



REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Universidad Nacional de Lanús

Año 11 N° 16
Julio de 2024
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Año 11 N° 16
Julio de 2024
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

Director

Emiliano Galende

Editora Asociada

Milagros L. Oberti



Centro de
Salud Mental Comunitaria
"Mauricio Goldenberg"
Departamento de Salud Comunitaria



EDUNLA
COOPERATIVA

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.

© 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 LANUS**

Rector

Mtro. Daniel Rodríguez Bozzani

Vicerrectora

Prof. Georgina Hernández

**Directora del Departamento
de Salud Comunitaria**

Lic. María Elena Boschi

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

Lic. Matías Segatorri

**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.

Editora Asociada

Lic. Milagros L. Oberti

Comité Editorial

Alejandra Barcala
Universidad Nacional de Lanús

Cecilia Ros
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Alejandro Wilner
Universidad Nacional de Lanús

Leandro Luciani Conde
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Débora Yanco
Universidad Nacional de Lanús

María Marcela Bottinelli
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Sergio Remesar
Universidad Nacional de Lanús. Universidad Nacional de Quilmes

Silvia Faraone
Universidad de Buenos Aires

Emilse Moreno Carreño
Universidad Nacional de Lanús

Mariano Poblet Machado
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Matías Segatorri
Universidad Nacional de Lanús

Tomás Pal
Universidad Nacional de Lanús

Ana Cecilia Garzón
Universidad Nacional de Lanús

Carla Pierri
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires

Elena García
Universidad Nacional de Lanús

Ivonne Minuet
Universidad Nacional de Lanús

María Eugenia Tablar
Universidad Nacional de Lanús

Comité Científico

Víctor Aparicio Basauri
Organización Panamericana de la Salud /OMS.

Paulo Amarante
Fundación Oswaldo Cruz (FiOCRUZ)

Cecilia Ausburger
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

Daniel Fränkel
Universidad Nacional de Lanús

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

Diseño de publicación

Germán Falke

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

9 EDITORIAL

Emiliano Galende

HOMENAJES

16 **A Norita Cortiñas**

17 **Levav: un luchador necesario**

Alfredo Kraut

ARTÍCULOS

21 **Observatorios de Salud Mental: dispositivos en construcción**

Mauricio Roberto Campelo de Macedo

44 **Entre la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes y la atención de Salud mental: la derivación a tratamiento psicológico como espacio bisagra de la articulación intersectorial**

Soledad Pintos

66 **Dispositivos habitacionales: una reflexión sobre la doble dimensión Casa/Dispositivo en un Servicio de Externación de un Hospital Psiquiátrico de la Provincia de Buenos Aires**

Ana Claudia Oliveira

81 Cuidar "es no veneno": salud mental comunitaria desde una organización campesina agroecológica

Agustín Barúa Caffarena, Jazmín Vera, Marcelo Valdéz Cáceres, Julio Espinola y Alejandra Moya Tobar

99 Apoyo matricial en Salud Mental: una mirada desde equipos de centros de salud del primer nivel de atención en la ciudad de Rosario

Mariángeles Parodi, Sandra Gerlero y Alberto Velzi Díaz

RELATOS DE EXPERIENCIAS

125 Diálogo de saberes: desafíos en la construcción de equipos de salud comunitaria

Romina Montorro, Madelaine Airasca, Julia Cicuttin y Federico Vallero

135 Redes: lo propio del barrio como potencia

Julieta Melisa Vescio

146 El armado de redes como condición de posibilidad para un abordaje integral de los consumos problemáticos

Sofía Arias, Julieta Marafioti y Julia Sanchez

156 Intersecciones entre Arte, Salud Mental y Derechos Humanos

Sonia Malva Basualdo

167 Salud mental y perspectiva de género: notas sobre un festival comunitario

Cecilia Gomez Kum

DEBATES Y PERSPECTIVAS

174 Salud Mental en tiempos libertarios

Leonardo Gorbacz

182 Los cuidados "Después de Hora"

Martín Sebastián Malgá

188 Periodistas quemados en una sociedad quemada

Agustín Lecchi (SiPreBA)

195 La derecha, al delirio

Nelson Santacruz (La Garganta)

RESEÑA DE LIBRO

- 201 **Reseña del libro “Praxis en Salud Mental. Abordajes y Procesos de Cuidado” publicado en EDUNLA Editorial**

Alejandro Wilner y Flavia Torricelli

RESEÑA DE TESIS

- 206 **Salud mental y educación en contextos de encierro: la experiencia del Centro Universitario Devoto**

Bruno Hennig





Emiliano Galende

Si partimos de la definición de salud que propone la Organización Mundial de la Salud, como un estado de bienestar físico, psíquico y social, la salud mental cabe definirla por la presencia y articulación de estos tres aspectos. El estado de malestar, que en nuestro caso debe reemplazar al de enfermedad, propio de lo biológico, se define por síntomas en la sensibilidad y el pensamiento de una pérdida del placer en relación con el cuerpo, la vida social, la relación con los otros y la conciencia de sí mismo. Si la salud física se percibe como “el silencio de los órganos”, la salud mental se define por el sufrimiento individual de la propia existencia. Siguiendo a Freud en cuanto al “principio del placer”, el estado de satisfacción en los humanos depende, aun cuando no todo, de la relación con los otros, del trato, la sociedad y la percepción del Yo sobre sí mismo. En pocas palabras se trata del bienestar de la existencia.

El malestar psíquico no es el silencio de los órganos sino la ebullición del deseo, el conflicto con el otro, el anhelo y su frustración, el sostenimiento de la ilusión como proyección imaginaria del deseo. Cuando hablamos de salud mental no pensamos en ninguna normalidad. Cada uno de los que formamos la especie humana tenemos historias y procesos de identificación diferentes, existimos en sociedades y culturas particulares cuyas normas de comportamiento hemos incor-

porado, que hacen que nuestros síntomas de malestar no puedan soslayar la presencia en el presente de nuestra historia vivida y las identificaciones realizadas a lo largo de la misma, de la aceptación de la cultura y la sociedad que habitamos. Dirigimos nuestra atención a la vivencia de satisfacción en las interacciones con los otros, sus vínculos sociales, el amor, el odio, el resentimiento, la alegría o la tristeza depresiva. De todos estos sentimientos depende nuestra integración a la sociedad en la que vivimos y nuestra participación en la comunidad cercana y, por lo mismo, son los objetivos de toda terapia. El bienestar y la seguridad en la vida psíquica depende de cubrir las necesidades biológicas básicas (alimentación, abrigo, etc.) y de contar con los otros en la tramitación de la vida propia (pareja, familia, amigos, compañeros, etc.). Recordemos que, como señaló Habermas, la integración a la vida social tiene dos partes: la integración social sistémica, esto es la integración al conjunto de leyes y normas que regulan una sociedad, lo que entendemos por ciudadanía, y por otra parte la integración sociocomunitaria: la inclusión del individuo en los intercambios prácticos de las relaciones cercanas, desde la familia, el grupo de vecinos, las instituciones sociales, la comunidad. No alcanza con la integración formal a la ciudadanía si falta la capacidad subjetiva de integrar y participar en los grupos sociales que integramos.

La Política de Salud Mental

Solemos referirnos con el término de Políticas de Salud Mental a las disposiciones, leyes, regulaciones, etc. que disponen los Estados para la cobertura del malestar psíquico. En realidad la política es más amplia y determinante. La política que los colectivos sociales realizan para mejorar la salud psíquica debe comprenderse como parte esencial de la política de Salud Mental, tanto en la promoción y prevención como en los cuidados del sufriente psíquico. El concepto que incluyó la OMS de “cuidados informales” para incorporar las intervenciones que realizan determinadas organizaciones sociales, esencialmente familias e instituciones civiles abocadas al tema de la salud mental, resulta claramente restringida y no bien fundamentada.

Toda organización social que se propone aportar a la defensa de un bien común o desarrollar proyectos colectivos culturales, comunitarios, educativos, políticos, etc., incluye en su accionar práctico la consolidación de la integración social de sus miembros o participantes, y esta integración por lo mismo aporta valor de salud mental. La integración socio-comunitaria es entonces un objetivo central de toda terapia sobre el sufrimiento psíquico. Asociaciones de jubilados que aportan a consolidar la solidaridad en los tiempos de la vejez; los

clubes de barrio que facilitan la integración de jóvenes a través del deporte, las actividades culturales, la formación de grupos con proyectos específicos, cumplen con el objetivo de potenciar la satisfacción de la vida compartida, las instituciones dedicadas a la cultura, su difusión y formación de colectivos de danzas, teatro, etc., cumplen esta función. Hasta no hace mucho existían las mutuales, hoy las cooperativas, que apuntan a la defensa de intereses en común o proyectos económicos o sociales.

Manuel Castells señala claramente dos tipos de colectivos sociales: los de defensa, que se agrupan para promover derechos y defenderlos, que llama “Grupos de Resistencia”, y los colectivos que se forman tras algún ideal común de construcción social. Entre ellos las organizaciones de defensa de los Derechos Humanos que Castells llama “grupos de proyecto”. Todas estas agrupaciones humanas, con distintos objetivos prácticos, aportan fuertemente a la integración social. Especialmente están las organizaciones dedicadas al reconocimiento jurídico de la igualdad y los derechos civiles. Y recordemos que la integración social y la igualdad son las dos condiciones básicas de la paz social, es decir, de la abolición de la violencia en la vida en común. Todo colectivo social o comunitario que promueva la integración social es a la vez un colectivo de aprendi-

zaje y creación en cada uno de los recursos necesarios para tramitar la vida en común. Los Estados que han reconocido la importancia de estos colectivos sociales para el bienestar psíquico y social de la población, los fomentan y generan apoyo económico a estos a la vez que facilitan o promueven su constitución

Desgraciadamente en los últimos cuarenta años las sociedades no han avanzado en estos desarrollos. El incentivo del individualismo, necesario a la globalización y el capitalismo financiero, han desestimado la solidaridad social como base de la interacción y la no violencia. Lógicamente esto ha provocado un crecimiento notable del malestar psíquico y de la violencia en la vida en común. Obviamente estas políticas sociales son opuestas a los principios y objetivos de la salud mental, la prueba clara es el incremento de la demanda por malestar o sufrimiento psíquico en los diferentes servicios. Paulatinamente, pero en corto tiempo, en la mayor parte del mundo, especialmente occidental, se ha pasado de una vida comunitaria, (el barrio, el grupo de amigos, la familia tradicional amplia, la cultura local, los compañeros) hacia una perspectiva de vida globalizada. Las identidades que funcionaban en las culturas locales reciben ahora masivamente contenidos intelectuales, hábitos de consumo y entretenimiento, lenguajes, significaciones, de una cultura global. Los medios

actuales de las tecnologías de la comunicación, televisión, teléfonos celulares, videos y computadoras, son parte central de la globalización a nivel de las personas, de cada persona, al igual que de los colectivos humanos. ¿Cuántas personas de las grandes urbes hablan hoy una lengua que no es la materna? (Me refiero al drama de las inmigraciones masivas).

Si bien podemos observar que en la mayor parte de las personas se mantiene la conciencia de sí mismo (todos sabemos que ayer éramos el mismo que hoy y que mañana seremos el mismo que ayer) porque la historia personal, la identidad, las tradiciones culturales, siguen estando en el yo de cada uno, a la vez en el mismo yo está incluido ese mundo global y ha hecho que la identidad sea vulnerable y cambiante. Los recursos que adquirimos en la vida comunitaria dejan de ser útiles para estas nuevas condiciones sociales. Si bien la otredad puede ser creativa y enriquecer nuestro intelecto, se refuerza la escisión entre el pasado vivido y la nueva adaptación a una sociedad altamente tecnificada (¿o robotizada?). El esfuerzo constante de adaptación a esta cultura tecnificada se disocia entre la ambición de incorporar esta cultura técnica y el miedo a ser dejado de lado, quedar afuera de lo social. Bajo estas condiciones la fragilidad y vulnerabilidad psíquica se ha incrementado, ha crecido el número de personas que viven so-

las, la presencia creciente del odio en la vida de muchos defraudados en sus expectativas, la incertidumbre para proyectar un futuro, se hace síntoma en la ansiedad, inquietud motora, angustia cotidiana, tristeza o depresión, insomnio, etc. También la palabra terapéutica se debilita abriendo la puerta para recurrir a los calmantes psicotrópicos, legales e ilegales.

