporaciones y representantes de intereses económico políticos mundiales. Desde la administración de recursos básicos como barbijos, alcohol, jabón, e insumos como respiradores, camas, personal, tecnologías y conocimientos que debían desarrollarse en tiempo record (como el caso paradigmático de las vacunas), hasta las medidas de gobierno que se implementaron, fueron y siguen siendo objeto de discusión, tensión y construcción de sentidos. Así, se fueron planteando escenarios de disputa en los que se connotaron valoraciones positivas y negativas, y se construyeron como cuidado, riesgo, necesidad, bien de mercado, oportunidad o peligro según los intereses y posiciones en juego.

A nivel mundial, la inicial convocatoria y trabajo colaborativo de ayudas, se convirtió en una competencia por el acceso a insumos, tecnologías y conectividades. Asimismo, frente a la incertidumbre inicial, aparecieron tímidos análisis que rápidamente pasaron a la puja mediática por la información.

Los Estados, organismos internacionales y nacionales, las empresas y centros de investigación generaron una carrera contra el tiempo y las restricciones para generar, en una primera lectura biológicocéntrica de la pandemia, insumos, revisiones epidemiológicas, investigaciones y por supuesto las preciadas vacunas. Pero también aparecieron propuestas específicas de articulación intersectorial, de incorporación de profesionales de salud mental en los comités de crisis, la necesidad de comunicar en salud, la importancia de anticipar políticas de resguardo, y la necesidad de integrar y financiar la producción de otros saberes situados, interdisciplinarios e intersectoriales, como las convocatorias en Argentina de la Agencia Nacional de Investigaciones de las convocatorias PISAC para aportes de las Ciencias Sociales a las políticas públicas para pensar la pandemia y la pospandemia, o los proyectos COFECyT, entre otros.

La histórica disputa entre la comprensión de la salud como inversión o como gasto, la tensión de modelos neoliberales y capitalistas que reducen los cuidados en salud a la salud como mercancía, privatización,

desinversión y restricción de las funciones del Estado como garante de derechos en salud, mostraron sus límites en la emergencia, y la evidente falta de respuesta, infraestructura, organización, formación de recursos, insumos y personal. Evidenciamos así los sentidos de la necropolítica, del derecho a matar y a exponer a otras personas a la muerte (Mbembe; 2003); del biopoder como “la gran mutación tecnológica del poder en occidente” (Foucault, 1999: 243) y la crudeza de la vida- “una vida a la que cualquiera puede dar muerte impunemente y, al mismo tiempo, la de no poder ser sacrificada de acuerdo con los rituales establecidos; es decir, la vida *uccidibile* e insacrificabile del homo sacer y de las figuras análogas a él” (Agamben, 1998: 243).

El ojo de la tormenta puso en cuestionamiento a los sistemas de salud, organización, cobertura y acceso, que en pandemia desconocían los límites de público o privado, y comprometían a ciudades y países enteros en la respuesta. El lugar de los Estados quedó expuesto una vez más como responsables del acceso y cobertura de los derechos en salud tensionando las formas de organización de los sistemas con la necesidad de acción, la equidad, integralidad y universalidad del cuidado en los procesos de salud enfermedad atención y cuidado. Puso en evidencia también las diferentes posiciones políticas tomadas por los gobernantes de cada país y jurisdicción, y las consecuencias inmediatas en la vida y la muerte de

sus pueblos. Así comenzaron a aparecer o se fortalecieron redes de investigadores y profesionales como las redes en que participamos RESPI, RIPEC-SM, RASPi, entre otras, preocupadas por compartir experiencias concretas de cuidados con perspectiva de derechos, pero también en sistematizar y mostrar las relaciones entre las medidas de gobierno, y sus posicionamientos, las concepciones de salud, el lugar de las políticas públicas y la relación con los efectos concretos en la población (2) (Bottinelli, 2020).

La diversidad de saberes y producción de conocimientos no se quedó atrás, desde la inmediata puesta en común de experiencias, sentimientos y reflexiones cotidianas en las redes y medios, hasta las sistematizaciones expertas como las reflexiones de Sopa de Wuhan, entre las primeras. Emergieron entrelazadas las vivencias subjetivas, las experiencias, las reflexiones, la revisión histórica y cultural de formas de afrontar las crisis y pandemias, la difusión de información y conceptualizaciones, evidenciando la potencia de la articulación teórico práctica, la diversidad de saberes y formas de producción de conocimientos, la diversidad de voces, la necesidad de historizar y recuperar las experiencias locales, y la especificidad de su pertinencia y validez de dichos saberes, en función del tipo de producción a sustentar. Presentificaron y profundizaron los sentidos de las discusiones sobre las perspectivas decoloniales,

feministas, epistemologías críticas y situadas, así como los conceptos de ética relacional, deconstrucción, implicación, coproducción, coconstrucción. La virtualidad habilitó conversatorios que se multiplicaron y unieron gratuitamente a analistas y disertantes de los lugares del mundo más lejanos entre sí, a personas sin importar su formación previa o credenciales, muchos de los cuales no hubiéramos conocido o accedido a escuchar o conversar, ya sea por distancia, por imposibilidad de congeniar agendas o por los costos de los traslados y espacios de encuentro, como los Congresos donde habitualmente estaban las presentaciones expertas, en general, pagas y costosas. También proliferaron espacios para compartir, con diferentes grados de formalidad, capacitaciones, reuniones para formarse, reuniones para compartir herramientas, estrategias, pensar investigaciones, redes de trabajo y apoyo, visibilización de inequidades, experiencias compartidas como casos, e incluso la construcción de redes internacionales de investigación, reflexión, acompañamiento y producción de conocimientos. Todo ello, de algún modo, contribuyó a la participación, al acceso y la democratización de conocimientos, a generar lazos entre personas lejanas, e incluso quienes de otro modo ni siquiera se hubieran conocido. Sin embargo, nuevamente ese avance en apertura mostraba el abismo de restricciones y mediaciones de tecnologías duras y blandas (Merhy, 2006)

requeridas para participar, la falta de dispositivos, de condiciones de uso y conectividad, así como la ausencia de información y de saberes que permitieran su uso o su exigibilidad tal como lo muestran varios estudios. Estas inequidades quedaron expuestas y mostraron el lugar de los medios masivos de comunicación como poder mundial, local y las referencialidades geopolíticas. Desde los más tradicionales a los más novedosos, junto a las redes sociales funcionaron como escenarios que no solo marcaban la famosa Agenda Setting (3) de temas, sino la disputa de sentidos, valoraciones y tensiones interpretativas hegemónicas o dominantes que desafiaban tenazmente las vivencias concretas y situadas.

Fuimos atravesando diferentes climas sociales locales y globales, desde el asombro por las imágenes ecológico ambientales del impacto de las medidas de cierre y restricciones con calles desiertas, fábricas, máquinas y autos parados, que mostraban animales en espacios públicos e imágenes del retroceso de la contaminación y polución ambiental mundial, a las crudas imágenes de desesperación por la falta de respiradores, camas y espacios de atención, la cantidad de muertos en las calles. Personas aterradas tratando de cuidarse con los recursos disponibles, muchos avizoraban una especie de botón de reinicio del mundo, un punto de inflexión para ver cómo salimos y qué sociedad que-

remos, otros denunciaban una nueva ola de control, orden y dominación social. También vimos el abrupto pasaje de la colaboración inicial de diferentes niveles y sectores de gobierno consensuando medidas más allá de sus banderas políticas, al rápido posicionamiento de manipulación, dominación y control con fuerte posicionamiento mediático del acopio de insumos, la construcción de los posicionamientos y valoraciones sobre las medidas de gobierno, el opositorismo al control de los cuerpos, los duelos y el horror de las muertes, las cantidades de tumbas abiertas, cadáveres en las calles, y funerarias cuyos hornos crematorios no dieron abasto.

En el centro del escenario, invisibles para muchos, los esfuerzos, el desvelo y el desgaste profundo de quienes debían gestionar las medidas, de los equipos y trabajadores esenciales (como el personal de salud con una fuerza de trabajo femenina del 70%), que mantuvieron y redoblaron el trabajo vivo a costa del desgaste y cansancio extremo, en medio de la incertidumbre, la escasez de recursos, con la carga y responsabilidad social del riesgo para sí y para sus familias, a la vez atravesados por duelos personales, de compañerxs de trabajo, y de las personas a las que asistían. Se encontraron paradójicamente con el reconocimiento público a través de aplausos en todo el mundo, tensionado con las agresiones, repudios, exclusiones y falta de reconocimiento

tanto social, como institucional, de condiciones de trabajo y muchas veces con el olvido de los Estados. También las sobrecargas de quienes sostenían las tareas de cuidado familiares o convivenciales (más del 75% mujeres según los estudios disponibles), o quienes vieron interrumpidas sus redes de apoyo de la vida diaria por el ASPO, familiares; incluso quienes sostuvieron trabajo esencial, cuidados y educación sin redes. Aunado a estas dimensiones, las especificidades de algunas situaciones que tensionaban aún más la complejidad e interseccionalidades a las que nos vimos expuestos en pandemia, la situación de niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidades, situaciones de violencias, abusos, personas en situación de encierro, personas con dependencias, que requerían tratamientos especializados o estaban en proceso de consultas por padecimientos de salud, que requerían de seguimientos dentro del sistema y se vieron interrumpidos.

El teletrabajo y el telestudio permitió continuar algunas actividades laborales y educativas, pero modificando sustancialmente las condiciones y formas de los mismos, obligando a rediseñar espacios habitacionales, a costa de los insumos propios y sin herramientas específicas, utilizando dispositivos propios y aggiornando las prácticas con aprendizajes ultra rápidos de herramientas virtuales, pero sin procesos institucionalizados de adecuación a todas las nuevas condiciones, con es-

tudiantes y trabajadores sin dispositivos, herramientas, ni espacios adecuados; algunxs sin conectividad y en condiciones que sobreexigieron a todxs lxs implicadxs, que vieron precarizadas no solo las condiciones laborales sino también las condiciones de vida.