El inmigrante, forzoso o elegido, es ejemplo de la construcción de un nuevo sujeto que habita mayormente en las grandes ciudades occidentales. Aún muchos individuos que no han salido de su ciudad tienen mucho de las vivencias del inmigrante, se integran a la cultura llamada de la globalización, pero incluyen un vacío sobre su pasado y las identidades de la cultura en la que construyeron su subjetividad. Se trata de un sujeto que renuncia o logra mayor libertad del pasado y se encuentra en la mayor soledad encerrándose narcisísticamente en sí mismo. Atenúa, disminuye el vínculo entre su yo y el nosotros, debiendo asumir las dificultades para integrarse socialmente y el impedimento de construir intimidad con los otros de trato y sociedad, y más aún de amor. Adecua su pensamiento a la sociedad y la cultura que habita pero pierde la ética de su comportamiento y el juicio moral, lo que está bien y lo que está mal. Remo Bodei observa que “apreciamos en cambio y mucho mantener viva la aspiración de una identidad

que sea a la vez fuerte y libre, coherente y abierta a ulteriores desarrollos, capaz de oponerse a un culto del yo rígido y al mismo tiempo, a las pulsiones gregarias o disipadoras de una cultura de masa que tiende a cloriformizar la existencia”.

Frente a esto que podemos llamar un nuevo panorama de salud mental, veamos la respuesta en las políticas del Estado.

La política en Salud Mental del Estado

A partir de 1953, año en el cual la Organización Mundial de la Salud dictó su Resolución de reestructurar los servicios de psiquiatría hacia un modelo de cuidados de la salud mental, se desarrollaron dos ejes de este proyecto que llamamos “reforma de la psiquiatría”: el cierre progresivo del hospital psiquiátrico (los manicomios) y avanzar en la creación de un modelo de atención democrático, integrado al sector salud y territorializado, que a partir de la Conferencia de Alma Ata se concreta con la integración de la atención de la salud mental en los Servicios de Atención Primaria de la Salud (APS). Los países que avanzaron con esta reforma tenían gobiernos democráticos y progresistas (Kennedy en EE.UU. en 1963; Frente Popular en Francia, el laborismo en Inglaterra, el partido radical y los

sindicatos en Italia, etc.). En Argentina la reforma llegó durante el gobierno corto de Frondizi (1953) que creó el Instituto Nacional de Salud Mental. Todas estas políticas se asumen por parte de los Estados invocando la democracia y las políticas de derechos e igualdad.

A nivel del Estado, en Argentina, el Instituto Nacional de Salud Mental tuvo poco eco en difusión y aplicación, y sólo en 1983 con la caída de la dictadura y la llegada del gobierno de Raúl Alfonsín se lograron algunos avances. El Instituto Nacional se suplantó por una Dirección Nacional de Salud Mental dentro de la política de Salud y se crearon las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental. Recién a comienzos del Siglo XXI se logró la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Con algunas diferencias, hubo una lógica en los procesos efectivos de reforma: 1. Decisión política de los gobiernos de avanzar con los cambios; 2. Modificar la situación jurídica de la relación del Estado con el paciente (Códigos Civil, Código Penal, en algunos países); 3. Planificación normativa de Salud Mental que garantice igualdad y calidad en todos los servicios del país (Plan Nacional de Salud Mental); 4. Desarrollo de los Servicios adecuados a los principios de la ley, incumbencias profesionales (integración de equipos de Salud Mental) y; 5. Formación de los profesionales bajo los criterios de la reforma.

Estos procesos de Reforma fueron incluyendo el término “comunitaria” para designar justamente que, al revés del Hospital Psiquiátrico que aísla al paciente, es la comunidad el centro para el conocimiento sobre el malestar psíquico y es la integración socio comunitaria el objetivo central de la recuperación. De allí el valor de la formación de colectivos sociales y comunitarios para la promoción de salud mental y la rehabilitación del malestar. Por eso el marco normativo incluye dispositivos de arte, deporte, culturas, empresas sociales, entre otros, y la promoción de la salud integral

El avance de esta política genera un cambio en el imaginario social del trastorno mental. El principio de la perspectiva comunitaria fomenta y apoya los programas sociales señalados antes para la participación e integración socio comunitaria. Los mismos servicios públicos de salud mental incluyen estrategias comunitarias, especialmente en la rehabilitación. Lo que podemos llamar colectivos sociales de la población son tomados por los dispositivos de salud mental, especialmente en adicciones, consumos y trastornos psíquicos severos. Este panorama configura hoy en Argentina la comprensión y el cuidado de la salud mental de la población, con diferentes velocidades en sus logros. Sin embargo, a los obstáculos señalados previamente sobre un nuevo sujeto egocéntrico y resistente a lo solidario

y por lo mismo a toda forma de vida en comunidad, el gobierno que asumió a finales de 2023 expresa y sostiene públicamente una postura absoluta de negación de lo colectivo, del principio de solidaridad y del valor de la integración para la vida en común. El Estado no solo se retira de la responsabilidad de apoyar, fomentar y financiar las organizaciones sociales, sino que avanza hacia el objetivo de destruir todo agrupamiento bajo la acusación de “socialistas”.

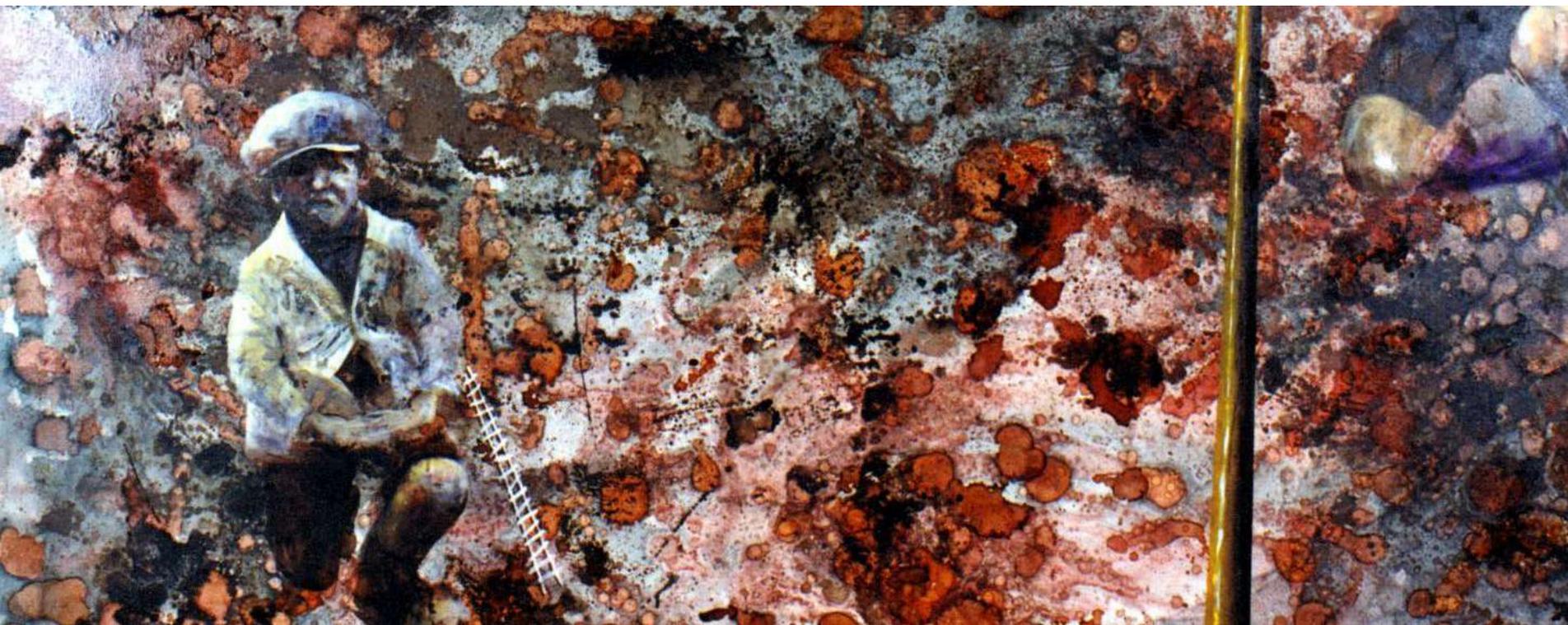
Enunciando muy confusamente un cambio cultural, sus objetivos se develan en la destrucción de organizaciones de la cultura, el cine nacional, las artes, los talleres de danza o teatro, etc. Los movimientos sociales son reprimidos y acusados de imaginarios supuestos robos y a las universidades se les quita presupuesto acusadas de ser “zurdas” o malversadoras del aporte del Estado. Imagina y promueve bajo la falsa consigna de la libertad un individualismo extremo, en el cual cada persona debe creer que es responsable y dueño de su destino personal. Logra que algunos creyentes imaginen que se han “hecho solos”, bajo el mérito de su esfuerzo e inteligencia personal, negando la construcción social y cultural de su subjetividad, la educación en la escuela pública, el conocimiento en común, e impulsando sujetos revanchistas en la vida diaria (odio a los pobres, acusación a los que “no trabajan”, a los que viven del

Estado, etc.), hasta en los niveles de desintegrarse de la violencia contra las mujeres, negando los femicidios, justamente actuados por varones resentidos y vengativos. (Eliminación del Ministerio de la Mujer, Géneros y Diversidad, u otros organismos vinculados a los derechos humanos). Es notorio su objetivo de atacar a las instituciones del conocimiento, la educación y la ciencia, y el sentimiento revanchista de destruir la historia y la cultura popular. Todo se justifica en la economía y el presupuesto, pero el objetivo central es promover una nueva cultura basada en la libertad de mercado, el individualismo y la intervención del Estado solamente para los negocios y la acumulación de capital por los monopolios. Ya Keynes había señalado que “la economía es también una ciencia moral conducente al logro de un mundo menos bárbaro”. Pero parece ser tarea de los bárbaros actuales destruir la economía, la ciencia, la cultura y la vida en común de sujetos solidarios para garantizar la libertad de los mercados.

Lógicamente la sociedad está afectada y cada persona que la compone, los más pobres serán más vulnerables por la dificultad o pérdida de alimento, educación y salud; los no pobres experimentarán su vulnerabilidad en la incertidumbre de un mundo degradado en su cultura y su sociedad, sin justicia ni ordenamiento jurídico, vivirán en una sociedad más violenta e insegura.

A los que estamos del lado de la salud mental nos toca resistir y luchar para que, como lo propone claramente Leonardo Gorbacz en su artículo, no perdamos los derechos ya conquistados, la verdad ya asumida, la solidaridad y el compromiso con quienes demandan cuidado y ayuda para su sufrimiento.

Emiliano Galende
Junio 2024



El 30 de mayo Nora Morales de Cortiñas se fue de este plano. Norita vivirá en cada una de nuestras luchas y en nuestra memoria, esa por la que tanto hizo.

La recordaremos siempre con orgullo y alegría. Por su modo inclaudicable de luchar contra la impunidad, frente a las violaciones a los derechos humanos, y en cada lugar en dónde haya una injusticia.

A pesar del dolor de haber sobrevivido a la desaparición forzada de su hijo Gustavo, ha logrado transmitirnos la fuerza y el coraje con la que ha encarado cada batalla.

¡30.000 compañerxs
detenidxs desaparecidxs!
¡Presentes! ¡Ahora, y siempre!
¡Venceremos!

*Gracias Norita.
Seguirás con nosotres en
cada lucha*



Enfoque Rojo. (2019).



Itzhak Levav

Levav: un luchador necesario

1. Doctor Levav: un pionero.

El doctor Itzhak Levav -psiquiatra, sanitarista, epidemiólogo e investigador- falleció el 20 de mayo en Jerusalén. Tenía 85 años. No es sencillo para mí colaborar con semblanzas de quien fuera un gran amigo y mentor en este apasionante mundo del derecho y la salud mental, materia poco abordada desde la perspectiva jurídica en nuestro país. Le debo al Dr. Levav un especial agradecimiento, respeto y gratitud a quien fuera un referente indiscutido en la lucha por mejorar o transformar la vida de las personas con padecimientos mentales, un colectivo estigmatizado, jurídicamente hiposuficiente, avasallado y sojuzgado. Insistía en su prédica por la eficacia de los derechos humanos (hoy retóricos en su mayoría), especialmente el derecho a la salud, a tener voz y a vivir dignamente en la comunidad. Su dimensión ética, su compromiso, su capacidad de trabajo y su rigor científico lo caracterizaron desde muy joven.

Su obra contribuyó a visibilizar a estas personas habitualmente “escondidas” dentro de los muros de instituciones que las aíslan, a veces de por vida, con la participación de algunos profesionales de la salud mental, forenses, enfermeros, el sistema judicial,

funcionarios, familiares, entre otros. Su vida estuvo signada por contiendas con los sectores poderosos, defensores del modelo manicomial y la industria farmacéutica. Reclamaba ante la ausencia de protección y por la vigencia de un modelo social de la discapacidad que sustituya el fundamento del loco incapaz y peligroso para sí o para terceros. Tuve la fortuna de ser su amigo y el honor de acompañarlo, desde los años 80s, en distintas actividades en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina (CSJN), en la Facultad de Derecho (UBA) y muchos “bares” en la Ciudad de Buenos Aires y otros lugares varios, siempre bregando por un mundo más justo. Levav trabajó intensamente para sustituir paradigmas: impulsar nuevos arquetipos para imponer nuevas reglas. Sus iniciativas apoyaban la sanción de una legislación protectora y un servicio de justicia que, en los años 80s, 90s y hasta nuestros días, como regla, no existía en la región. Estudioso y emprendedor perseverante, asistió a muchos de los países de la región.

El Dr. Levav ejerció gran parte de su vida en la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), donde se desempeñó como Coordinador Regional de Salud Mental para la Región de las Américas. Desde esta posición impulsó la conocida *Declaración de Caracas*

(aceptada por aclamación el día 14 de noviembre de 1990), sobre la *Reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas*, documento fundacional que todavía hoy inspira el debate sobre las reformas en salud mental. La Declaración enfatizaba acerca de los vacíos legislativos en la región, fenómeno causado principalmente por la carencia de estructuras asistenciales adecuadas y de acceso real al sistema de salud. La legislación y la reorganización de los servicios con la mira puesta en la defensa de los derechos humanos, tendientes a terminar con el modelo hospitalocéntrico constituyeron un quiebre, un cambio de paradigma, un hito en esta lucha por lograr la legalidad y la dignificación de este colectivo. En 1990 empezaba, con mayor respaldo, el arduo camino de la desmanicomialización en distintos países de la región: metas aún vigentes. Asumió valientemente la defensa de los derechos humanos -era un optimista-: crear nuevas conciencias, nuevos profesionales, nuevos funcionarios, nuevos usuarios y sus familias. Sus palabras siempre me acompañarán. Su calidez y simpatía también.

Valeroso, perseverante, riguroso, siempre cordial: Levav fue un militante para la transformación de las grandes instituciones manicomiales. En esa línea, propuso sistemáticamente políticas públicas para la región, para transmutar un modelo en el cual la

ausencia de legalidad era -y sigue siendo en general-, la regla.¹ El sistema legal no consigue aún hoy perforar las puertas de las “instituciones totales” o de encierro.

2. Breve síntesis curricular

Levav se graduó como médico en la Facultad de Medicina (UBA, 1962). Cursó estudios de posgrado en la McGill University durante 4 años (Canadá, 1967) y la Especialización en Epidemiología Psiquiátrica en la prestigiosa Universidad de Columbia (Estados Unidos, 1967).

Integró el primer equipo de salud comunitaria del Servicio de Salud Mental del mítico y legendario Hospital Evita (Policlínico Araoz Alfaro) conducido, desde los años 70, por el doctor Mauricio Goldenberg (conocido como la “experiencia del Lanús”).² Expresaba la voluntad reformista con la mira puesta en la “superación de la vieja psiquiatría asilar por el modelo de la asistencia abierta”³ y una enérgica crítica a los vigentes servicios psiquiátricos tradicionales. Goldenberg expuso su proyecto en 1958 para solucionar la problemática de los hospicios superpoblados, mal atendidos, sin reglas legales y costosos económicamente. Se proponían nuevas terapéuticas, como las psicoterapias y la psicofarmacología, y la atención en los hospitales generales.⁴ Durante la

dictadura militar se radicó en Israel (donde cambió su nombre por Itzhak Levav, aunque para nosotros siempre siguió siendo Tuncho) donde continuó como guía de los movimientos de derechos humanos. Fue colaborador de la revista *Bridges*,⁵ publicación de salud pública desarrollada conjuntamente por profesionales de la salud palestinos e israelíes, bajo el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incorporando el paradigma de “la salud como puente para la paz”.

Cuando llegó a Israel (1971) trabajó como docente en el departamento de Salud Pública en el Hospital Hadassah, hasta el año 1987 cuando entra a como consultor a la OPS. Durante más de diez años fue jefe de la Unidad de Salud Mental (OPS/OMS) en Washington desde donde impulsó cambios profundos y estructurales en la atención de la salud mental, siempre con una perspectiva comunitaria. Entre otros reconocimientos, recibió homenajes y varios *honoris causa*, tales como el del Doctorado de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, y un homenaje en la Facultad de Medicina (UBA). Fue integrante del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud y fue relevante su colaboración del proceso de reforma psiquiátrica en España. También fue profesor en el Departamento de Salud Mental Comunitaria de

la Universidad de Haifa, Israel, y docente en distintas universidades, como la de Portugal, India (Pune), Universidad de Entre Ríos (UNER), entre otras, y profesor Honorario de la Universidad Cayetano Heredia, Perú. En nuestro país participó activamente en las III Jornadas Internacionales de Salud Mental en la Facultad de Derecho (UBA, 23 de abril de 2013), con una brillante disertación, una conferencia inaugural en la misma Facultad de Derecho⁶ y una recordada actividad en la Corte Suprema de Justicia de la Nación (2010).

Asimismo, en Argentina colaboró para la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y otras leyes provinciales. Fue consultado para su redacción y reglamentación (Decreto 603/2013), así como para el proyecto del Código Civil y Comercial de la Nación (2011) para el cual también tuvo el honor de colaborar con la Comisión Redactora al respecto de la capacidad jurídica y de la internación involuntaria. Autor prolífico, escribió varios libros: editó más de 250 trabajos científicos sobre distintas temáticas, especialmente en salud mental comunitaria y los efectos del Holocausto en el psiquismo de las víctimas y sus sucesores. Por un tema de espacio, entre muchas obras vale citar *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación: memorias*

de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (Caracas, Venezuela, 14 de noviembre de 1990. Editado por R. González Uzcátegui e I. Levav) y *Mental Health and Palestinian Citizens in Israel (Middle East Studies), Psychiatric and Behavioral Disorders In Israel: From Epidemiology to Mental Health Action, Temas de Salud Mental en la Comunidad*, editado también por Levav en 1992. Hasta que enfermó, fue asesor del Ministerio de Salud de Israel, en servicios de salud mental y, desde 1991, Asesor en Investigación (ad-honorem).

3. Colofón

Las grandes contribuciones del Dr. Levav han sido, sobre todo, sus ideas, su compromiso con la tarea, su gran capacidad para producir creando consensos por una verdadera reforma psiquiátrica. Sabemos que el camino por la vigencia efectiva de la tutela jurídica de la salud mental es largo, sinuoso, complejo como lo es la propia problemática, ya que es frecuente que los destinatarios sean personas quedan cada vez más rezagadas en la sociedad.

Su sueño lentamente se irá concretando ya que, como regla y aun lentamente -con progresos y retrocesos-, siempre se avanza: la persona con discapacidad mental tenderá a ser un sujeto de derecho. Hoy muchos jóvenes

profesionales de distintas disciplinas han tomado la posta y continúan su escuela. Hace siglos que miles de sufrientes esperan silenciosamente ser ciudadanos. Es nuestra promesa que, siguiendo al maestro, luchemos por ello venciendo los obstáculos que se asomen.

Alfredo Jorge Kraut

Notas

1. En el nivel regional americano, la Conferencia de Caracas advirtió y denunció las falencias del sistema de atención psiquiátrica y salud mental, y los vacíos legislativos en la región, fenómeno causado principalmente por la carencia de estructuras asistenciales adecuadas y de acceso real al sistema de salud.

2. El 1º de octubre de 1956, Mauricio Goldenberg se hizo cargo del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús. Este no fue el primero, pero sí el más conocido Servicio de Psicopatología en un hospital general, en el país y en Latinoamérica.

3. Goldenberg, M. (1958). "Estado actual de la asistencia psiquiátrica en el país", *Acta Neuropsiquiátrica Argentina* 4(4).

4. Carpintero, E. y Vainer, A. (2018). *Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los 60 y 70*. Topia.

5. Jornada Internacional sobre Salud Mental, Familia y Adicciones (2010). Conferencia inaugural a cargo de Itzhak Levav, quien disertó sobre "Transgresiones por comisión. Transgresiones por omisión".

Observatorios de Salud Mental: dispositivos en construcción

CAMPELO DE MACEDO, Mauricio Roberto.
Médico psiquiatra. Profesor Titular del Departamento de Salud Colectiva y Coordinador del Observatorio de Salud Mental de la Universidad Federal de Río Grande del Norte (UFRN - Brasil). Doctor en Salud Pública, Universidad de Montreal (UQAM - Canadá). Posdoctor en Salud Mental Comunitaria (UNLa).

Contacto: macemauri@hotmail.com

Recibido: 12/09/23; **Aceptado:** 12/11/23

Cómo citar: Campelo de Macedo, M. R. (2024). Observatorios de Salud Mental: dispositivos en construcción. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 21-43

Resumen

Este artículo trata de la emergencia y posibilidades de los observatorios de Salud Mental y presenta los resultados de una Revisión Integrativa de la producción científica sobre el tema de los observatorios, identificando conceptos, metodologías y categorías de análisis, instrumentos de evaluación y tecnologías de información, comunicación y producción de memoria en el campo de la Salud Mental, orientados por los principios éticos de los Derechos Humanos. Es reciente el surgimiento de observatorios de esta subárea, en particular en América Latina, la mayoría de estos volcados para monitorear situaciones y procesos de sufrimiento psíquico y trastornos mentales en las poblaciones y territorios, y el desarrollo de políticas, modelos asistenciales, prácticas y cuidados para responder a los problemas de este campo.

La macrotemática principal priorizada por estos dispositivos es la de la "reforma psiquiátrica", y estos pueden constituirse como un puesto de observación estratégico para el monitoreo del campo de la salud mental en territorios, como catalizadores de procesos colectivos, como espacios de concertación entre los actores involucrados en este campo de acción para la toma de decisiones y formulación de políticas. Asimismo, surgieron de las publicaciones analizadas macrotemáticas como: políticas de salud mental, derechos humanos y ciudadanía, gestión del cuidado, rehabilitación psicosocial, participación, epidemiología y determinantes de los problemas, evaluación y monitoreo, uso problemático de sustancias psicoactivas, salud mental de niños y adolescentes.

Las publicaciones analizadas refieren la importancia de los observatorios para la construcción y validación de indicadores, sobre todo de evaluación de las condiciones de salud mental de la población, de los cuidados y servicios ofrecidos y de las violaciones de derechos humanos, como temas de gran complejidad. Además, se destacan como fundamentales el análisis del proceso de estructuración de estos dispositivos, sus posibilidades de sustentabilidad, sus proyectos teórico-conceptuales y metodológicos y acciones desarrolladas en el campo de la Salud Mental.

La financiación, la estabilidad de su inserción institucional, la credibilidad y legitimidad ante otras instituciones y la población del territorio al que se vincula, son fundamentales para su factibilidad y viabilidad. Además de la importancia de quien opera el observatorio, su disponibilidad, compromiso para actuar y su formación; claves para el desempeño de sus actividades con efectividad.

Palabras clave: observatorios - observatorios de salud - salud mental - información - comunicación

Mental Health Observatories: devices under construction

Abstract

This article deals with the emergence and possibilities of Mental Health observatories and presents the results of an Integrative Review of scientific production on the topic of observatories, identifying concepts, methodologies, and categories of analysis, information, communication, and memory production in the field of Mental Health, guided by the ethical principles of Human Rights. It is recent the emergence of observatories of this subarea, particularly in Latin America, most of these aimed at monitoring situations and processes of psychic suffering and mental disorders in populations

and territories and the development of policies, care models, practices and care to respond to the problems of this field.

The main macrothematic prioritized by these devices is the "psychiatric reform", and these can constitute a strategic observation post for the monitoring of the field of mental health in territories, as catalysts of collective processes, spaces of concertation between the actors involved in this field of action for decision making and policy making. But they also emerged from the publications analyzed macrothematic as: mental health policies; human rights and citizenship; care management; psychosocial rehabilitation; participation; epidemiology and determinants of problems; evaluation and monitoring; problematic use of psychoactive substances; mental health of children and teenagers. The publications analyzed refer to the importance of observatories for the construction and validation of indicators, especially the evaluation of the mental health conditions of the population, the care and services offered and human rights violations, as topics of great complexity. In addition, the analysis of the structuring process of these devices, their sustainability possibilities, their theoretical-conceptual and methodological projects and actions developed in the field of Mental Health are fundamental.