El horror y la incertidumbre de los duelos congelados, las vidas interrumpidas y la pelea por acceder a condiciones básicas de acceso, higiene, agua, espacio, alimentación, protección de las personas, se recrudeció en las situaciones más vulnerables como villas e instituciones de encierro, situaciones históricamente relegadas como las de los pueblos originarios, y personas en situaciones de vulnerabilidad extrema particularmente interseccionalidades. Las condiciones de sostén de las actividades diarias más básicas trastocaron los ritmos, espacios y formatos conocidos y requirieron de aprendizajes, ajustes y reinventar las redes de apoyo a las nuevas condiciones y necesidades, o crear redes nuevas, que en el mejor de los casos, se fueron consolidando conforme pasaron los días en un hilvanado débil pero indispensable para sostener la vida misma. Como siempre, frente a las carencias, hubo voluntades individuales pero también se vio la fuerza de la organización comunitaria, los espacios participativos, muchas veces autogestivos, las organizaciones sociales, territoriales y las articulaciones intersectoriales y redes comprometidas. Estas redes organizacionales se volvieron claves, se

pusieron en el centro de la escena como trama que permitió sostener la vida psíquica y biológica, pero chocando con y siendo violentadas por el bajísimo reconocimiento simbólico y material encarnado en las formas institucionales y modalidades de gestión, indicadores de evaluación, remuneraciones entre otras, que invisibilizan cotidianamente estos procesos indispensables y laboriosos de producción/reproducción de la vida, por el que el “gracias por su esfuerzo” se volvió tan violento.

Todxs estas dimensiones brevemente relatadas y muchas otras que seguro se agolpen en los lectores al recordar cada recoveco de las historias recientes y nuestra propia trayectoria en este tiempo, muestran el entramado constitutivo de la salud mental, en tanto condiciones de vida y procesos cotidianos e invisibilizados de producción/reproducción de la vida. Dan forma a lo sostenido desde la epidemiología crítica como la determinación social de la salud (Breilh, 2003), en tanto los procesos de salud, enfermedad atención y cuidados dependen de cómo se piense la naturaleza de las relaciones entre los individuos, las sociedades y sus ambientes. Por ende, su devenir depende de la historicidad y las condiciones materiales de existencia que determinan la distribución desigual de la salud y la enfermedad en los grupos humanos.

Muestran, además, que la salud y la enfermedad no son estadios estancos, sino que se trata de

procesos de enfermar y sanar determinados por las condiciones materiales y simbólicas de vida. Por ende, ponen el foco en considerar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, como una trama relacional histórica y cultural, en la que la implicación de todxs determina las posiciones que van constituyendo los estados de situación de cada unx. Es decir: de nuestra imposibilidad de escindir nuestras situaciones del resto. La pandemia visibilizó que, en ese entramado, la salud mental se sustancializa en esa delicada red entramada de relaciones, por lo que su variabilidad está atravesada no solo por posicionamientos subjetivos e intersubjetivos, sino por las condiciones de existencia materiales y simbólicas en que dichas relaciones se expresan. Las posibilidades de ser, proyectarse e historizarse se entraman en esas complejas relaciones interpersonales, en el marco de los grupos, instituciones, reglas, normas, configuraciones biopolíticas en que está inmersa y se expresan en una persona o grupo en un momento determinado, pero son producto del complejo proceso histórico social de interjuego de relaciones y posiciones de todxs lxs actores implicadxs. Por eso es necesario pensar la salud mental como estructura situada, desde una perspectiva dialéctico crítica, como expresión de un proceso social, que vamos mirando en algún momento como una estructura determinada por ese proceso histórico social de tramas, que se expresan

en ciertas personas, de ciertos modos, y son leídas en función de puntuaciones y lecturas que se realizan de esos procesos interpretados, en ese momento y según esas claves, de ciertas formas, según cómo se jueguen y sitúen las tensiones y posiciones de los diferentes actores involucrados en ese momento y situación específica. Por ende, no podemos escindir la salud mental de los lazos. Si lo que es esperable o no para una edad, en un contexto o para una persona depende de otros. Si lo que se cuida y debe cuidarse es definido socialmente. Si lo que definimos como salud o enfermedad es definido con la responsabilidad social delegada en universidades y profesionales; si los límites de lo que se resguarda (lo que se cuida y cómo) lo dirime la justicia y las normas que responsabilizan a los Estados... Entonces, en ese sentido, desde una perspectiva ético política (Dussel) la salud mental es comunitaria, ya que incluye el entramado de relaciones micro, meso y macropolíticas, histórico-socialmente referenciadas, que determinan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, así como las formas en que se plasman los padecimientos subjetivos, las significaciones, los límites, alcances, las formas de abordarlos social y profesionalmente, y las responsabilidades de cuidar, promover, prevenir, atender que las sociedades acuerden en un momento y contexto determinado. La salud mental es comunitaria entonces, en tanto las posibilidades de cuidarse, cuidar

y sentirse cuidado, así como las formas de enfermar, atender, cuidar, nacer, vivir, morir, están determinadas por esos entramados micro, meso y macropolíticos que se construyen, disputan y pelean cada día, y se expresan en esas relaciones anudadas en un punto, un momento, una vida, un sujeto, una comunidad...

Cobra sustancia así el enunciado de que “no hay salud sin salud mental”, al que agregamos entonces: ¡no hay salud mental sin condiciones de vida digna!

Octubre de 2021

Bibliografía

Agamben, G. (1998). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-Textos.

Bottinelli, M. M y cols. (2020). Covid 19, Salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia. Proyecto aprobado en curso en la convocatoria PISAC-COVID-19: La sociedad argentina en la Postpandemia. Aprobado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Dussel, E. (1998). *Ética de la Liberación. En la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Trotta.

Foucault, M. (1999). “Las mallas del poder”. En: Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica, vol. III, trad.* Ángel Gabilondo, Barcelona: Paidós.

Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. España: Editorial Melusina.

Merhy, E. E. (2006). *Salud: Cartografía del Trabajo Vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

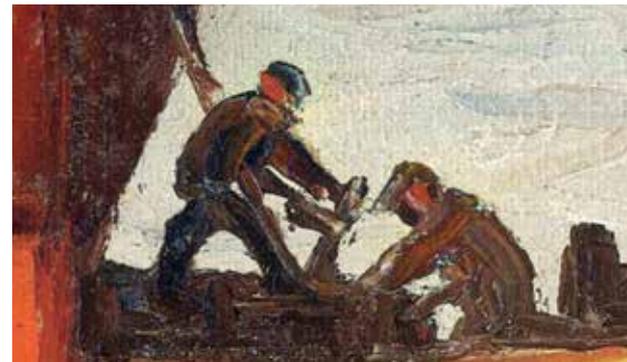
Zaldúa, G. y Bottinelli, M. (comps.) (2010). *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires: EUDEBA.

Notas

- 1) En el presente trabajo para superar las limitaciones del lenguaje binario se utilizará la x.
- 2) Entre las diferentes Redes en que participamos generamos una investigación en el marco de la convocatoria Pisac, poten-

ciando las redes previas y articulaciones territoriales, conformando un equipo de investigación con 9 nodos universitarios del territorio argentino, más de 160 personas (desde estudiantes a expertos, de profesionales a referentes territoriales y gestores de salud), con carácter federal, interdisciplinario, con diversidad de inserciones. En dicho proyecto nos propusimos describir las prácticas y experiencias de cuidado de la salud/salud mental de actores territoriales referenciadas como promotoras de derechos analizando su articulación con las medidas de gobierno a nivel nacional, provincial y local implementadas en el marco de la pandemia causada por la COVID-19 (ver cita en Bibliografía de referencia).

3) La teoría de la fijación de la agenda o teoría de la Agenda Setting, sostiene que los medios de comunicación de masas tienen una gran influencia sobre el público generando una agenda de temas en qué pensar, determinando qué asuntos poseen interés y cuánto espacio e importancia se les da.



¿Qué pasará con el sistema de salud después de la pandemia?

Hugo Mercer

Sociólogo, UBA, Docente. Secretario de Investigación en el ICRM Universidad Nacional de San Martín.

hmercerc@unsam.edu.ar

Uno de los precursores de la sociología de la salud, Irving K. Zola, autor junto con John Kosa del texto clásico *"Poverty and Health"*(1), recupera el siguiente relato: "Estando al borde de un correntoso río escuché el pedido de auxilio de alguien que se estaba ahogando. Inmediatamente, me lancé al río y traje a la costa al ahogado, comencé con las maniobras de respiración artificial y de repente otro grito de auxilio desde el río, hacia donde corrí a sacar a otra persona, a quien comencé a hacerle respiración artificial apenas logré traerlo a la costa. De inmediato, un tercer grito de auxilio desde el río y vuelta a sacar a otra persona y hacerle respiración artificial. Otros gritos de auxilio de personas que se ahogaban en medio de la corriente me tuvieron muy ocupado; sin tiempo para pensar: ¿quién diablos los estaba tirando desde río arriba?".

Zola encuentra un marcado paralelismo entre la situación de esta abnegada y atareada persona dedicada a salvar ahogados, con lo que les ocurre a los trabajadores de salud y al sistema de salud en general. Tratar

pacientes de manera individual, sin atender a los determinantes, que enferman, no dejan tiempo para indagar qué los está empujando uno tras otro hacia la corriente de la enfermedad o la pérdida de salud.

Quizás la pandemia, por su magnitud, genere tal conmoción en la sociedad y entre los trabajadores de la salud, que permita tomar un tiempo para revisar y repensar acerca de cómo está funcionando el sistema de salud. Reflexionar acerca de ¿quiénes ingresan para su atención?, ¿cuáles son los problemas de salud que se admiten para tratamiento?, ¿cómo se los atiende? Esas y muchas otras preguntas, llevarán a una necesaria revisión acerca de un sistema que, en Argentina, ha sido capaz de dar respuesta a la crisis de la pandemia sin colapsar, a pesar de las limitaciones en recursos materiales y de los obstáculos que se colocaron a la rectoría de la autoridad estatal, sobre la salud colectiva.

Preguntas acerca del acceso al sistema de salud, acerca de la desigual distribución de las condiciones de salud, o sobre las marcadas inequidades en la disponibilidad de recursos humanos y materiales a lo largo del territorio nacional, podrán dar cuenta de algunos de los ya viejos problemas de salud que padece la población argentina, como así también de otras situaciones que la pandemia ha hecho visibles y que reclamarán pronta atención. Uno de ellos es la situación de los trabajadores de la Salud.

La fuerza laboral (FL) en salud es uno de los principales motores del cambio en el sistema de salud y, tendrá que acrecentar el número de trabajadores de salud que la componen. Para dentro de pocos años (2030) se estima que el mundo requerirá que la FL en salud crezca en un 55%. En la región de las Américas necesitará crecer en un 50%. Ese cálculo previo a la pandemia se hizo sobre la tradicional división del trabajo entre profesiones de la salud. Luego de la experiencia vivida estos dos últimos años será imprescindible preguntar si esa es la composición deseable y necesaria a futuro. La pandemia enseñó que hacen falta más y diferentes trabajadores de salud, muchos de los cuales requieren estar más cerca de la población, con capacidades para desempeñarse en equipo, articulando con otras áreas de los servicios públicos, manejando nuevas tecnologías informáticas y de comunicación, y con una escucha atenta a nuevas y diferentes demandas sociales y sanitarias.

En nuestro país, durante la pandemia se evidenció que la disponibilidad del personal de salud es mayor en la región central, en torno a las grandes ciudades, mientras que existe una marcada carencia en algunas regiones del país; en especial en las más pobres y con un importante contingente de población dispersa. En esos lugares, acceder a la atención a la salud requerirá reforzar la presencia de los servicios públicos,

dado que generalmente son los únicos dispuestos a atender en contextos donde hay reducida capacidad de pago por parte de la propia población o por terceros.

¿Qué pasará con la salud mental comunitaria después de la pandemia?

Los nuevos perfiles epidemiológico-sociales, por su marcada inequidad y dificultades de acceso a una atención adecuada, demandarán que el personal de salud pueda escuchar, registrar y orientar respecto a “condiciones” –sufrimiento, carencias, incluso enfermedades– que exceden lo orgánico y que abarcan cuestiones emocionales, familiares o vinculares en general, derivadas de una sociedad que ha sido severamente afectada y que no ha tenido condiciones para reponerse de los daños impuestos por la pandemia y la crítica situación económica. Los modelos hasta ahora vigentes de atención médica y psicológica tendrán que abrir paso a formas innovadoras de contención del sufrimiento humano, lo cual supone cambios en planes de estudio para quienes se están formando profesionalmente, y capacitación en servicio de los actuales trabajadores y trabajadoras del sector. Dentro de esos cambios se destaca la enseñanza interprofesional que vincula tempranamente a los estudiantes de diferentes carreras, y que incluso alienta a una formación inicial común que luego se puede ir desprendiendo en profesiones y especializaciones, sin

la actual rigidez de muchos planes de estudio, que obligan a precoces definiciones profesionales.

Composición de la fuerza laboral en salud mental en Argentina (circa 2020)

Profesión	Año	N°
Psiquiatras	2020	5.000
Psicóloga/os	2015	98.311
Enfermera/os	2019	234.527
Terapistas Ocupacionales	2020	12.000
Trabajadores Sociales	2020	21.000

Fuentes: elaboración propia

Psiquiatras: estimación, comunicación personal APSA

Psicóloga/os: Alonso, M., Klinar, D. y Gago, P. (2015). Psicólogas/os en Argentina. Acceso el 03/12/2021

https://www.researchgate.net/publication/311703215_LOS_PSICOLOGOS_EN_ARGENTINA_Relevamiento_Cuantitativo_2015_Resultados_preliminares

Enfermería: la información disponible no discrimina cuantos profesionales de Enfermería se especializan en Salud Mental. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, accesible el 05.12.2021 en <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo>

Terapistas Ocupacionales: estimación, comunicación personal Dra. Mariela Nabergoi

Trabajadores.Sociales: estimación, comunicación personal Prof. Norberto Alayón

Otra tendencia será la del fortalecimiento de la enseñanza con la práctica comunitaria. Tanto en los contenidos como en el desarrollo de competencias primará lo que ya se cumple en muchas universidades: un temprano conocimiento y compromiso con el espacio comunitario donde se despliega la cotidianeidad de la población.

Sin embargo, hay algunas rigideces de lenta y compleja superación, una de las cuales es la composición y distribución de la fuerza laboral en el campo de la salud mental (constituida básicamente por psiquiatras, psicólogos/as, terapeutas ocupacionales, enfermeras/os, y trabajadores sociales), sobre la cual no existe aún un completo registro del stock de profesionales disponibles. Algunos datos aislados y que combinan información oficial con estimaciones, indican que en Argentina hay predominancia en la disponibilidad de psicólogos/as y una carencia marcada del resto de las profesiones.

Esta situación es coincidente con la que describe el Atlas de Salud Mental elaborado por OPS/OMS (2017) a partir de la consulta a 34 Estados Miembros. Allí se señalaba que “...en nuestra Región, la tasa mediana de recursos humanos en salud mental varía según las profesiones, desde 0,02 profesionales en terapia ocupacional hasta 5,4 profesionales en psicología por 100.000 habitantes. En cuanto a la composición total del personal de salud mental, 47% son profesionales

en psicología, 34% profesionales en enfermería en de salud mental, 12% son psiquiatras, 3,6% profesionales en trabajo social, 2,2% trabajadores de otro tipo, 0,2% profesionales en terapia ocupacional, 0,1% otros profesionales de la medicina y 0,03 psiquiatras infantiles. Los psiquiatras siguen siendo un recurso humano escaso, con una mediana regional de 1,4 psiquiatra por cada 100.000 habitantes, que es similar al promedio mundial (1,3 por 100.000 habitantes). Comparado con la información en otras regiones del mundo, las Américas posee la mayor proporción de profesionales en psicología entre los trabajadores de salud mental y su tasa es cinco veces mayor que el promedio mundial. Además, en la región es especialmente preocupante la escasez de psiquiatras infantiles, profesionales en terapia ocupacional y fonoaudiología, cuya baja representatividad se repite en otras regiones del mundo” (2).

Esa FL tendrá que hacer frente a la demanda habitual en los servicios de salud respecto a la salud mental. A los nuevos problemas derivados de la pandemia y de la crisis económica y social que se ha profundizado en estos últimos años. También tendrán incidencia sobre la salud mental procesos sociales como la migración y el debilitamiento (de redes familiares y comunitarias), procesos políticos (desconfianza en las representaciones partidarias clásicas, fake news). La pandemia ha reactivado procesos de estigmatización,

desconfianza y odio. Luchar contra una amenaza colectiva como un virus implica, adicionalmente, comprender cómo se construyen y operan discursos y acciones de odio que afectan la gobernanza sanitaria y política del país. Escenario que, por otra parte, obliga a pensar y –hacerlo con tiempo– que se necesita un sistema de salud que actúe anticipadamente sobre los determinantes sociales que condicionan la salud de la población. Eso supone contar con un sistema de salud guiado por una lógica de promoción de la salud, y no solo de “rescate de personas del río” cuando ya es tarde. Representan repeticiones cíclicas cada vez más costosas y desgastantes para quienes ponen su cuerpo y su vida en el cuidado de la salud de los demás. Es probable que el horizonte superador que estableció la salud mental comunitaria al luchar por la desmanicomialización y la adopción de políticas públicas y prácticas sociales, que propicien la inclusión social y el respeto a los derechos humanos, pueda ser fortalecida desde una estrategia de promoción de la salud que muchos países se comprometieron a poner en práctica. Esa estrategia apunta, a hacer salud a través de todas las políticas públicas, y lograrlo mediante una mayor y más activa participación social. Dentro de esa estrategia, la salud mental comunitaria podrá intervenir en la construcción de sociedades capaces de “producir” salud y no solo actuar en la atención a la “enfermedad”. El horizonte de la promoción abarca (3):

1. “Fortalecer los entornos saludables clave”.
2. “Facilitar la participación y el empoderamiento de la comunidad y el compromiso de la sociedad civil.
3. “Fortalecer la gobernanza y el trabajo intersectorial para mejorar la salud y el bienestar y abordar los determinantes de la salud”.
4. Fortalecer los sistemas y servicios de salud incorporando un enfoque de promoción de la salud.

Colocar a la salud mental comunitaria en el centro de ese viraje hacia la promoción es toda una declaración de principios acerca de la relevancia de los derechos humanos, la equidad y el respeto a la dignidad de todas las personas. Y contribuirá a ampliar el debate del futuro del sistema, más allá de cuestiones como el financiamiento, las incumbencias profesionales y la gobernanza.

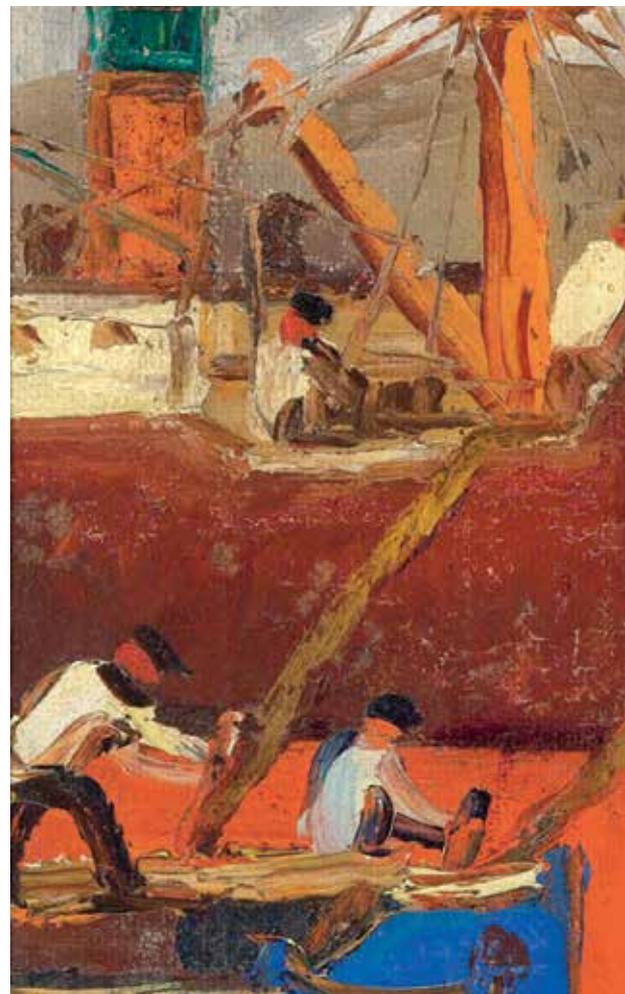
Notas

1) Kosa John; Irving K. Zola. (1976). *Poverty and Health*. Harvard University Press, Cambridge & London. Este texto constituye una compilación de excelentes trabajos hechos por quienes desde la década de los 50 venían abordando la enfermedad como objeto de estudio de las ciencias sociales. A lo que agregaron poco más tarde su preocupación por la pobreza. La primera edición de este libro estuvo a cargo, además de los dos autores mencionados,

de Aaron Antonovsky. Las enseñanzas de estos tres investigadores siguen siendo relevantes.