The financing, the stability of its institutional insertion, the credibility and legitimacy with other institutions and the population of the territory to which it is linked, are fundamental for its feasibility and viability. In addition to the importance of who operates the observatory, its availability, commitment to act, and its training, anchors for the performance of its activities effectively.

Keywords: observatories - health observatories - mental health - information - communication

1. Introducción

Los observatorios surgieron de la necesidad ontológica de los seres humanos de comprender la lógica de los fenómenos naturales y, de esta forma, tener explicaciones causales que permitieran planear sus acciones en busca de previsibilidad. Eran, por lo tanto, espacios estratégicos para la observación, vigilancia, información y monitoreo de los fenómenos que se pretendían controlar. Este concepto fue siendo retraducido para atender las nuevas exigencias de la contemporaneidad y su aplicación en varios campos de acción, en especial en el de la salud. Este artículo trata de la emergencia y posibilidades de los observatorios de Salud Mental y presenta los resultados de una Revisión Integrativa de

la producción científica sobre el tema de los observatorios, identificando conceptos, metodologías, y categorías de análisis, instrumentos de evaluación y tecnologías de información, comunicación y producción de memoria en el campo de la Salud Mental, orientados por los principios éticos de los Derechos Humanos.

La idea de un observatorio de salud surgió en Francia, en 1974, como instrumento de disponibilidad de datos e información sobre la política regional de salud, con vistas al desarrollo de políticas públicas, integrando los sectores de salud y asistencia en este emprendimiento. En el contexto de la construcción de la Unión Europea surgieron otros observatorios, de los cuales se destaca el de Inglaterra, que a partir del año 2000, adquirió el estatus de "instancia auxiliar" del Sistema Nacional de Salud, organizado en forma de una red que se expandió cubriendo todo el Reino Unido (Paim y Santos, 2018). Además, desde 1999 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promovido la implantación de una Red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud (ROREHS) en varios países de América Latina, incluyendo Brasil, en asociación con diversas instituciones de gobierno (OPS, 2004).

La Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN) fue una de las instituciones académicas que ad-

hirió a esa iniciativa creando uno de los observatorios de esa red, en el ámbito del Núcleo de Estudios en Salud Colectiva-NESC (Castro, 2010).

El surgimiento y difusión de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), catalizado por la emergencia de Internet, la red mundial de ordenadores, ha creado las condiciones de posibilidad para, con rapidez y a gran escala, proceder a la recogida y al procesamiento de información, la construcción de grandes bases de datos (internacionales, regionales, nacionales y locales), y la facilidad de acceder y comunicar estas informaciones y conocimientos de forma casi instantánea, rápidamente compartible. A eso se le suma la constitución de innumerables herramientas de comunicación; como blogs, sitios web, portales, plataformas digitales y redes sociales, que fueron siendo incorporados al cotidiano de las personas e instituciones, e integradas al universo de los observatorios. El contexto de la pandemia de COVID-19, con sus exigencias de bioseguridad ha estimulado metodologías e instrumentos de trabajo virtuales y los observatorios han florecido y han demostrado su potencial innovador reestructurando y agilizando los procesos de trabajo, ampliando las posibilidades de comunicación, y dando respuestas a los problemas que se planteaban en este escenario.

En ese sentido, en particular en el campo de la salud, observatorios de tipos diversos se multiplicaron dando respuestas a las incertidumbres, al ritmo acelerado y a la complejidad de los cambios que vienen ocurriendo en las sociedades contemporáneas (Bauman, 2001). Instituciones académicas, gubernamentales, de la sociedad civil, entre otras, vienen implantando estos observatorios de forma sistemática u ocasional, y mucha producción científica fue generada en el ámbito de estas estructuras o dispositivos institucionales, aisladamente o en asociación.

Pero, a pesar de constituirse como espacios de producción de información y conocimiento, o incluso como repositorios de un saber acumulado y con pretensiones de divulgación para favorecer el "empoderamiento" de grupos sociales específicos o de la población general, muy pocos estudios de evaluación de estos experimentos han sido publicados en la literatura científica. Es evidente la necesidad de reflexionar sobre estos dispositivos que muestran un potencial innovador, sobre todo en momentos de transición epistemológica como vemos ocurrir en el campo de la salud, en especial de la Salud Mental; un campo en plena construcción (Galende, 2015; Desviat, 2015; Venturini, 2016; Macedo et al., 2017; 2023; Amarante, 2020).

Este artículo es el producto de una investigación realizada en el marco del Programa de Posdoctorado de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Argentina, en el Campo Problemático de la Salud Mental. Constituye la primera etapa de un trabajo de reflexión sobre los observatorios, en especial los de Salud Mental, que pretende contribuir al desarrollo de la producción científica del área, a la implantación de nuevos observatorios, las posibilidades de reorientación crítica de aquellos que ya han sido implantados, el potencial de cooperación y alianzas entre estos dispositivos, en especial con el Observatorio Latinoamericano y Caribeño de Derechos Humanos y Salud Mental.

2. Metodología

El estudio que dio origen a esta publicación fue del tipo Revisión Integrativa, que busca en la literatura (empírica o teórica) elementos que permitan una comprensión amplia de un determinado fenómeno (Cronin, 2020). En ese sentido, se procede a la reunión y síntesis sistemática y ordenada de datos, informaciones y resultados de investigaciones que fueron publicadas en libros, artículos de revistas especializadas, publicaciones académicas, entre otras fuentes posibles (Mendes et al., 2008). Estas publicaciones deben ser relevantes para la temática en cuestión, estar indexadas en bases

de datos científicamente confiables y ser seleccionadas de acuerdo con los objetivos del estudio. Se trata de una metodología importante para acceder fácilmente a la producción científica disponible sobre el tema de interés, pudiendo subsidiar la toma de decisiones, la realización de actividades y proyectos de intervención que contribuyan a la mejora o resolución de los problemas (Mendes et al., 2008). Pero, la revisión integrativa no se resume a un simple levantamiento de lo que fue producido por la literatura especializada, pudiendo ir más allá de la descripción de los resultados encontrados y de las conclusiones sobre lo que fue producido, incluyendo un análisis crítico de la literatura seleccionada, de las metodologías y resultados, señalando vacíos aún no llenados por la producción del conocimiento y pistas sobre los caminos a seguir en estudios más profundos (Cronin, 2020).

En conformidad con los objetivos propuestos, fue definida la estrategia metodológica de la investigación, a través de cuatro etapas: 1. Procedimientos de búsqueda de las publicaciones; 2. Proceso muestral; 3. Organización de la base de datos y, 4. Descripción y análisis de los resultados.

En la Etapa 1 fueron identificadas las palabras clave que posibilitaron la búsqueda en la literatura de los

estudios referentes a la temática de la investigación (observatorios; observatorios de salud; salud mental; información; comunicación). Fueron escogidas las bases de datos a ser consultadas -Scientific Electronic Library Online (SCIELO), System Online (MEDLINE); Biblioteca Virtual en Salud (BVS); Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) e Dialnet-. Se estableció una periodización para la revisión (2009-2023); y el uso de operadores booleanos para facilitar los procedimientos de búsqueda.

En la Etapa 2 procedimos a la selección de las publicaciones para componer la muestra a ser analizada. Ante todo, se definieron los criterios de inclusión (publicaciones centradas en la temática del estudio, indexadas en las bases de datos referidas, en el período elegido, publicadas en portugués, español, inglés o francés, con textos integrales disponibles). El único criterio de exclusión fue la de aquellas producciones que trataran predominantemente de una cuestión accesoria. El proceso de muestreo siguió cuatro pasos en su realización: identificación, clasificación, elegibilidad e inclusión. La identificación constituye el conjunto de las publicaciones encontradas a través de las palabras clave elegidas y la exclusión de las duplicaciones en las múltiples fuentes; la clasificación consiste en una exclusión por la lectura de los títulos; la elegibilidad traduce una exclusión

por la lectura de los resúmenes y; la inclusión define la fase final de la selección, es decir, qué artículos van a componer la muestra, depurando la lectura a partir de los textos completos. En este caso se alcanzan un total de 34 publicaciones a analizar (Figura 1).

Para la Etapa 3 fue construido un banco de datos con informaciones relativas a la identificación de las publicaciones (título, autor/es, local, editor/es, año de la publicación), objetivos, metodología (tipo y sujetos del estudio, instrumento/s de recolección, análisis), resultados, conclusiones y sugerencias.

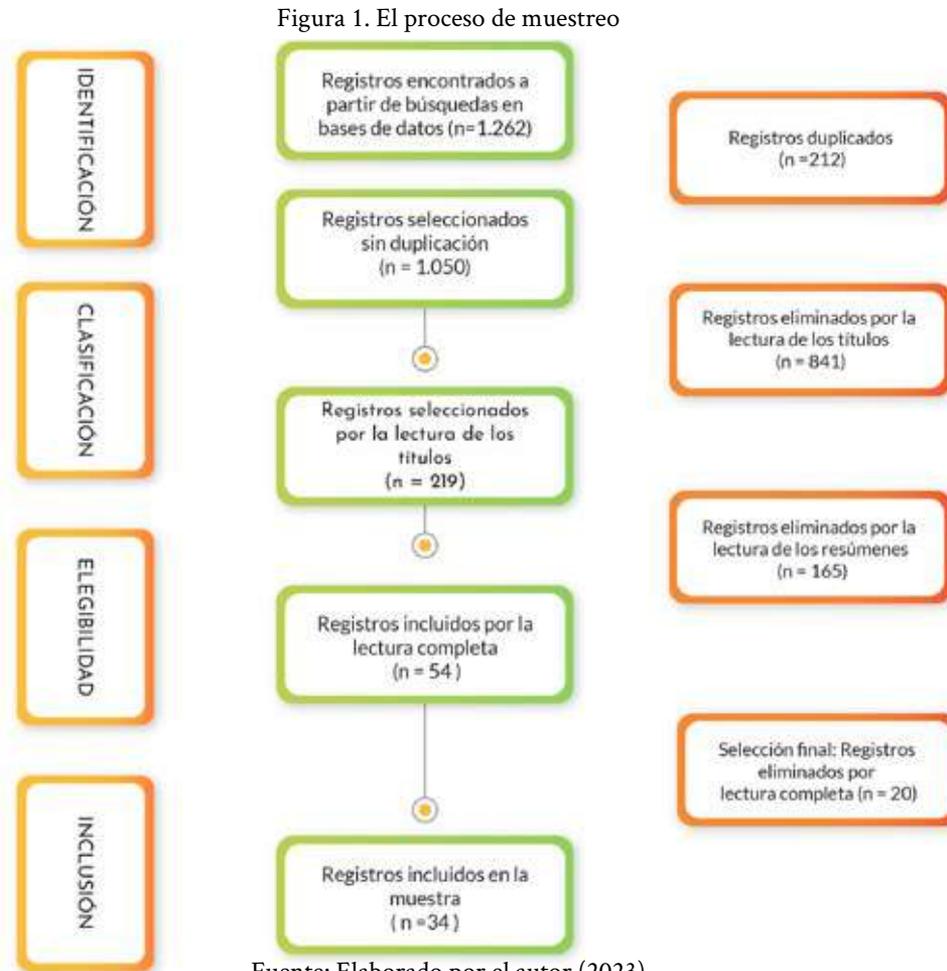
En la Etapa 4 construimos una matriz de análisis que permitió describir y cruzar categorías presentes en los resultados de forma de evidenciar rasgos comunes e idiosincrasias entre los observatorios que pudieran indicar su potencial heurístico, de producción de memoria y de instrumento de gestión.

3. Un catalizador de procesos colectivos

La idea de observatorio surgió para designar un lugar, un punto privilegiado de observación. Esta noción se transfiguró y en el mundo contemporáneo, se resignificó como un concepto múltiple y flexible, incluyendo varias dimensiones, sentidos y posibilidades de aplicación a varios campos de acción, territorios,

poblaciones, situaciones y fenómenos diversos. En este sentido, designa dispositivos de observación, espacios institucionales de producción y análisis de información; proyectos de investigación, producción científica e intervención, mecanismos de comunicación; instrumentos de planificación, gestión y vigilancia/monitoreo, dispositivos de producción de la memoria de un campo de acción social, a menudo en forma de repositorio de conocimientos; instancias de "empoderamiento" y movilización de la acción colectiva (Keinert y Karruz, 2002; Minas, 2009; Estévez, 2011; Delmas, 2012; Soler, 2015; Hermosilla et al, 2015; Reyes, Fenandez y Abreu, 2019; Figueiredo et al., 2021; Quintero et al., 2022).