2) OPS/OMS (2017). Atlas de la Salud Mental en las Américas, Washington DC. Accesible el 05.12.2021 en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>

3) Mercer, H. "Una estrategia consensuada de promoción de la salud en las Américas". *Global Health Promotion* 1757-9759; Vol 27(1): 107-109. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975920909019>



Transformaciones de la ritualidad mortuoria en contextos urbanos. Reflexiones en tiempos de pandemia

Paula Pochintesta

Dra. en Ciencias Sociales y Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Argentina. ISCo. Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Centro del Adulto Mayor Mario Strejilevich.
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1455-8852>

ppochintesta@gmail.com

"Los rituales son acciones simbólicas. Transmiten y representan aquellos valores y órdenes que mantienen cohesionada una comunidad. Generan una comunidad sin comunicación, mientras que lo que predomina hoy es una comunicación sin comunidad" (p. 11).

Byung-Chul Han

La desaparición de los rituales (2020)

Partiendo de pensar el lugar de la muerte y la ritualidad funeraria en las sociedades occidentales y urbanas, esta reflexión busca responder el siguiente interrogante: ¿qué características adquirieron los rituales fúnebres en la pandemia? Esta interpelación se inscribe a su vez en la función comunitaria y colectiva de la ritualidad.

En cuanto al lugar de la muerte, podríamos decir que en la primera mitad del siglo XX se ponderó a la ritualidad funeraria como fundante de la cultura. En los estudios clásicos sobre el tema, provenientes tanto de la antropología como de la sociología, se subraya la capacidad del ritual para restable-

cer el lazo colectivo, quebrado por la irrupción de la muerte (Durkheim, 1912).

A partir de la segunda mitad del siglo XX la negación de la muerte adquiere mayor visibilidad, impulsada por una serie de factores que cambiaron nuestra experiencia de y con la muerte (Ariès, 1977). Uno de ellos fue el pasaje del tabú de la sexualidad al de la muerte (Gorer, 1955). A su vez, el cambio en el patrón demográfico y epidemiológico transformó la relación con la muerte puesto que pasó de ser una experiencia cotidiana (debido, por ejemplo, a elevados índices de mortalidad infantil), a ser una experiencia aplazada en el tiempo y esperable en la vejez (ligada al aumento en la esperanza de vida). Se produjo un cuestionamiento a la medicalización de la muerte y la gestión del final de vida, observando un mayor protagonismo de las instituciones hospitalarias, mayor intimidad y delimitación al ámbito privado de las prácticas funerarias (Castrá, 2003).

En cuanto a la función de los rituales mortuorios, es clave destacar que permiten una comprensión de la muerte biológica, en tanto constituyen un espacio-tiempo, con fuerte peso de mediación simbólica, y habilitan una dimensión catártica que establece cómo, dónde y cuándo expresar las emociones. Las pompas fúnebres constituyeron el modelo de las ceremonias públicas de antaño, con tiempos y espacios claramen-

te definidos. En cambio, en la actualidad los ritos fúnebres occidentales se vuelven cada vez más efímeros, intimistas y secularizados (Besanceney, 1997). De una regulación de la ritualidad en manos de la Iglesia y el Estado se pasó a una predominancia secular y privada (en particular de las empresas funerarias).

Todo ello ha modificado la relación entre vivos y muertos a través de un triple proceso que incluye una desmaterialización (con aumento de las cremaciones), una reducción (ceremonias cada vez más cortas) de los ritos en los espacios urbanos y una desocialización que separa a los vivos de los muertos (Baudry, 1999). Lejos de los purismos o de una visión romántica sobre la ritualidad, considero que una de las mayores implicancias de estos cambios, es la transformación del lazo social y los modos en los que se construye memoria entre las generaciones.

En este contexto de desocialización, desmaterialización y reducción de la ritualidad se inscribe la emergencia sanitaria mundial que transitamos desde marzo de 2020. Tanto en la región como en nuestro país se produjo un incremento de las cremaciones cuyo origen se remonta a otras epidemias de fines del siglo XIX, como la de fiebre amarilla y cólera¹. En Argentina, según datos de la Federación Europea de Servicios Fúnebres, las cremaciones pasaron del 25.41% en 2018 al 42% en 2020. Lo que muestra, sin dudas, que las inci-

neraciones fueron por antonomasia el rito recomendado como parte de las medidas sanitarias, acentuando la desmaterialización antes mencionada. Nos serviremos aquí del análisis de la prensa escrita (en Argentina) que funge como plafón para caracterizar a los rituales funerarios a partir de la propagación del Coronavirus (2).

Distinguimos tres momentos claros, el primero va desde mediados de marzo a agosto de 2020 instaurando una muerte “deshumanizada”, donde los rituales se vieron interrumpidos, siguiendo las medidas de protección sanitaria para evitar los contagios (3).



Así constatamos la paradoja de cementerios colapsados y rituales vaciados de sentido, sin contacto, asépticos, en pocas palabras faltos de emoción.

Un segundo momento se inicia en agosto de 2020 e intenta “rehumanizar” la muerte y dignificar (4) el proceso del fin de vida. Es allí donde surgen protocolos y recomendaciones (5) que intentan reparar esas funciones interrumpidas del ritual y la despedida de los seres queridos. Así, por un lado, se habilitan visitas a los pacientes internados y, por otro, se recomienda la retransmisión (streaming) de los velatorios para los deudos que no pueden estar presentes.

Una dimensión colectiva caracteriza el tercer momento, inaugurado con el umbral de los cien mil muertos por Covid-19 que, ya en los albores de los noventa y dos mil fallecidos, fueron motivo de homenajes y ceremonias públicas⁶. Para mediados de Julio de este año se alcanzó la cifra de cien mil muertos y las tapas de diferentes diarios (nacionales e internacionales) se colmaron con los nombres de los/as fallecidos. Ese número redondo caló hondo y fue vapuleado por espurios usos políticos. A mediados de agosto de 2021 la oposición convocó, a través de redes sociales, lo que se dio en llamar la “marcha de las piedras”. El conjunto de piedras que llevaban el nombre de las personas fallecidas fue resguardado por el Gobierno Nacional para la construcción de un espacio de memoria (ver imagen). Así,

el tercer momento, luego del avance de la vacunación y el cese de las restricciones, fue ampliando poco a poco la posibilidad de las despedidas presenciales. En tiempos de pandemia la muerte pasó a ser algo cotidiano, convertida en cifra del minuto a minuto, que engrosaba las estadísticas epidemiológicas y nos aturdiría cotidianamente. Hasta el hartazgo escuchamos porcentajes de muertos y contagios, primero con desasosiego y luego hasta con cierta indiferencia y naturalidad.

El tiempo pandémico marcó el pasaje de rituales despersonalizados hacia su rehumanización, echando mano al artilugio de la virtualización (no exenta de limitaciones), reconociendo que estas prácticas litúrgicas permiten asignarle sentido al sinsentido más radical.

El proceso de duelo pasó a estar interrumpido y atravesado por la “culpa del sobreviviente” y la incertidumbre sobre ¿por qué, cómo, a través de quién o cuándo se produjo el contagio? A reconocerse fundamentado en el derecho a la despedida, enarbolado por redes científicas y organizaciones vinculadas al final de la vida (7). Una mención especial merece el tratamiento de los “cuerpos”, soporte material para la elaboración y comprensión de la muerte biológica y enclave del ritual mortuorio. El peligro del contagio y la contaminación separaron a los muertos de los vivos sin mediaciones, con el predominio de la cremación recomendada desde

la primera hora. El colapso mostró cuerpos apilados, abandonados, embolsados (8), como espectáculo que plagaban las noticias en loop.

Sin dudas la muerte produce un quiebre, un vacío, una ausencia que necesitamos elaborar. La pandemia vino a ponernos de frente a la muerte para recordarnos nuestra condición humana, frágil, perenne, impredecible e incierta. Nos mostró también todo lo que sucede cuando impera la ausencia de la despedida y el ritual: fragmentación, atomización, dolor, incompreensión y pesar. De este modo, puso en valor la ritualidad funeraria como modo de reanudar, restablecer y reelaborar la ausencia de otros y subsanar colectivamente el quiebre social que produce la muerte.

Para concluir, dejo algunas preguntas que surgen de esta reflexión. ¿Seguiremos el derrotero que acentúa la reducción de la ritualidad y la desmaterialización de la muerte? ¿Modificará la pandemia nuestra relación con la muerte y la dificultad (propia del mundo occidental) en asignarles un lugar a los muertos en el mundo de los vivos? ¿Cómo se construirá la memoria social de los muertos por Covid? ¿Cómo pensar la dimensión colectiva de la ritualidad en un contexto que tiende a su desocialización? En suma, el análisis de la ritualidad y su transformación tiene mucho para decirnos sobre las formas en que se construye el lazo social.

Bibliografía

Ariès, P. (1977). *L'homme devant la mort*. Paris: Éditions de Seuil.

Baudry, P. (1999). *La place des morts. Enjeux et rites*. Paris: Armand Colin.

Besasanceney, J. C. (1997). "Évolution des rites catholiques du deuil et nouvelles pratiques rituelles". En: Bacqué M. F. (comp.). *Mourir aujourd'hui. Les nouveaux rites funéraires* (pp.167-196). Paris: Éditions Odile Jacob.

Castra, M. (2003). *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris: PUF.

Durkheim, E. (1992). *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia*. Madrid: Akal, 1912.

European Federation of Funeral Services (EFFS). Disponible en: <https://www.effs.eu/home.html> (consulta 20/11/2021).

Gianbartolomei, M. (2020). La Nación. Coronavirus. Sin velatorios, entierros solitarios y una bolsa roja de protección: cómo funcionan los nuevos pro-

tolos de la muerte. 2 de abril. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/coronavirus-sin-velatorios-entierros-solitarios-bolsa-roja-nid2350432/> (consulta 15/10/2021).

Gorer, G. (1965). *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*. Londres: Cresset, 1955.

Guía de Recomendaciones para familiares de personas fallecidas en relación a COVID-19 (2020). Equipo Argentino de Antropología Forense. Agosto. Disponible en: <https://eaaf.org/el-eaaf-presento-la-guia-de-recomendaciones-para-familiares-de-personas-fallecidas-en-relacion-a-covid-19-en-el-ministerio-de-salud/> (consulta 10/11/2021).

Página 12 (2021). La macabra instalación de bolsas mortuorias en la marcha opositora. 27 de febrero. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/326489-la-macabra-instalacion-de-bolsas-mortuorias-en-la-marcha-opo> (consulta 14/10/21).

Peker, L. (2020). La tierra está revuelta por la muerte y los cementerios colapsados: la desaparición de los rituales puede volverse una pesadilla. Infobae. 27 de junio. Disponible en: <https://www.infobae.com/sociedad/2021/06/27/la-tierra-esta-revuelta-por-la-muerte-y-los-cementerios-colapsados-la-desaparicion-de-los-rituales-puede-volverse-una-pesadilla/> (consulta 06/10/2021).

dad/2021/06/27/la-tierra-esta-revuelta-por-la-muerte-y-los-cementerios-colapsados-la-desaparicion-de-los-rituales-puede-volverse-una-pesadilla/ (consulta 06/10/2021).

Protocolo para inhumación y/o cremación de cadáveres de personas fallecidas con diagnóstico probable o confirmado de Covid-19 (2021). Disponible en: <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-DIS-MJGGC-DGCEME-37-21-ANX.pdf> (consulta 28/09/2021).

Notas

1) Entre los argumentos que se cuentan a favor de la cremación están aquellos que exaltan la higiene y aquellos que fomentan la iniciativa ecológica. Dentro de los bríos higienistas cabe mencionar los que fueron emprendidos por el Dr. Penna (1889) (director de la Casa de Aislamiento, actual hospital Muñiz) quien propuso la cremación como un método eficaz para reducir los riesgos de contagio tras diferentes epidemias.

2) Se realizó un análisis de contenido a un corpus de 31 textos, 27 de los cuales son notas periodísticas y otros 4 documentos sobre gestión de funerales y fin de vida en contexto de pandemia. Para la delimitación de la muestra se realizó una búsqueda en 15 portales de diarios nacionales de diferente alcance y en la sección Google noticias a partir de las siguientes palabras claves: rituales, duelos, pandemia, Covid-19 y muerte (entre el 15 de marzo de 2020

y el 15 de septiembre de 2021). Cuatro de los documentos corresponden a protocolos elaborados por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Equipo Argentino de Antropología Forense y la Red de Cuidados, derechos y decisiones en el final de la vida del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

3) Por ejemplo: “Coronavirus. Sin velatorios, entierros solitarios y una bolsa roja de protección: cómo funcionan los nuevos protocolos de la muerte” (Gianbartolomei, 2020), y “La tierra está revuelta por la muerte y los cementerios colapsados: la desaparición de los rituales puede volverse una pesadilla” (Peker, 2020).

4) El protocolo de la Ciudad de Buenos Aires (2021) establece que “los principios de precaución y dignidad humana deberán regir en todo momento de la manipulación del cadáver” (p. 3).

5) Sobre este aspecto, destacamos las recomendaciones de la guía elaborada por el Equipo Argentino de Antropología Forense que establece lo siguiente: “Desde la funeraria pueden sugerir a los familiares y deudos que incluyan una foto del fallecido durante el velatorio para colocar junto al cajón cerrado. También pueden recomendar la transmisión del velatorio por medio de teléfonos celulares para aquellos familiares y deudos que no puedan estar presentes, particularmente adultos mayores o pertenecientes a otros grupos de riesgo... Deberá darse el tiempo habitual a las familias para que puedan reunirse y despedirse, dentro de las limitaciones propias del distanciamiento social. No es necesario acelerar los tiempos de la inhumación”.

6) En este homenaje, realizado a finales de junio de 2021

por el Gobierno Nacional, se encendieron veinticuatro velas (una por provincia), se leyeron poesías y se cantaron temas alusivos.

7) Red de Cuidados, derechos y decisiones en el final de la vida del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

8) Recordamos al respecto que a finales de febrero de 2021 la oposición convocó una manifestación en Casa Rosada, en la cual exhibieron bolsas mortuorias con nombres de dirigentes políticos. Este acto fue ampliamente repudiado (Página 12, 2021).



Salud mental en niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID en Argentina

Alejandra Barcala

Psicóloga, Magister en Salud Pública, Doctora en psicología (UBA). Postdoctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventudes (CINDE-CLACSO). Directora del Doctorado en Salud Mental Comunitaria (UNLa).

alejandrabarcala@gmail.com

Alejandro Wilner

Médico. Especialista en Pediatría (SAP) y en Planificación y Gerenciamiento en Salud (FiOCRUZ, Brasil). Director de la Especialización en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Coordinador del Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg" (UNLa).

alejandro.wilner@gmail.com

Jorgelina Di Iorio

Psicóloga (UBA). Dra. en Psicología (UBA). Investigadora CONICET. Docente de la Facultad de Psicología (UBA) y de posgrados en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Integrante de Intercambios Asociación civil.

diorio.jorgelina@gmail.com

Flavia Torricelli

Psicóloga. Doctora en Psicología (Facultad de Psicología, UBA). Docente e Investigadora: Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Psicología (UBA), Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg" (UNLa).

flvtorri@gmail.com

Ana Cecilia Augsburger

Psicóloga (UNR). Magister en Salud Pública (CEI/UNR). Investigadora y docente de la Facultad de Psicología (UNR) y de las Carreras de posgrado en Salud Mental Comunitaria (UNLa).

augsburgera@yahoo.com.ar

Resumen

El artículo presenta una síntesis del trabajo de investigación “Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19”, realizado por el equipo de investigación (1) autor del presente artículo. Fue financiado por UNICEF Argentina, avalado por el Ministerio de Salud de la Nación e implementado por Intercambios Asociación Civil y la Universidad Nacional de Lanús (2). Su objetivo general fue el de desarrollar evidencias sobre los efectos que la pandemia y las medidas de aislamiento social obligatorio tuvieron sobre la salud mental de niños, niñas, adolescentes, además de presentar recomendaciones que orientaran las acciones estatales y de las contrapartes interesadas para contribuir al diseño de estrategias de apoyo.

Para conocer estos efectos se indagó sobre las percepciones y representaciones subjetivas de niñas, niños y adolescentes en los diversos momentos de la pandemia (ASPO, DISPO, retorno a la escolaridad presencial), sus emociones y sentimientos, los cambios en su actividad social, los vínculos familiares, la escolaridad y las percepciones de futuro. Esto, a la vez, permitió analizar las principales estrategias que ellas y ellos desplegaron frente a lo que estaba ocurriendo.

Con la mirada en las niñas, niños y adolescentes

Enmarcado en una metodología respetuosa de los principios de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, el estudio se propuso escuchar y comprender las voces de las niñas, los niños, las y los adolescentes a la vez que promover su activa participación en el proceso a través de la expresión de sus pensamientos, opiniones, sentimientos y percepciones. Estas manifestaciones frente a la pandemia se contextualizaron de acuerdo con la edad, el género, la etnia, así como el lugar y las condiciones de vida en las que habitaban. Sus relatos constituyeron mapas de experiencias, desde los que se comprendieron los efectos generados por el incierto, prolongado y difícil contexto de la pandemia del COVID-19. De esta manera se intentó superar interpretaciones desde miradas adultocéntricas que saturan de sentido lo que niñas, niños y adolescentes viven, perciben y sienten.

Con esta finalidad se promovieron espacios lúdicos, a través de dibujos, fotos, audios, videos, escritos/narraciones y grupos de conversación, en los que ellas y ellos manifestaron sus inquietudes, miedos y vivencias. Sus decires, considerados desde una perspectiva en primera persona, amplificaron su voz y sus pensamientos a la vez que estimularon la participación, el protagonismo y las potencialidades, y favorecieron un proceso de construcción de ciudadanía durante el proceso de investigación.

La perspectiva de salud mental que orientó el estudio se enmarca en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010, que la define como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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. Esto implica tener en cuenta el conjunto de experiencias, la sensibilidad y la memoria, así como las dimensiones conflictivas de las condiciones sociales que pueden generar sufrimiento (Galende, 2015).

Propuesta metodológica

Se trató de un estudio de carácter cualitativo y cuantitativo con un enfoque flexible y epidemiológico en salud mental (De Souza Minayo, 2003; Vasilachis de Gialdino, 2007). El diseño incorporó también elementos de investigación-acción-participativa. El trabajo de campo se desarrolló en tres momentos: el primero entre el 20 de septiembre y el 12 de octubre de 2020; el segundo entre el 23 de noviembre y el 6 de diciembre de 2020, y el tercero entre el 8 y el 28 de febrero de 2021. De cada momento participaron 780 niñas, niños y adolescentes de 3 a 18 años, distribuidos entre seis aglomerados urbanos pertenecientes a las seis regiones del país: AMBA, Comodoro Rivadavia (Patagonia),

Mendoza (Cuyo), Rosario (Centro), Resistencia (Noroeste) y San Salvador de Jujuy (Noroeste).

La implementación del diseño se realizó en red, a través de la conformación de un equipo local de gestores socio-sanitario-educativos para cada uno de los aglomerados urbanos seleccionados, lo que permitió el acceso a niñas, niños, adolescentes y sus referentes familiares a partir de una estrategia de cercanía territorial. De este modo se garantizó el acceso a múltiples y diversas infancias y adolescencias, privilegiando la inclusión en la muestra de población en condiciones de vulnerabilidad social.