La Figura 1 ilustra las principales dimensiones de los observatorios, que pueden estar articuladas o no. No todas estas dimensiones están presentes en estos dispositivos, pero la mayoría de los estudios analizados señalan que la observación, la información y el apoyo a la gestión (planificación, evaluación, monitoreo y supervisión) son componentes necesarios para identificar la conformación de un observatorio en toda su variedad de sentidos (Delmas, 2012; Barnes y Paton, 2012; Hermosilla et al., 2015; Crispi et al., 2016; Malvezzi, 2017; Mota, 2021; Quintero et al, 2022). Esta diversidad ganó materialidad en la forma en que estos dispositivos fueron siendo apropiados en contextos di-



Fuente: Elaborado por el autor (2023)

versos por diferentes actores e instituciones, públicas, privadas o de la sociedad civil. Además, también es ampliamente reconocida la necesidad de un vínculo con territorios y poblaciones como inmanente al concepto de observatorio.

Figura 2. Dimensiones de los Observatorios



Fuente: elaborado por el autor (2023)

La flexibilidad del concepto permite que múltiples dispositivos sean aplicados en campos de acción diversos. Entre estos tenemos los ejes o macrosectores de lo económico, lo social, lo ambiental y lo tecnológico, con áreas como: empresarial, financiera, turismo, derechos humanos, salud, educación, cultura, prensa, respon-

sabilidad social, contexto territorial urbano y rural; discriminación y violencia de género, racial y étnica; seguridad pública y violencia urbana; ciencia y tecnología, sostenibilidad ambiental, planificación, gestión y políticas públicas. Los ejes y sus áreas se articulan entre sí en una dinámica compleja, que involucra reflexiones y acciones interdisciplinarias. La mayoría de estos dispositivos están vinculados al sector público, sobre todo a universidades y órganos de gobierno, pero algunos de estos surgen de iniciativas de organizaciones de la sociedad civil y, minoritariamente, de empresas privadas. También predominan entre los observatorios los grupos de investigación y los proyectos/programas de acción integrada, aunque también se constituyen como instrumentos de gestión, centros de análisis de datos e información, redes de desarrollo, centros de documentación, sitios web y portales de Internet.

De los observatorios sociales destacamos entre las áreas de actuación: salud, educación, cultura, calidad de vida, hambre, procesos migratorios, gestión del conocimiento, desarrollo social y participación ciudadana. Estos observatorios temáticos constituyen instrumentos fundamentales para dar respuestas a las incertidumbres de procesos de gran complejidad. Entre los estudios analizados, los objetivos son múltiples pero es posible identificar algunos de gran relevancia:

1. Apoyar el desarrollo y la gestión pública, sobre todo en relación con la formulación de políticas, planificación, toma de decisiones, evaluación y monitoreo.
2. Analizar los avances en la implementación de leyes, principios, políticas, dispositivos y la implantación efectiva de reformas sectoriales, como la de la Salud Mental.
3. Implantar propuestas académicas innovadoras, sobre todo en lo que concierne a la articulación enseñanza-investigación-servicios y a la formación de docentes, comunicadores y trabajadores.
4. Desarrollar y validar nuevos indicadores y categorías de análisis, generar conocimiento y difundir información a través de mecanismos de comunicación ágiles y accesibles.
5. Fortalecer la constitución de redes institucionales para la producción y puesta a disposición de información y evidencias, facilitando su acceso y combatiendo la desinformación.
6. Desarrollar mecanismos de evaluación de la calidad y la seguridad de las prácticas sanitarias.
7. Utilizar mecanismos de comunicación fácilmente accesibles, con un discurso comprensible y fácilmente aceptable en universos sociales diferentes.
8. Identificar, conservar y poner a disposición producciones científicas y técnicas (investigaciones, tesis, libros, artículos, entre otras) al más amplio público interesado.
9. Reunir narrativas de los diversos actores involucrados en un campo de acción social, como el de la Salud Mental, que permitan la recuperación histórica y la construcción de memoria.

Así, los observatorios sociales tienen como objeto de sus observaciones-reflexiones-acciones el cuerpo social y la dinámica de su desarrollo en el interior de territorios, que no se limitan a su concepción geográfica o administrativa. Además, los territorios son espacios de experiencias, de relaciones, de intercambios intersubjetivos; pero también de disputas y conflictos, donde se materializan los proyectos, expectativas y vivencias de los actores diversos que conviven en su interior. Por lo tanto, un observatorio de salud puede contribuir a la producción de experiencia y/o conrainteligencia, a

través de experiencias de acciones articuladas, que estimulen el debate público y la participación de los actores involucrados. El enfoque comunitario y el trabajo con vínculo territorial fortalecen el potencial de producción de cambios de estos dispositivos.

4. La estructuración de los observatorios

La estructuración de un observatorio es un proceso que se inicia con la definición clara de sus objetivos, de su población de referencia, del personal que actuará y tendrá acceso integral y continuo a sus informaciones y conocimientos, así como de su territorio y área de cobertura, vínculos institucionales y alianzas a establecer. Además, se eligen sus ejes, áreas y subáreas de acción, metodologías, indicadores o categorías de análisis y las tecnologías que se utilizarán para la realización de sus actividades.

La mayoría de las veces la población de referencia se confunde con la de los habitantes de los territorios cubiertos por estos dispositivos (internacional, nacional regional, provincial, municipal, local); es decir, los potenciales beneficiarios del observatorio.

En algunos casos corresponde a poblaciones de varios países, como el de la Región de Asia del Pacífico (Minas, 2009), o también a categorías profesionales

específicas, como en el caso del Observatorio del Estrés y de las Movilidades Forzadas en France Télécom (Delmas, 2012).

A su vez, el personal que actúa en los observatorios se constituye a partir de sus objetivos, ejes, áreas y subáreas de acción, vínculos institucionales, principios y compromisos establecidos en su conformación. En este sentido los observatorios de naturaleza gubernamental exigen necesariamente la participación de gestores públicos y profesionales de equipos técnicos, así como los académicos involucran docentes, investigadores y estudiantes universitarios. Pero hay que tener en cuenta que la mayoría de los observatorios se estructuran mediante alianzas, y que, además de los actores ya referidos en función de cada contexto y de sus necesidades, estos dispositivos cuentan con gestores y técnicos de las instituciones asociadas, miembros de organizaciones de la sociedad civil, militantes sindicalistas y personas de las comunidades involucradas.

Aunque la asociación más frecuente en el ámbito de los observatorios es entre instituciones académicas y de gobierno, existe una miríada de alianzas que se establece en estos dispositivos incluyendo centros de investigación, asociaciones profesionales, empresas y organizaciones no gubernamentales (ONGs). Una cuestión

central para el establecimiento de estos vínculos se refiere a las relaciones de autonomía/dependencia de los observatorios en el interior del marco institucional en que se inscriben.

En cuanto a los territorios, éstos pueden ser vistos como espacios geográficos y político-administrativos que corresponden a una localidad (una ciudad, un estado, una región, un país, un conjunto de países) donde se desarrollan relaciones económicas, sociales y de poder entre los distintos actores que conviven en este lugar. Pero no constituyen un espacio congelado en el tiempo; están en permanente proceso de cambios que deben ser acompañados en cada contexto, conformando lo que Santos (2007) denominó "territorio vivo", rompiendo con la visión reduccionista de una estructura física permanente. Estos territorios pueden ser abordados física o virtualmente (con técnicas de georreferenciación) y la información producida puede ser agregada (en conjuntos mayores, como en los niveles internacional y nacional) o desagregada (que revelan una realidad más cercana al cotidiano de los que habitan los territorios subnacionales y locales).

Cuando se prioriza una visión más focalizada en las informaciones locales y regionales, es posible planificar y programar acciones más adecuadas a las idiosincrasias

de estos territorios. Los distintos niveles de un territorio más amplio pueden ser articulados entre sí y utilizar metodologías que contemplen miradas distintas sobre cada nivel y su integración en el conjunto territorial (Hermosila et al., 2015).

El eje de acción que más se destaca entre los observatorios es el de lo Social (Reyes, Fenandez y Abreu, 2019), incluyendo principios transversales a todas las áreas y subáreas como equidad, derechos humanos y de ciudadanía. Es también en el eje de lo social donde se incluyen el área de la Salud y su subárea Salud Mental, y se resaltan aspectos como sensibilidad social, equilibrio entre objetividad y subjetividad, y refuerzo a la calidad metodológica, que no se resume a los métodos cuantitativos.

En el contexto de gran complejidad de la contemporaneidad, la interdisciplinariedad es imprescindible y las macro y microtemáticas elegidas por los observatorios de las distintas áreas y subáreas no son excluyentes, siendo muchas veces articuladas o integradas. En estos términos, los observatorios pueden tener un "perfil restringido", con una o pocas temáticas y objetivos, abordadas en una perspectiva lineal y disciplinaria; o un "perfil amplio", con mayor espectro de temáticas y objetivos, tratadas de forma interdisciplinaria o trans-

disciplinaria, utilizando métodos y técnicas diversos y adecuados a la complejidad de estas líneas de actuación. Lo que define el perfil de un observatorio son sus objetivos y posibilidades de estructuración, en función de los apoyos institucionales, recursos y perspectivas teórico-metodológicas de sus integrantes.

En el área de la Salud las macrotemáticas que más se destacan son: “políticas, gestión y sistemas de salud”, “participación social en la gestión de la salud”, “derecho a la salud”, “recursos humanos”, “vigilancia a la salud”, “redes de atención”, “salud mental”, “salud del trabajador”, “salud urbana”, “desigualdades y salud”, “género y salud” y “desafíos para la información y comunicación”. Además, merecen destaque las varias publicaciones que tienen como temática central los propios observatorios de salud: revisiones de literatura, análisis y propuestas de implantación (Paim y Santos, 2018). Las microtemáticas son muy diversificadas, y en el ámbito de este artículo trataremos sólo las de salud mental en la próxima sección.

Los observatorios sociales, en particular los de salud, utilizan métodos y técnicas diversas, cuantitativas y cualitativas, para alcanzar sus objetivos. La mayoría se refiere al empleo de enfoques eficientes y flexibles en la búsqueda, procesamiento, análisis e interpretación de

los datos e informaciones, sobre todo cuando se trata de subsidiar una toma de decisiones efectiva por los actores involucrados. El registro de la información también es variable, dependiendo de los objetivos del observatorio. En estos términos las informaciones pueden ser obtenidas a través de investigaciones como estudios de caso, estudios epidemiológicos (en sus diversas perspectivas), cartografías con mapeo georreferenciado, estudios etnográficos, entre otras posibilidades. Las técnicas metodológicas también son muy diversificadas, como cuestionarios, entrevistas abiertas, grupos focales, ruedas de conversación, observaciones en períodos regulares o monitoreo continuo, la construcción de un repertorio de narrativas, y el rescate de las tradiciones en el territorio.

Gran parte de los observatorios mantienen sitios y plataformas digitales en internet, además del uso de redes sociales como Facebook e Instagram, como mecanismos de comunicación ágiles y de amplio alcance. También se utilizan medios de comunicación más restringidos, pero de gran relevancia, como publicaciones en las revistas científicas o de divulgación de la subárea, textos académicos (trabajos de conclusión de cursos, disertaciones y tesis) y revistas de categorías profesionales. La elección de indicadores o categorías de análisis por cada observatorio es muy diversificada, en función de su subárea

de conocimiento/acción, de sus objetivos, de sus posibilidades institucionales y de los recursos con los que cuenta para realizar sus actividades. Esta variación se da entre los observatorios, pero también a lo largo de la evolución de cada uno de estos dispositivos, que puede comenzar con un perfil restringido y, progresivamente, ir cambiando a un perfil más amplio, en la medida en que consigue reunir adhesiones y colaboradores de otras instituciones, recursos para desarrollar investigaciones más complejas y mecanismos de monitoreo más potentes, e incluso, con la madurez teórica de sus integrantes y la experiencia acumulada por el grupo.