En cuanto a la distribución de participantes por género, el 56% se auto identificó con el género femenino, el 43% con el masculino; dos participantes se auto percibieron como no binarios, uno como persona trans y uno no supo o no contestó. Se incluyeron 130 niñas, niños y adolescentes por aglomerado, distribuidos por edad –40 niñas y niños de 3 a 5 años, 45 niñas y niños de 6 a 12 años, y 45 adolescentes de 13 a 18 años– y por grupo socioeconómicos. El 40% del total de las y los participantes pertenecía a sectores socialmente vulnerables y un 11% a comunidades originarias. El estudio preservó en todo momento los resguardos éticos necesarios tanto para brindar un entorno seguro como para garantizar el anonimato, la privacidad, la confidencialidad, la participación informada y volun-

taria, haciendo prevalecer siempre el interés superior del niño, niña y adolescente. Se instrumentó un protocolo específico de cuidado y resguardo ante la eventual detección de situaciones de maltrato, violencia o abuso sexual en el niño, la niña o la/el adolescente.

Principales hallazgos

Las respuestas de las niñas, los niños, las y los adolescentes mostraron diferencias según el grupo etario y también a lo largo de los seis meses de pandemia que transcurrieron entre las tres consultas. No obstante, es posible agruparlas en distintos aspectos. En relación con las percepciones y emociones:

- La irrupción de la pandemia generó múltiples y singulares afectaciones emocionales (mayor angustia, ansiedad, irritabilidad y/o más desgano) y comportamentales (cambios en los hábitos de sueño y/o en la alimentación) que tuvieron diversa intensidad, según el momento de la pandemia y la edad. Estos efectos no expresaron en su mayoría patologías en salud mental sino que respondieron a reacciones defensivas y adaptativas esperables, frente a la incertidumbre y preocupación que produjo el acontecimiento. Solo un 10% de las niñas, niños y adolescentes necesitó una consulta por razones de salud mental.

- Más allá de las desigualdades multidimensionales, las niñas y los niños desplegaron una gran capacidad lúdica para construir sentidos y narrativas de forma creativa, plástica y sensible, lo que les permitió adaptarse a la realidad y hacer frente al malestar subjetivo (tristeza, enojo, desgano, angustia); es decir, pudieron elaborar lo incierto y potencialmente traumático de la pandemia, así como también implementar estrategias de elaboración y simbolización de lo que les producía diversos malestares subjetivos y afectaciones.

- Las niñas y los niños vincularon sus afectaciones a la sensación de incertidumbre y la pérdida de contacto con la familia ampliada y sus grupos de pares.

- Las y los adolescentes fueron el grupo más afectado; perdieron espacios de intimidad y autonomía en un escenario familiar con hiper presencia adulta, a la vez que se limitaron los encuentros con pares. A las exigencias propias de este momento evolutivo vital (duelo por el cuerpo de la infancia, construcción identitaria, salida exogámica), el contexto incierto hizo que se sumaran y amplificaran dificultades para sostener y desplegar proyectos en curso. Por otro lado, la limitación de la participación social en sus ámbitos de pertenencia, así como de la inclusión de sus voces en las decisiones escolares, como, por ejemplo, en los protocolos, incidió negativamente en sus capacidades para la elaboración del malestar. Ellas y ellos refirieron sensaciones de so-

ledad, tristeza, enojo, irritabilidad, angustia, altibajos emocionales, aburrimiento, desgano y resignación.

- Fueron factores protectores de la salud mental el juego y la participación social en las infancias, así como la pertenencia a grupos de pares y la recreación en la adolescencia.

- Las condiciones de vida (ingresos en el hogar, espacio físico disponible, acceso a la conectividad) afectaron de modo diferencial la reorganización de rutinas y dinámicas socio-familiares, el desarrollo emocional y las estrategias desplegadas para hacer frente a los efectos de la pandemia. A mayores desigualdades sociales (carencias entendidas como falta de acceso a derechos sociales y económicos), fueron mayores las afectaciones en salud mental.

- La recuperación de encuentros socio-afectivos a partir de la vigencia del DISPO promovió el bienestar subjetivo, las posibilidades de contención y sostén, a la vez que redujo las tensiones y conflictos intergeneracionales e intrafamiliares que habían aumentado en el ASPO.

En relación con la escuela:

- En el caso de las niñas y los niños, la escuela fue vivenciada como un escenario de sociabilidad relevante para el crecimiento socioafectivo, y la figura de la maestra fue puesta de relieve como la persona adulta

que aloja, comprende y cuida, además de la tarea específica de enseñar.

- El proceso de aprendizaje fue más difícil en contextos de vulnerabilidad social, donde los hogares contaban con menor acceso a recursos económicos, dispositivos tecnológicos, conectividad y donde presentaban déficit habitacional así como bajo nivel educativo formal de las y los adultos de referencia para apuntalar la modalidad virtual. Esto generó mayores vivencias de aislamiento y desamparo.

- Las preocupaciones familiares por las exigencias de la economía doméstica, a su vez, restaban disponibilidad de tiempo adulto para la crianza.

- Vivenciaron como algo “inconcluso” la finalización del ciclo escolar, dada la ausencia de ritos de pasaje, como ceremonias de cierre o de inicio de ciclos, que permiten la transición entre diferentes etapas y promueven la preparación para esos cambios. La escolaridad virtual no los incluyó, lo que generó malestar en niñas, niños y adolescentes, en especial en quienes finalizaban los ciclos, que se sintieron poco acompañados.

- Los y las adolescentes manifestaron sentir que no fueron escuchadas y escuchados, que su opinión no fue tenida en cuenta y que no se habló de lo que les pasaba.

- Las expectativas positivas por la vuelta a la presencialidad escolar aparecieron como un factor pro-

lector afectivo psicosocial a la hora de disminuir la brecha educativa, de detectar malestares y violencias, y de construir un proyecto futuro.

En relación con los vínculos familiares y sociales:

- El aislamiento, que llevó a la falta de privacidad y la pérdida de intimidad en el espacio familiar afectó a las y los adolescentes en la necesaria construcción de autonomía lo que les generó sentimientos de malestar.

- Las y los adolescentes expresaron un aumento de los conflictos intrafamiliares e intergeneracionales. Por su parte, como resultado de sus procesos de búsqueda y adaptación, algunas niñas y algunos niños reorganizaron sus rutinas.

- Tanto las niñas y los niños, como las y los adolescentes, incorporaron diversas prácticas de cuidado y las integraron con naturalidad a sus rutinas, demostrando una plasticidad significativa. Fueron protagonistas del cuidado de sí mismos y de los demás. Esta empatía y preocupación puso en evidencia la dimensión ético-política de consideración del semejante en las infancias y las adolescencias.

- Las capacidades para construir y fortalecer lazos afectivos, tanto familiares como extra familiares, con pares y con adultos, fueron factores protectores de

la salud mental. También lo fue la participación en diversas redes de deportes, cultura, arte o lúdicos, ya que las y los ayudó a producir nuevos sentidos a lo que se vivía con preocupación, incertidumbre, disrupción y/o miedo, para así transformar y procesar la experiencia.

- Las y los adolescentes refirieron un aumento de violencias de género y violencia simbólica. Un 22% mencionó que durante los meses de receso escolar y/o vacaciones la policía los molestó, tanto estando solos como en grupos de amigas o amigos. En adolescentes de sectores populares y comunidades originarias se registraron situaciones de discriminación.

- Una importante afectación se vinculó con la incertidumbre por las dificultades de la concreción así como el condicionamiento en la construcción de proyectos futuros, motivando su postergación, modificación y hasta supresión. La difusión de las vacunas abrió en las niñas y los niños un horizonte de optimismo y esperanza, y ambivalencias en las y los adolescentes.

- La mediatización adulta, con disponibilidad afectiva para escuchar y acompañar y compartir tareas domésticas, escolares y juegos, fue un factor de protección de la salud mental; ya que favoreció la contención, el intercambio de saberes y el diálogo para elaborar preocupaciones, miedos y angustias. Las mujeres fueron mayoritariamente las productoras de cuidados.

Aportes para la elaboración de estrategias de apoyo a partir de los hallazgos de la investigación

Como se adelantó, uno de los objetivos del estudio fue presentar recomendaciones que orienten las acciones estatales hacia políticas integrales, aunque con especial atención a las realidades y condiciones disímiles de la amplia diversidad cultural de las regiones del país, y, a la vez, evitar considerar a las infancias y adolescencias como colectivos homogéneos. Asimismo, que se generaran y fortalecieran ámbitos de escucha y de amplificación de las voces de niñas y niños, espacios de producción de cuidados y de construcción conjunta de conocimientos, que aportaran a instituir y consolidar prácticas de protección de la salud mental en el contexto de pandemia que atravesaba el país.

Para el sector salud:

- Fortalecer e implementar dispositivos interdisciplinarios territoriales de abordaje psicosocial, que colaboren en elaborar y simbolizar lo potencialmente traumático que implican los efectos de la pandemia, alojando las afectaciones y malestares de niñas, niños y adolescentes.
- Promover y fortalecer la articulación entre las escuelas, los servicios de salud, los servicios comunita-

rios y de desarrollo social, para detectar y abordar integralmente las violencias y/o el sufrimiento psíquico intenso. Acompañar a las familias en la búsqueda de sostén psicosocial para evitar la patologización de situaciones sociales.

- Fortalecer abordajes, en especial entre las y los adolescentes, que incorporen modelos de educación entre pares, asentados en el reconocimiento de la capacidad de agencia para indagar, problematizar y gestionar situaciones concretas.
- Garantizar la oferta y el acceso a centros de salud, centros comunitarios y/o barriales que brinden atención integral a niñas y niños que presentan problemas de salud mental severos o de consumo problemático y que requieran de atención.

Para el sistema educativo:

- Promover la participación y protagonismo de niñas, niños y adolescentes en las decisiones referentes a sus vidas.
- Promover encuentros intergeneracionales entre adolescentes con niñas y niños más pequeños para transmitirles pautas de cuidado, a partir de sus voces y códigos particulares. Consensuar colectivamente pautas de cuidado que promuevan la solidaridad y la construcción de ciudadanía.