La mayoría de los observatorios utilizan bases de datos de los sistemas de información oficiales para realizar sus análisis. Pero hay que destacar que algunos países no cuentan con sistemas de información bien estructurados. En estos casos los observatorios pueden constituirse como dispositivos de apoyo a la construcción de indicadores y hasta suplir la función de producir informaciones confiables, subsidiando una toma de decisiones bien informada. Además, incluso en países que tienen sistemas de información bien estructurados y confiables, los observatorios no se limitan a los datos oficiales, realizando investigaciones que pueden contribuir a la definición y/o validación de nuevos indicadores que pueden, eventualmente, incorporarse al

sistema oficial (Estévez, 2011; Minas, 2009; Oliveira et al., 2022). Entre los artículos seleccionados para el análisis, varios relataban entre sus objetivos promover el "empoderamiento" de su público. En estos casos había un compromiso del proyecto del observatorio con la autonomía y el fortalecimiento de la toma de decisiones de la población en la gestión y las actividades de la subárea en cuestión. La producción y difusión de conocimientos e información por estos dispositivos pretendía contribuir a "empoderar" un sector estatal, grupo social o profesional, o aún, comunidades o la sociedad en general, incluyendo su presencia activa en las actividades desarrolladas (Delmas, 2012; Soler, 2015; Hermosila et al., 2015). La participación en la investigación y la recopilación de información, por ejemplo, podría incluir a miembros de la población objetivo que están involucrados directamente en la producción de conocimiento.

La participación de representantes de la población en la estrategia de implantación de "salas de situación" en los observatorios merece una referencia aparte. Esta herramienta se muestra muy efectiva para monitorear los problemas de salud y sus determinantes en el territorio, además de las demandas de los usuarios y las respuestas dadas por el sistema de salud y, cuando involucra la participación de la población, puede fortalecer el poder de los ciudadanos por el conocimiento y la

corresponsabilidad en la producción y divulgación de la información (Delmas, 2012; Figueiredo et al., 2021). Así, los observatorios asumen una posición clara en el sentido de ser actores de un proceso de emancipación, que crea condiciones de posibilidad para el ejercicio de la ciudadanía a través del conocimiento y la información para una acción consciente.

5. Observatorios de Salud Mental

En el contexto de construcción del campo de la Salud Mental se torna fundamental la utilización de un "pensamiento complejo" (Morin, 2008), de la incorporación de nuevos lenguajes y tecnologías de la información y comunicación, de dispositivos adecuados para captar y comprender ese escenario en movimiento, de forma de no solo rescatar, sino producir la memoria de la construcción de este campo de acción social (Macedo, 2006); además de reflejar teóricamente, contribuir al desarrollo de estrategias y políticas públicas y apoyar el empoderamiento de los actores involucrados. Los observatorios de Salud Mental se inscriben en esta perspectiva como dispositivos sociales que permiten identificar necesidades, intereses, expectativas, riesgos, problemas, relaciones, conflictos, que se manifiestan en el campo de la salud mental, en un determinado lugar y contexto histórico, a partir de la percepción de los acto-

res sociales y profesionales, y de los grupos que viven o transitan en este territorio. O bien, recopilando información y datos de sistemas de información oficiales o mediante investigaciones realizadas de forma sistemática, en intervalos de tiempo regulares, que permitan el seguimiento de la evolución de las condiciones de salud mental y de la atención psicosocial en el territorio, su análisis e interpretación (Estévez, 2011).

Así, los observatorios de salud mental pueden constituirse como un puesto de observación estratégico para el monitoreo del campo de la salud mental en un territorio (Minas, 2009; Hermosila et al., 2015), o en catalizadores de procesos colectivos, espacios de concertación entre los actores involucrados en este campo de acción para la toma de decisiones y formulación de políticas. Esto se evidencia cuando el observatorio está integrado en una red de estos dispositivos, estructurada para acompañar el desarrollo de estos procesos, fortaleciendo su poder de influencia sobre las políticas públicas en el campo y la garantía del respeto a los derechos humanos de los sujetos con trastornos mentales (Minas, 2009).

Merece ser destacada la importancia de los observatorios de salud mental para acompañar las situaciones complejas que involucran el uso/abuso de sustancias

psicoactivas (lícitas o ilícitas, incluyendo los medicamentos psicotrópicos), y contribuir para la atención a los usuarios, prácticas de reducción de daños y subsidios a las políticas sobre drogas. Se destaca también que algunos están dedicados exclusivamente a esa temática (Oliveira et al., 2022). Algunos de estos observatorios también monitorean la calidad de la prescripción de los psicotrópicos y la seguridad de los usuarios (Barnes y Paton, 2012). También es necesario resaltar el papel de estos dispositivos en la formación de los estudiantes (de graduación y posgrado) y en la educación permanente de los profesionales, en una perspectiva de integración enseñanza-servicios de salud mental (Figueiredo, 2021).

Así, considerando la diversidad de estos observatorios en función de la perspectiva teórica de la mayoría de sus integrantes, de los objetivos, de los vínculos institucionales y de las condiciones estructurales para la realización de sus propuestas, tenemos dispositivos más restringidos o más amplios donde los métodos cuantitativos y cualitativos pueden convivir, y la subjetividad y la objetividad se complementan en los marcos teórico-conceptuales y metodológicos que van siendo adoptados para efectuar sus actividades. El proceso de implantación/estructuración de los observatorios de salud mental es similar al de los demás observatorios

de salud mencionados en la sección anterior de este artículo, guardando las especificidades de su aplicación al campo de la salud mental. Se resalta la importancia de las reformas psiquiátricas implantadas en los diversos países como una referencia más o menos incorporada a las políticas de salud mental, a las redes de atención psicosocial de los sistemas de salud, a los proyectos académicos de las universidades, a la cultura de la población general. Cuando la adhesión a estas reformas es mayor existe también una mayor preocupación con la garantía de los derechos humanos y la participación de los usuarios de los servicios de las redes de atención psicosocial, como también de sus familias, en la formulación de políticas, en la gestión de las unidades de estas redes, en la propia gestión de la clínica. En este sentido la mayoría de los observatorios de salud mental han incluido entre sus macrotémáticas: “reforma psiquiátrica”, “políticas de salud mental”, “derechos humanos y ciudadanía”, “gestión del cuidado”, “rehabilitación psicosocial”, “participación”, “epidemiología y determinantes de los problemas de salud mental”, “evaluación y monitoreo”, “uso problemático de sustancias psicoactivas” y “salud mental de niños y adolescentes” (Cuadro 1).

En los artículos sobre observatorios de salud mental analizados es posible evidenciar una preocupación con el cambio paradigmático y una articulación entre

Cuadro 1. Observatorios de Salud Mental y Principales Temáticas y Actividades

Macrotemática	Subárea: Salud Mental Microtemática	Actividades
Reforma psiquiátrica; Políticas de salud mental; Derechos humanos y ciudadanía; Gestión del cuidado; Rehabilitación psicosocial; Participación; Epidemiología y determinantes de los problemas; Evaluación y monitoreo; Uso problemático de sustancias psicoactivas; Salud Mental de niños y adolescentes	Desinstitucionalización; Derechos, exclusión social y estigma; Legislación sobre salud mental y su aplicación; Implantación, organización y funcionamiento de nuevos dispositivos en Salud Mental; Intersectorialidad; Participación de los usuarios y sus familias en el tratamiento y la reinserción social; Participación de la comunidad y cambios culturales; Influencia de las relaciones de clase, género, raza y etnias sobre la salud mental; Salud mental y calidad de vida; Procesos de trabajo y salud mental; Epidemiología de los trastornos mentales y el sufrimiento psíquico; Evaluación de redes de atención psicosocial; Evaluación de la calidad de los cuidados y seguridad de los usuarios; Evaluación de las internaciones psiquiátricas; Políticas y atención al uso problemático de sustancias psicoactivas; Reducción de los daños; Prescripción de psicotrópicos; Gestión del cuidado psicosocial para niños y adolescentes	Proyectos integrados en asociación; Investigaciones y publicaciones (artículos, libros, capítulos); Cursos y entrenamientos Consultorías; Apoyo institucional; Eventos (producción o participación); Difusión de boletines informativos; Sitios, blogs, portales en internet, con repositorios, noticias, programación, Lives sobre las temáticas de la Salud mental, entre otras posibilidades.

Fuente: elaborado por el autor (2023)

la macrotemática de la “reforma psiquiátrica” con otras como “políticas de salud mental”, “derechos humanos y ciudadanía”, “gestión del cuidado”, “rehabilitación psicosocial” y “participación”. Así, las microtemáticas que surgen y se operacionalizan en actividades, son orientadas hacia dimensiones estratégicas de las reformas psiquiátricas tales como: “desinstitucionalización”, “derechos, exclusión social y estigma”, “legislación sobre salud mental y su implementación”, “implantación, organización y funcionamiento de nuevos dispositivos”, “intersectorialidad”, “participación de los usuarios y sus familias en el tratamiento y en la reinserción social” y “participación de la comunidad y cambios culturales”. Por otro lado, la macrotemática “epidemiología y determinantes de los problemas” es tratada priorizando micro temáticas como: “influencia de las relaciones de clase, género, raza y etnias sobre la salud mental”, “salud mental y calidad de vida”, “procesos de trabajo y salud mental” y “epidemiología de los trastornos mentales y sufrimiento psíquico”. En este bloque temático existe una atención a los procesos de determinación del sufrimiento psíquico y sus formas de manifestación en un tiempo y espacio dado que pueden ser medidos por investigaciones epidemiológicas o identificados y analizados por métodos cualitativos. Las investigaciones en esta dirección son fundamentales para comprender las situaciones que están presentes en los territorios y las

posibilidades de diseñar estrategias de acción, que pueden ser articuladas con las del bloque temático anterior.

En la misma dirección, tenemos la macrotemática “evaluación y monitoreo” que está muy asociada a los problemas de organización, planificación y gestión de los servicios de salud mental. Microtemáticas como “evaluación de redes de atención psicosocial”, “evaluación de la calidad de los cuidados y seguridad de los usuarios” y “evaluación de las internaciones psiquiátricas” revelan esta orientación presente en la mayoría de estos observatorios para monitorear el funcionamiento de estos servicios, lo que también nos remite a las posibilidades de realización de las reformas psiquiátricas en curso en los diversos países. Además, la macrotemática “uso problemático de sustancias psicoactivas” se destaca en los artículos analizados. Los observatorios se muestran atentos a la magnitud del problema y sus determinantes complejos que involucran la problemática del sujeto en las sociedades contemporáneas, el contexto de una economía de las drogas y de los psicofármacos, la cuestión del narcotráfico y su dimensión internacional, la política de “*guerra contra las drogas*” y la cultura prohibicionista. Esta es una temática ampliamente difundida por los medios de comunicación, muchas veces con enfoques prejuiciosos, moralistas y estigmatizantes. Las microtemáticas más referidas en las publicaciones ana-

lizadas fueron: “políticas y atención al uso problemático de sustancias psicoactivas”, “reducción de daños” y “prescripción de psicotrópicos”.

Finalmente, la macrotemática “salud mental de niños y adolescentes” surge como uno de los núcleos de interés de algunos observatorios que se manifiesta a través de la microtemática “gestión del cuidado psicosocial para niños y adolescentes”. Una cuestión sensible y que también se plantea como desafío al campo de la salud mental (Barcala et al., 2022), sobre todo en lo que concierne a las políticas y a la organización de los servicios en el ámbito de las redes de atención psicosocial. Estas macro y microtemáticas son tratadas teórica y metodológicamente de formas diversas y las publicaciones analizadas refieren también actividades que varían de acuerdo con el perfil del observatorio, sus objetivos y sus posibilidades.

Así, la mayoría de los observatorios desarrollaban sus actividades como proyectos integrados, con colaboradores; es decir, actividades que pueden implicar de forma integrada componentes de formación, investigación, servicios. Así, la flexibilidad y amplitud del concepto de observatorio permite el desarrollo de actividades las más diversas dentro de estos dispositivos que incluyen cursos y entrenamientos, investigacio-

nes y publicaciones, consultorías, apoyo institucional, eventos (producción o participación), divulgación de boletines informativos, sitios web, blogs, portales en internet, con repositorios, noticias, programaciones, *lives* sobre las temáticas de la Salud mental, entre otras posibilidades.

6. Consideraciones Finales

Es reciente el surgimiento de observatorios de Salud Mental, en particular en América Latina, la mayoría de estos volcados al objetivo de monitorear situaciones y procesos de sufrimiento psíquico y trastornos mentales en las poblaciones y territorios, y el desarrollo de políticas, modelos asistenciales, prácticas y cuidados para responder a los problemas de este campo. Sin embargo, también son dispositivos de producción y difusión de informaciones y conocimientos, a través de mecanismos de comunicación, de reflexión teórica y de constitución de la memoria del campo de la Salud Mental, una producción que puede ser apropiada por los diversos actores sociales involucrados (gubernamentales, académicos, de la sociedad en general). Este artículo intenta contribuir a sistematizar una reflexión sobre la emergencia de estos dispositivos y sus posibilidades de implantación, resaltando su importancia para el desarrollo del campo de la Salud Mental, a partir de una

investigación de revisión integrativa de la literatura sobre el tema.