- Implementar ceremonias de inicio y finalización de las clases y ciclos, para elaborar cierres y facilitar inicios de nuevas etapas.
- Promover el sostenimiento del vínculo docente-estudiante en actividades sincrónicas virtuales cuando no sea posible la escuela presencial, dada la importancia de la dimensión socio-afectiva de los procesos de enseñanza y aprendizaje.
- Fortalecer mecanismos que aseguren la inclusión de las y los adolescentes dentro de la escuela secundaria a través de programas de acompañamiento, y asignación de referentes para el apoyo escolar y seguimiento de casos que estuvieran en peligro o en situación de deserción.
- Fortalecer programas de provisión de dispositivos informáticos y de disponibilidad de Internet en los barrios socialmente vulnerables con el objeto de disminuir la brecha digital.

Para el ámbito familiar:

- Crear condiciones que favorezcan las expresiones de los pensamientos, opiniones y emociones; es decir, escucharlos sin desacreditar ni censurar, respetar sus opiniones y hacerlos partícipes, de acuerdo con una autonomía progresiva, de las decisiones referentes a su vida cotidiana.

- Promover, desde el entorno familiar, espacios lúdicos donde las niñas, los niños, las y los adolescentes tengan posibilidades de expresar, comunicar, exteriorizar y elaborar sus emociones, y evitar el repliegue, la retracción o la ruptura o pérdida de lazos sociales.
- Historizar los distintos momentos que atravesaron las familias desde el inicio de la pandemia. Anticipar situaciones que puedan desencadenar y provocar angustia, construyendo una narrativa que aporte sentido a los temores de niñas y niños con una perspectiva de futuro, tranquilizadora pero realista, evitando de este modo estallidos emocionales intensos.
- Sensibilizar para una distribución más equitativa en las tareas domésticas, de cuidado y ayuda escolar con perspectiva de género, promoviendo un ámbito de menor tensión y sobrecarga materna en el hogar.

Para el desarrollo local e instituciones socio-comunitarias y la difusión de información:

- Favorecer la creación de espacios de encuentro en espacios públicos para el despliegue de actividades lúdico-creativas entre adolescentes y de juego en niñas y niños, que promuevan y fortalezcan lazos afectivos y la metabolización de situaciones conflictivas, angustias o malestares.

- Brindar información para que las niñas y los niños comprendan lo que sucede y participen en las decisiones que en el marco de la pandemia afecten a sus vidas. Todo tiempo-espacio se convierte en una oportunidad para hablar sobre cuidados y elaboración simbólica de lo que están viviendo.

- Implementar campañas de difusión de acciones preventivas y de cuidado, en lenguaje amigable para niñas y niños, de manera que se instituyan como promotores de salud a nivel familiar y comunitario.

- Favorecer y reforzar políticas e intervenciones de desarrollo social que promuevan un clima familiar de protección, buen trato y diálogo entre niñas, niños con adultas y adultos, fundamental para el desarrollo psicosocial saludable en los primeros años de vida.

- Promover capacitaciones sobre los derechos de la infancia y la adolescencia, para evitar situaciones de violencia generadas por agentes y funcionarios de las fuerzas de seguridad y padecidas por niñas, niños y adolescentes.

Bibliografía

De Souza Minayo, M. C. (2003). “Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social”. En: de Souza Minayo, M. C. (org.). *La investigación social: teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Vasilachis de Gialdino, I. (dir.) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.

Notas

1) El equipo de investigación contó también con la participación de investigadores locales en cada uno de los espacios territoriales. La nómina completa de estos participantes es la siguiente: Matías Hoffman (AMBA), Facundo Nahuel Titta (Comodoro Rivadavia), Celeste Lorenzini (Jujuy), María Sol Couto (Mendoza), María Luísa García Martel (Resistencia), Sofía Preatoni (Rosario), Amalia Peralta (asistencia técnica).

2) El informe completo se encuentra disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/publicaciones-y-datos/Efectos-salud-mental-ninios-ninias-adolescnetes-covid-completo>. Informe ejecutivo: www.unicef.org/argentina/publicaciones-y-datos/Efectos-salud-mental-ninias-ninios-adolescentes-COVID19

Representaciones sociales sobre salud mental de docentes y estudiantes universitarios de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición (UN-LaM)⁽¹⁾

Daniel Fränkel

Sociólogo, Magister en Administración y Políticas Públicas (UDESA), Doctor en Ciencias Sociales (UBA), Postdoctor en Ciencias Sociales (UBA), Profesor Consulto (UNLAM), Docente-investigador (UNLA, UNDEC), Editor Revista Salud Mental y Comunidad (UNLA).

dfrankel200@gmail.com

Mariela Angela Ferrari

Licenciada en Nutrición (UBA). Maestranda en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Docente-investigadora del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de La Matanza. Investigadora Categoría IV en el Programa de Incentivos a Docentes-investigadores (2014). Integrante de Comités Editoriales, Científicos y de Investigación en el ámbito universitario.

mferrari@unlam.edu.ar

María Victoria de León

Licenciada en Psicología (UBA). Posgrados en Terapia Cognitiva Conductual, Psicología Positiva, HRV. Terapeuta EMDR. Jefa de Trabajos Prácticos UNLAM (Departamento de Salud).

deleonmariavictoria@gmail.com

Natalia Paola Osella

Licenciada en psicología, Magister en salud mental (UNC). Maestranda en políticas públicas (UTDT), Especialista en políticas públicas para la igualdad en América Latina y el Caribe (CLACSO). Ex docente de la carrera de medicina en la UNLaM. Docente investigadora en UBA, UNAJ. Psicóloga interina en el Hospital Interzonal José A. Esteves y miembro de ADESAM.

naty.osella85@gmail.com

Virginia Cordich

Licenciada en Psicología y Profesora en Psicología. USAL. Psicóloga Clínica. Especialista en niños y adolescentes. Docente de IPC UBA. Docente a cargo de Psicosociales y Psicología Social e Institucional. Departamento de Salud. UNLAM.

virginiacordich1@gmail.com

Darío Sebastián Pertusi

Licenciado en Educación Física UNLaM. Profesor Nacional de Educación Física. UNLaM. Jefe de Trabajos Prácticos de Prevención, Investigación-Acción en Salud, Carrera de Medicina. UNLaM.

lic.pertusi.dario@hotmail.com

Sabrina Cecilia Molina

Licenciada en Nutrición (UBA). Docente de la Escuela de Nutrición, UBA. Docente del Departamento de Ciencias de la Salud, UNLAM. Integrante de la Comisión Académica de la Carrera "Licenciatura en Nutrición" del Departamento de Ciencias de la Salud, UNLAM.

sabrinacmolina@gmail.com

José Antonio Marin. Médico

Docente Adscripto Medicina UBA, Adjunto en las Carreras de Medicina del Departamento de Ciencias de la Salud de la UNLaM y UNMP y en Kinesiología del Departamento de Ciencias de la Salud de UNLaM.

drjamarin2019@gmail.com

Silvana Karina Moreira

Licenciada en Enfermería. Profesora de Enfermería. Especialista en Metodología de la Investigación. Docente-investigadora de la UNLaM. (Investigadora Categoría IV en el Programa de Incentivos a Docentes-investigadores). Miembro de la Comisión de Seguimiento curricular de la carrera Licenciatura en Enfermería UNLaM y del Comité de Ética de la Investigación del Departamento de Ciencias de la Salud UNLaM.

smoreira@unlam.edu.ar

Resumen

Se explican los detalles de la investigación acerca de representaciones sociales sobre salud mental de docentes y estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición de la Universidad Nacional de La Matanza (2).

Así los estudios sobre representaciones sociales se convierten en una herramienta de relevancia para indagar sobre los aspectos de la formación profesional y su relación con el ejercicio de la profesión (Sarraceno, 2007). De ahí la relevancia de indagar sobre las representaciones sociales de docentes y estudiantes de carreras de salud (en este caso: enfermería, nutrición, kinesiología y medicina), de manera de poder comprender las representaciones que se ponen en juego. Analizando coincidencias y diferencias, se vislumbran los marcos de referencia que se ponen en juego durante la adquisición del conocimiento para las prácticas profesionales.

Consideramos pertinente destacar que el marco del trabajo se inscribe en la Ley Nacional de Salud Mental; en especial, destacamos el artículo 33 acerca de recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, a fin de garantizar la formación de profesionales, acorde con los principios que marca la Ley, así como promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular, para los que se

desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

También se enmarcan en el documento “Lineamientos para la mejora en la formación de profesionales en Salud Mental”, referido a la inclusión de salud mental en la formación de las carreras de Medicina, Abogacía, Enfermería, Psicología y Trabajo Social. Aunque las implicancias para la puesta en marcha de la Ley instalan un cambio estructural del paradigma dominante, no se puede obviar acerca de obstáculos cuya vigencia es el mismo paradigma tutelar que opera resistencialmente en los espacios de atención, como en los de formación.

Para revertir este estado de situación advertimos acerca de la necesidad de profundizar la formación universitaria y promover articulaciones y prácticas innovadoras, interdisciplinarias e intersectoriales, en áreas de educación, salud, trabajo, cultura, como también reforzar la participación en el movimiento de Salud Mental.

La problemática que investigamos

La Ley Nacional de Salud Mental, como marco normativo que genera modificaciones en las prácticas y en la formación tradicional en el campo de la Salud Mental, se convierte en un objeto novedoso y diferente, que debe ser comprendido. En su artículo 3 dicha

ley reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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, cuyo punto de partida es la presunción de capacidad de todas las personas. De este modo, el paradigma transformador manifestado en la Ley rompe la pregnancia que tiene la enfermedad. Se expresa a través de marcos normativos que otorgan legitimidad a procesos institucionales que delimitan los alcances del trabajo profesional al marco del equipo interdisciplinario de salud. Este nuevo paradigma tiene relación con la Salud Mental Colectiva por cuanto ésta refleja la estrategia esencial para la transformación cultural y organizativa del modelo tradicional del Sistema de Salud Mental. Aún más, al apoyarse en la Estrategia de Atención Primaria de Salud subraya el respeto por los Derechos Humanos y el trabajo integral en espacios territoriales en el marco de redes y equipos interdisciplinarios. Sin embargo, esta transformación en las representaciones sociales acerca de la salud mental no es inmediata. Aún hoy, existen profesionales que desconocen la Ley Nacional de Salud Mental e incluso reconocen que la misma no ha modificado en absoluto su práctica cotidiana (Cáceres, Granja, Osella y Percovich, 2017).