A pesar de la eclosión de estos dispositivos, existe todavía una literatura muy restringida en lo que concierne a los observatorios de Salud Mental. Este es uno de los límites para este tipo de investigación, pues no contamos con la posibilidad de explorar en profundidad las potencialidades, las pretensiones y las tendencias de estos órganos, programas/proyectos, núcleos institucionales diversos y de los grupos de actores que desarrollan sus actividades en su interior. Además, la mayoría de las publicaciones hacen referencia a la importancia de los observatorios para la construcción y validación de indicadores, sobre todo de evaluación de las condiciones de salud mental de la población, de los cuidados y servicios ofrecidos, de las violaciones de derechos humanos, entre otros, pero no explicitan los que han sido utilizados y producidos. Queda clara la necesidad de nuevos estudios que aborden directamente los observatorios y sus actores, buscando profundizar cuestiones como su proceso de estructuración, sus posibilidades de sustentabilidad y sus proyectos teórico-conceptuales y metodológicos (destacando los indicadores) y acciones desarrolladas en el campo de la Salud Mental. La financiación, la estabilidad de su inserción institucional, la credibilidad y legitimidad ante

otras instituciones y la población del territorio al que se vincula, son fundamentales para su factibilidad y viabilidad. Pero una cuestión clave concierne a quien opera el observatorio, su disponibilidad y compromiso para actuar en este dispositivo y su formación, ancla para el desempeño de sus actividades con efectividad.

Finalmente, cabe desmitificar la concepción de neutralidad de las actividades de los observatorios. La postura de exención ante el objeto de su observación ignora que estos dispositivos tienen como objetivo central actuar como catalizadores de procesos colectivos de emancipación, con el empoderamiento de los sujetos y grupos involucrados lo que, necesariamente, implica una toma de posición ante situaciones complejas que exigen compromiso y participación activa en la construcción de la realidad.

Bibliografía

Amarante, P.D.C. (2020). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. FIOCRUZ.

Barcala, A.; Botto, M.; Poverene, L.; Augsburger, C.; Gerlero, S.; Saadi, V.; Nuñez, A.G. y Michalevicz, A. (2022). Políticas de salud mental y niñez en Argentina: nueva normativa y brechas en la implementación. *Hacia la Promoción de la Salud*, 27(1), pp. 102-117, DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.1.8

Barnes, T.R.E. y Paton, C. (2012). Role of the Prescribing Observatory for Mental Health. *British Journal of Psychiatry*, 201(6), pp. 428-429.

Bauman, Z. (2001). *Modernidade Líquida*. Zahar.

Organización Panamericana de la Salud (2004). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde*.

Castro, J.L. (2010). A experiência do observatório de recursos humanos do NESC/UFRN. *Olho Mágico*, 10(2), pp. 34-36.

Crispi, F.; González, C.; González, F.; Nenay, J. y Viches, J. (2016). Observatorio de políticas públicas en salud Universidad de Chile: experiencia local de control social en políticas públicas. *Revista Chilena de Salud Pública*, 20(2), pp. 131-137.

Cronin, M.A. (2020). The Why and How of the Integrative Review. *Organizational Research Methods*, 26(1), pp. 168-192.

Delmas, C. (2012). Mobilisation syndicale et expertise em matière des risques psychosociaux : l'Observatoire du stress et des mobilités forcées à France Télécom. *La Revue de l'Ires*, 3(74), pp. 153-176.

Desviat, M. (2015). *Reforma psiquiátrica*. FIOCRUZ.

Estévez, J.F.J. (2011). El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 31(112), pp. 735-751.

Figueiredo, E.B.G.; Macedo, J.P. Carvalho, D.M. y Magalhães, M.A. (2021). Observatório em Saúde Mental como Dispositivo de Educação Permanente na Atenção Primária em Saúde. *Rev. APS*. 24(3), pp. 602-616.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Lugar Editorial.

Hermosilla, A.M.; Losada, C.M.; Cataldo, R. y Bogetti, C. (2015). *Hacia la Conformación de un Observatorio de Salud Mental*. Facultad de Psicología, Universidad de la Plata, Argentina.

Keinert, T.M.M. y Karruz, A.P. (2002). *Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias*. Anna-blume/Fapesp.

Macedo, M.R.C.; Macedo, I.M.H.; Castro, J.S.; Oliveira, L.S.; França, N.P.A. y Silva, T.C. (2017). *Direitos Humanos e Saúde Mental: uma avaliação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Leste de Natal-RN*. OBSAM-UFRN.

Macedo, M.R.C. (2006). *Décentralisation et Allocation des Ressources: Les Détours de la Municipalisation du Système de Santé Brésilien*. Université de Montréal.

Malvezzi, J. (2017). *Memória da Saúde Mental no M'Boi Mirim: contribuições para a proteção do direito à saúde*. Instituto de Psicologia-USP.

Mendes, K.D.S.; Silveira, R.C.C.P. y Galvão, C.M. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), pp. 758-764.

Minas, H. (2009). International Observatory on Mental Health Systems: a mental health research and development network. *International Journal of Mental Health Systems*.

Morin, E. (2008). *La Complexité Humaine*. Flammarion.

Mota, G.O. (2021). Observatorio Ciudadano Integral (OCI) los Cabos: un nuevo modelo de organización para la participación ciudadana en el gobierno del bien común. *Investigación & Desarrollo*, 29(2), pp. 223-259. DOI: <https://doi.org/10.7440/res64.2018.03>

Oliveira, N.; Souza, A.G.; Silva, E.N.; Costa, J.B.C.; Aguiar, C.C.; Rodrigues, C.S.; Melo, F.V.D. (2022). Implantação, Desenvolvimento e Desafios do Observatório de Saúde Mental e Política sobre Drogas: Relato de experiência. *Cidadania em Ação*, 6(2), pp. 1-14.

Paim, M. C. y Santos, M.L.R. (2004). Estado da arte dos observatórios em saúde: narrativas sobre análises de políticas e sistemas. *Saúde Debate*, 42(2), pp. 361-376.

Quintero, H.D.; Herrera-Camargo, L.M.; Hernández, J.J.C. (2022). Observatorio Social de Desarrollo Regional Local y de Derechos Humanos, propuesta para la ESAP. *Administración & Desarrollo*. 52(2), pp. 05-25.

Reyes, Y.R.S.; Fernández, M.D. y Abreu, M.B.I. (2019). Observatorios: clasificación y concepción en el contexto iberoamericano. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 30(2), e1335.

Santos, M. (2007). *Metamorfoses do Espaço Habitado: Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Geografia*. EDUSP.

Soler, G.E.M. (2015). Una Aproximación al Concepto de Observatorio Social. *Cultura, Educación y Sociedad*, 6(91), pp. 93-108.

Venturini, E. (2016). *A Linha Curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. FIOCRUZ.



Entre la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes y la atención de Salud mental: la derivación a tratamiento psicológico como espacio bisagra de la articulación intersectorial

PINTOS, María Soledad.

Licenciada en Psicología (UBA). Magíster en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Integrante del Grupo de trabajo e investigación "Niñez, Salud Mental y Derechos Humanos" (UNLa). Especialista en Psicología Clínica de Niños, Niñas y Adolescentes (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires).

Contacto: soledad_pintos@hotmail.com

Recibido: 15/04/24; **Aceptado:** 11/06/24

Cómo citar: Pintos, M. S. (2024). Entre la Protección de derechos de niños, niñas y adolescentes y la atención de Salud mental: la derivación a tratamiento psicológico como espacio bisagra de la articulación intersectorial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 44-65

Resumen

En este artículo se presentan algunos de los resultados de la tesis de investigación realizada en el marco de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Se tomó como objeto de estudio una práctica situada, en un espacio bisagra, entre la articulación intersectorial del área de Salud Mental y el Sistema de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, haciendo foco en la derivación a tratamiento psicológico como nudo problemático, el cual permite visibilizar tensiones en los circuitos institucionales y analizar las perspectivas y acciones de los actores de los organismos de protección, de Salud Mental y de las familias. Se parte de que la indicación de tratamiento psicológico es una de las medidas integrales de protección de derechos previstas por la Ley Nacional 26.061/2005 y la Ley Provincial 13.298/2005,

y será analizada como una de las técnicas desplegadas en el gobierno de las familias. Se trató de un estudio exploratorio/descriptivo con un abordaje metodológico mixto, cuantitativo y cualitativo, con un diseño flexible. Se relevaron durante seis meses todos los pedidos de intervención a Salud Mental, arrojando un total de 52 casos examinados, y se entrevistó a profesionales de Servicios Locales, del área de Salud Mental y familias, incluyendo la voz de una joven.

En los hallazgos a describir se aportan conocimientos sobre las situaciones de vulneración de derechos que sufren los niños, niñas y adolescentes, y se advierte sobre la escasez de recursos y limitaciones en las medidas de protección empleadas por los organismos locales. Asimismo, la articulación intersectorial presenta tensiones y no se logra un abordaje integral entre los sectores, utilizando una interpretación inadecuada de la corresponsabilidad que no consigue superar la lógica de derivación de casos. Por último, se exponen tensiones entre la perspectiva de los agentes de los organismos de protección de derechos y de las familias.

Palabras clave: protección de derechos – salud mental comunitaria – articulación intersectorial – derivación – infancias - adolescencias

Between the Protection of the rights of children and adolescents and mental health care: referral to psychological treatment as a hinge space for intersectoral articulation

Abstract

This article presents some of the findings from the research thesis conducted as part of the Master's program in Community Mental Health at the National University of Lanús. The study focused on a practice situated at the intersection of Mental Health services and the Child and Adolescent Rights Protection System, emphasizing the referral to psychological treatment as a problematic issue that highlights institutional tensions and allows for an analysis of the perspectives and actions of actors within protection agencies, Mental Health services, and families. The referral to psychological treatment is considered one of the comprehensive protection measures stipulated by National Law 26.061/2005 and Provincial Law 13.298/2005. This measure is analyzed as one of the techniques employed in the governance of families.

The study was exploratory and descriptive, employing both quantitative and qualitative methodologies with a flexible design. Over a six-month period, all re-

quests for Mental Health interventions were surveyed, resulting in a total of 52 cases examined. Additionally, professionals from Local Services, Mental Health services and families, including a young individual, were interviewed.

Among the findings described here, the study provides insights into the situations of rights violations experienced by children and adolescents and highlights the scarcity of resources and limitations in the protection measures employed by local agencies. The intersectoral coordination presents tensions and fails to achieve a comprehensive approach between sectors, utilizing an inadequate interpretation of shared responsibility that does not overcome the case referral logic. Finally, tensions are exposed between the perspective of the agents of the rights protection agencies and the families.

Keywords: protection of rights – community mental health – intersectoral articulation – referral - children - adolescents

Introducción

En este artículo se exponen algunos resultados hallados en la investigación realizada en el marco de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universi-

dad Nacional de Lanús. El objeto de estudio se ubicó en la interacción entre dos campos de conocimiento: aquel de la Salud Mental Comunitaria, posicionamiento hacia donde convergen todos los organismos internacionales y la Ley Nacional de Salud Mental N°26657/2010 (LNSM), y el campo de la Protección de derechos en infancias y juventudes. Se llevó adelante el análisis de una práctica situada en un espacio bisagra entre la articulación intersectorial de la atención de Salud Mental y el Sistema de Protección de derechos en el municipio de Lanús, ubicado en el Conurbano Bonaerense. Se propuso conocer y analizar el proceso de la derivación a tratamiento psicológico¹ de niños, niñas y adolescentes que efectúan los Servicios Locales de Protección de Derechos (SL), desde la perspectiva de los trabajadores de Servicios Locales, del área de Salud Mental y de las familias, en tanto constituye un nudo problemático de la articulación intersectorial.

A partir de la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de Derechos de niños, niñas y adolescentes (2005) y de la Ley N° 13.298 de la Promoción y Protección de los Derechos de los niños de la Provincia de Buenos Aires (2005), se produce una reconfiguración de las instituciones que se dedican a la protección de los derechos en las infancias. Se crean los organismos administrativos que se dedican a la protección de de-

rechos (a nivel municipal se denominan Servicios Locales) cuya función es la ejecución de programas, servicios y acciones destinadas a prevenir, asistir, proteger y/o restituir los derechos (Ley N° 14537, 2013). Asimismo, disponen de la toma de medidas de protección ante situaciones de amenaza o de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes (NNyA).

Conforme a la Ley Nacional N° 26.061 y a la Ley Provincial N° 13.298 se prevén dos tipos de medidas de protección. Las primeras orientadas a la administración de recursos con el fin de proteger los derechos y preservar los vínculos familiares, entre las que se encuentran: apoyos para que los NNyA puedan permanecer en sus hogares, becas, guarderías, asistencia económica, programas de fortalecimiento familiar y la indicación de tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico para el NNyA o sus progenitores (Ley N° 14537, 2013). En segundo lugar, se identifican las medidas de protección excepcionales conocidas como “Medidas de Abrigo” que implican la separación del NNyA de su familia y permanencia en ámbitos familiares alternativos o instituciones de alojamiento, que han de dictarse por un tiempo limitado cuando se agotan las instancias previas o resultan en el único modo de proteger los derechos vulnerados (Artículo 35° bis). En consecuencia, los equipos técnicos de los Servicios Locales realizan de-

rivaciones a tratamiento psicológico enunciadas como medidas de protección de derechos.

El modelo de atención de Salud Mental impulsado por la LNSM propone la implementación de abordajes interdisciplinarios sobre los problemas complejos que afectan a los integrantes de una comunidad con una perspectiva integral, intersectorial y sostenida en un enfoque de derechos. En tal sentido, el modelo de atención de Salud Mental Comunitaria es solidario y congruente con la existencia del Sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (SPIDNNyA).

Esta investigación analizó la práctica de la derivación entre ambos sectores de Servicios Públicos, y provee insumos y conocimientos empíricos sobre la articulación intersectorial, intervenciones y abordajes actuales. Puesto que “es en los circuitos entre instituciones y las redes de relaciones entre actores en el territorio donde el carácter específico de la protección de derechos debe buscarse” (Villata y Llobet, 2015, p. 179).

Diversos autores han conceptualizado las falencias del trabajo interdisciplinario e intersectorial, observando que la intervención de múltiples actores puede tornarse en problemas como la deriva institucional, el

derivacionismo o la delegación de responsabilidades a terceros, vista como una forma de desresponsabilización (Barcala, Bianchi y Poverene, 2017; Korinfeld, 2017; Villalta y Llobet, 2015). Se han registrado prácticas de evitación y exclusión que generan circuitos de deriva institucional, resultado de repetidas derivaciones en las que las familias transitan sin rumbo de un lugar a otro (Barcala, 2015).

Metodología

Esta investigación se llevó adelante con un diseño flexible que respeta la complejidad del objeto de estudio y que permitió realizar los cambios necesarios en el proyecto, incluyendo nuevas fuentes para privilegiar la recolección de información relevante y significativa (Vasilachis, 2006). Se trató de un estudio exploratorio/descriptivo con un abordaje cuantitativo y cualitativo.

Durante seis meses, de enero a junio de 2021, se recopilieron todas las consultas realizadas en el Municipio de Lanús por los organismos locales de protección de derechos al área de Salud Mental, utilizando el criterio de saturación teórica para definir el muestreo necesario (Glaser y Strauss, 1967). Posteriormente se llevaron a cabo entrevistas con profesionales de Servicios Locales, Salud Mental y familias.

A nivel asistencial se seleccionó un equipo de un Servicio Local y un equipo de Salud Mental. A nivel de gestión se entrevistó a la Coordinadora de Servicios Locales y a la Directora y una colaboradora de la Dirección de Salud Mental. Además, se logró la participación de dos familias, escogidas del relevamiento previo de casos. Una de ellas consistía en una pareja de madre y padre de una niña de seis años, mientras que la otra incluía a una joven (para quien se solicitó tratamiento psicológico) y a su abuela. Así, se alcanzó a incorporar en la investigación la voz de una de las NNyA involucradas.

Para el análisis de la información se confeccionó una base de datos cualitativa: un relevamiento de los intercambios entre los Servicios Locales y la Dirección de Salud Mental y un relevamiento de informes por caso. Luego se organizó una Base cuantitativa en la que se identificó: casos, fecha, edad, género, Servicio Local, motivo de consulta, existencia de medida de abrigo, envío de informe, presencia de la voz del NNyA o su familia y atención ofrecida. Se relevaron un total de 52 casos, en los cuales se identificaron solicitudes de evaluación o tratamiento para 16 adultos y 52 niños, niñas y adolescentes.

Sobre la información recolectada en las entrevistas se realizó un trabajo de análisis de contenido e interpretación en el que se combinó el proceso de recolección de datos, junto a su procesamiento y análisis, para ajustar los instrumentos a los fines de recabar la información relevante para la investigación.

Resultados

1. Las situaciones de vulneración de derechos que sufren los niños, niñas y adolescentes en el Municipio de Lanús

Las situaciones de vulneración de derechos que afectan a los NNyA relevadas en este estudio han sido: violencia familiar, Abuso Sexual Infantil (ASI), negligencias de progenitores, dificultades de acceso a la educación, acceso a la salud, acceso a la Asignación Universal por Hijo (AUH), institucionalización prolongada, situaciones de intervención judicial, y acceso a Servicios por Discapacidad. La noción de negligencias fue utilizada para describir aquellos comportamientos de los adultos que no garantizaban los cuidados necesarios en la crianza. Julieta Grinberg (2013) ubica que la categoría de “negligencia” es tomada por los trabajadores del Sistema de Protección para denunciar la conducta de los padres que se aleja de los valores morales

socialmente aceptados sobre lo que necesitan los NNyA y de las responsabilidades de los padres. En general la interpretación de la falta de cuidados y de las negligencias está escindida de la situación estructural y los determinantes socio-económicos, y más bien leída desde la lógica de las voluntades individuales. Esta noción encuentra sus raíces en el antiguo paradigma del peligro moral o material que se sostenía con la Ley de Patronato de Menores (1919), que sancionaba como negligencia aquella actitud de los padres que exponía al peligro moral y colocaba en riesgo la seguridad de los hijos.

En esta indagación, se identificó que los organismos de protección locales trabajaban con una categoría empírica que se denomina “derecho vulnerado”, que sirve para realizar un diagnóstico acerca de cuál es el derecho que está siendo afectado para un NNyA y a partir de allí elaboraban una estrategia de restitución de derechos. El análisis de la perspectiva de los trabajadores del SPID-NNyA ha demostrado que el empleo de esta categoría respondía a una visión fragmentada y restrictiva de los derechos, evaluados por los equipos de manera aislada, individual y no colectiva, y donde no se incluían las desigualdades sociales y económicas. La normativa actual propone la creación de programas de protección orientados a dar apoyos a los NNyA y a sus familias, y al fortalecimiento del rol de los adultos como activos pro-

tectores de derechos (Reglamentación 300/05, Artículo 29.2º). No obstante, en los organismos de protección se ha distinguido bajo la categoría de Derecho vulnerado y de Negligencia, la persistencia de una perspectiva estigmatizante del rol parental que confirma la supervivencia de las viejas categorías del paradigma tutelar. En las entrevistas los agentes del SPIDNNyA efectuaban un señalamiento de la responsabilidad/culpabilidad de las familias en las situaciones de vulneración de derechos; lo cual ha entrado en tensión en el análisis general de las fuentes, puesto que se ha recuperado de las entrevistas a las familias un rol activo y protagónico de los adultos para lograr el cumplimiento de derechos y acceso a servicios del Estado.

2. Las prácticas de protección de derechos a cargo de los organismos locales: las medidas de protección integrales de derechos y las medidas de abrigo

En el Municipio de Lanús se hallaron ocho Servicios Locales distribuidos en todo el territorio, bajo la dirección de una coordinación general. Al momento de la indagación esta administración pertenecía a la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio. Los Servicios Locales se conformaban por un equipo interdisciplinario compuesto por un psicólogo, un trabajador social

y un abogado por sede. En cuanto a las herramientas y acciones que emprenden los equipos, se relevó que la entrevista es el principal instrumento de trabajo. En la misma, se evalúa la vulneración de derechos, se toman decisiones y se registra luego en el Registro Estadístico Unificado de Niñez y Adolescencia (REUNA). En las entrevistas a los trabajadores del SPIDNNyA, hicieron referencia a instancias de acompañamiento escolar, acuerdos entre partes, seguimiento de casos y búsqueda de referentes afectivos. En cuanto a las tareas de seguimiento, se hallaron divergencias en las perspectivas en tanto los trabajadores de los Servicios Locales afirmaron que los casos permanecen abiertos hasta la edad de 18 años, a pesar de haberse restituido los derechos, lo cual implica acciones de seguimiento. Mientras que las familias entrevistadas manifestaron que luego de la derivación a tratamiento psicológico no volvieron a ser contactadas.

Por otra parte, los equipos emprendían acciones que requerían de la intervención de otras áreas de gobierno. En este marco es que realizaban solicitudes de atención de salud mental. Se relevaron vinculaciones con el área de Género, Salud, con otras dependencias de Desarrollo Social y, por fuera del ámbito municipal, interacciones con Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), Secretaría de Políticas Integrales

sobre Drogas de la Nación Argentina (SeDroNar) , Justicia y Educación (principalmente escuelas).

A nivel local, se han identificado dos programas sociales: *Juegoteca*, orientado para niños y niñas, y *Envión*: un espacio de inclusión social para adolescentes. Ambos programas son financiados por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. No se hallaron programas de fortalecimiento y apoyo familiar destinados a las familias o adultos responsables de la crianza. El Decreto Reglamentario 300/05 de la Ley Provincial N° 13298 (Artículo 22.1º) establece que los Municipios deben realizar una asignación de recursos propios a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales de los niños que habitan en ellos, adicionales a los recursos transferidos por descentralización.

Del relevamiento de las situaciones de vulneración de derechos se desprende un patrón regular de problemáticas, por lo cual, vinculado a la demanda y los recursos disponibles acotados, conlleva a una modalidad de trabajo que no logra una adecuada continuidad de cuidados de los organismos de protección. Se registraron intervenciones reducidas a casos individuales con acciones fragmentadas y aisladas, incluso al interior de un mismo grupo familiar o de hermanos. El enfoque restrictivo e individualizante sobre las vulneraciones de

derechos entraña consigo estrategias de caso por caso (UNICEF, 2020b). Magistris (2016) plantea la “casificación” como estrategia donde se reducen las problemáticas complejas a casos individuales para lograr la administración de la población en unidades visibles para el gobierno de la infancia.

En aquellas situaciones definidas como negligencias de los adultos en la crianza se identificaron indicaciones y recomendaciones que pueden considerarse dentro de las estrategias de persuasión, así como intervenciones correctivas que apelaban a la amenaza de separación del NNyA del grupo familiar, tal como fue señalado por otras autoras (Grinberg, 2013; Magistris, 2016). A continuación se presenta un fragmento de entrevista a un trabajador del Servicio Local:

Donde usted no haga lo que le pedimos, sí se lo vamos a sacar, lamentablemente es así. Y el hombre empezó a trabajar y entendió que si él colaboraba no iba a pasar que le íbamos a sacar los chicos. Entonces empezó a trabajar y empezó a hacer las cosas bien. (Trabajador del SL)

Se evidenció en las fuentes un marco de estrategias que iban de la recomendación y consenso cuando los adultos se mostraban colaboradores y permeables, has-

ta acciones coactivas que culminaron con la toma de medidas excepcionales de protección de derechos, conocidas como medidas de abrigo, que requieren de la separación del NNyA de su grupo familiar en familia ampliada o una institución. Así, las medidas de protección integrales y excepcionales pueden ser analizadas como técnicas de gobierno empleadas con el fin de conducir y modelar los comportamientos al interior de la familia (Grinberg, 2008).

Asimismo, se identificó en los discursos de los agentes del Sistema de Protección la presencia de categorías de orden moral y teorías psicológicas como argumentos en el ejercicio de las técnicas de gobierno vinculadas al control social y la vigilancia, superpuestas con tareas de protección y restitución de derechos, corroborando resultados de estudios previos (Villalta y Llobet, 2015; Magistris, 2016).

3. La frecuencia de las medidas de abrigo

Tal como ha sido explicado, las medidas de abrigo se deben ejecutar cuando se hayan agotado todas las instancias previas o bien en casos de urgencia y constituyen el único modo de restituir el estado de derecho, por lo que deben ser transitorias y proveerse los medios para recomponer el vínculo familiar a la vez que

garantizar el cumplimiento de derechos y cuidados de los NNyA