Las representaciones sociales que se constru-

yen y circulan sobre la salud mental guían las acciones y las decisiones individuales y colectivas. La actitud, en tanto componente valorativo de las representaciones sociales, constituye la orientación global, positiva o negativa hacia ese objeto social representado. Decisiones y comportamientos se orientan por las representaciones sociales que construimos sobre objetos valorados y significativos para nuestra vida social.

Mientras las formas de desarrollo de competencias en el campo de la formación de las ciencias de la salud en general, y en el campo de la salud mental en particular, estén sustentadas en representaciones vinculadas con el saber psiquiátrico hegemónico y con la enfermedad, la atención en salud mental quedará delimitada a profesiones del campo “psi” y se estará cada vez más lejos de lograr un compromiso asistencial, participativo, promocional y social interdisciplinario (Stolkiner, 2000).

Se desprende de lo anterior la inquietud por conocer las representaciones sociales sobre salud mental de los docentes y estudiantes, en el marco de la formación de futuros profesionales de la salud. La persistencia de los modelos hegemónicos, ocasiona posibles efectos iatrogénicos y/o estigmatizantes. Por dicha razón es que consideramos pertinente revisar conceptualizaciones y representaciones sociales en salud mental implicadas en los procesos educativos.

Así, urgen interrogantes: ¿cuáles son las representaciones sociales que los docentes y estudiantes de salud presentan sobre la salud mental? ¿De qué modo esas representaciones influyen o transforman sus prácticas como docentes en general y en especial los de medicina y enfermería en cuanto si adecuan o no sus propuestas curriculares al documento sobre Lineamientos de Mejora? ¿De qué modo esas representaciones influyen en el aprendizaje de nuevos enfoques en los estudiantes? ¿Cómo perciben los docentes la necesidad de formación en salud mental?

Propuesta metodológica

El enfoque metodológico que hemos desarrollado es la investigación etnometodológica en tanto análisis de los sistemas de signos, significados y símbolos, en torno a las representaciones sociales que tiene la población referidas a problemáticas específicas del sector. La operacionalización se ha caracterizado por combinación metodológica cuali-cuantitativa, para lo cual hemos adoptado como abordaje la triangulación de instrumentos. Es un proceso escalonado de modo tal que la estructura que guía el instrumento cuantitativo proviene del trabajo de campo cualitativo, para lo cual estimamos que el trabajo cualitativo precede a la encuesta (Vasilachis de Gialdino, 1993: 2003). La selección de la muestra de estudiantes fue no probabilística,

intencional por criterios. La selección de casos siguió los criterios de relevancia al seleccionar a los estudiantes entrevistados según rangos de heterogeneidad. Para el relevamiento cualitativo se realizaron entrevistas y grupos focales, utilizando como criterio de corte la saturación teórica. Para el segundo momento, se trabajó con una guía auto administrada. El tema central de las entrevistas con estudiantes y docentes se desarrolló en torno a:

- Definiciones conceptuales acerca de la Salud mental.
- Conocimiento de la normativa y de las leyes.
- Experiencias vinculadas con la Salud Mental dentro del espacio universitario.
- El rol que debe jugar la Universidad.

En el caso de docentes se incluyó la vinculación con prácticas profesionales.

Inicialmente, para el relevamiento cuantitativo de docentes se eligió el muestreo aleatorio simple. Sin embargo, dada la pandemia del año 2020 se diseñó un cuestionario estructurado –elaborado a partir de las categorías identificadas en las entrevistas en profundidad– y se escogió por una muestra no aleatoria que quedó conformada por 75 docentes de las cuatro carreras del Dpto. de Cs. de la Salud de la UNLaM, que acep-

taron responder el cuestionario de manera voluntaria y anónima, por medio de un formulario de *Google Forms* enviado por correo electrónico.

Las entrevistas en profundidad fueron desgrabadas en documentos Word y luego transformadas en archivos txt, para poder realizar los análisis cualitativos e identificar las categorías recurrentes. Se definieron los códigos en función de los objetivos del proyecto, pero también tomando en cuenta las expresiones y manifestaciones de los actores. Es decir, se categorizaron los datos cualitativos utilizando las posturas EMIC (punto de vista del actor) y ETIC (punto de vista del investigador).

Respecto a la cuestión ética se han contemplado los criterios básicos y elementales para cualquier investigación como lo son el consentimiento informado y la confidencialidad de los datos.

Con respecto al Consentimiento Informado se ha tenido presente la autonomía de los participantes en cuanto a su voluntad para participar o no de la investigación, el manejo de la confidencialidad, así como también de los hipotéticos beneficios de su participación en la misma. Es destacable que la información recopilada en el presente estudio, no encuadra en el tipo de información denominada sensible, en los términos de lo establecido en el art. 2 de la Ley 25.326. Sin perjuicio de ello, el equipo de trabajo tomó los recaudos necesarios

a los efectos de dar cumplimiento con los requisitos éticos para poder desarrollar dicho estudio.

El análisis de datos garantizó el anonimato. Mediante una modalidad cruzada el análisis se distribuyó en subgrupos; finalmente los resultados disgregados fueron sistematizados por el director de la investigación. Esta diversificación de tareas dentro del equipo, permitió garantizar un proceso de disociación irreversible de los datos obtenidos, garantizando de esta forma el respeto por la confidencialidad, privacidad e intimidad de las/os participantes.

Principales hallazgos

- Las representaciones de los estudiantes y docentes parecerían más afines con los paradigmas dominantes. La investigación corrobora el planteo respecto a que los espacios académicos y profesionales son resistentes para la implementación del paradigma de la salud mental comunitaria y derechos humanos.
- La coexistencia de paradigmas manicomiales y tutelares en salud mental -y, por lo tanto, el encierro como respuesta inmediata ante los problemas de salud mental- con paradigmas desmanicomializantes y de restitución de derechos, se traduce en un campo de tensión.

- Se destacan demandas instrumentales en tanto predominan los requerimientos por adquirir mejores herramientas teóricas y metodológicas.

- Hay pedidos por incrementar el número de asignaturas o talleres que brinden información sobre aspectos teóricos y prácticos de las problemáticas vinculadas con la Salud Mental y con la Ley.

- Los estudiantes de Enfermería muestran mayor interés por salud mental; en cambio los de Medicina por psiquiatría. En cambio, los decires de los estudiantes de Kinesiología y de Nutrición evidencian desconocimiento general sobre el tema.

- Estereotipos, prejuicios y estigmas tales como supuesta peligrosidad e irreversibilidad del padecimiento mental, se traducen en conductas discriminatorias y/o manifestaciones de violencia institucional.

- Los docentes más aferrados al control y disciplinamiento valoran más las competencias en la gestión e incumbencias profesionales.

- Destacamos la significación del método de Triangulación a los efectos de resolver las dicotomías cualitativo-cuantitativo para la investigación social.

- Los docentes valoran que se promueva la investigación en los ámbitos académicos y profesionales.

Aportes para un debate crítico

A partir de los resultados de la investigación,

se subraya que la primacía del discurso acerca de la locura y peligrosidad fuertemente presentes en medios de comunicación y la población en general son factores determinantes que inciden en las representaciones sociales. La Ley es vista como adecuada y novedosa, pero en la práctica todavía es “inaplicable”. La problemática se encuentra vinculada a las dificultades por asegurar su implementación en los distintos efectores del sistema de salud (centros de salud/hospitales) y garantizar el trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Bibliografía

Cáceres, C., Granja, G., Osella, N. P. y Percovich, N. (2016). Proyecto de violencia institucional: hacia la implementación de políticas de prevención en Argentina. Asociación de Derechos en Salud Mental (ADESAM), Lomas de Zamora (mimeo).

CONISMA. “Lineamientos para la mejora en la formación de profesionales en Salud Mental”. Jefatura de Gabinete de Ministros. Ministerio de Salud, Ministerio de Educación.

Sarraceno, B. (2007). “La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo”. En: J. Rodríguez. (Ed.) (2007). *La reforma de los servi-*

cios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington: Biblioteca OPS/OMS.

Stolkiner, A. (2000). “Acerca de la interdisciplina”. Ficha de cátedra. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA. Publicación web de la Cátedra de Salud Pública.

Vasilachis de Gialdino, I. (2003). *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales.* Barcelona: Gedisa.

Notas

1) Participaron en condición de estudiantes becarias Ludmila Eva Leonor Fenez ,ludmilafenez@hotmail.com y Ailén Surai Pereyra Lic. en Nutrición, UNLAM, Resolución Nro. 074/2020

2) La investigación se llevó a cabo en dos tramos. El primero dirigido a estudiantes y el segundo a docentes todos del Departamento de Ciencias de la Salud de la UNLAM. Saberes y Prácticas en Salud Mental: representaciones sociales de estudiantes de las carreras de medicina, kinesiología y nutrición (UNLaM). PROINCE E 009 2016-2018 y Saberes y prácticas en Salud Mental: representaciones sociales de docentes universitarios de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición (UNLaM). CYTMA2 C2SAL-034, 2019-2020. Director Daniel Fränkel .



Obra: “*Día de Sol*” de Benito Quinquela Martín

Con firma dedicada a su amigo Héctor Villalobos

Técnica: óleo con espátula sobre tela - Argentina - 1944

www.fundacionquinquela.org.ar - silvigrego@gmail.com

El Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús agradece a la Dra. Stella Maris Distilo y a la Fundación Benito Quinquela Martín por autorizar la publicación de la obra que acompaña esta edición.

Diseño de publicación

Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa

Director Claudio Loiseau

Coordinadora Andrea Michel

Equipo Iñaki Bolón García | Fátima Murphy Pupparo | Luciana Schiavi

Edición de este número - Germán Falke

Correspondencia

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar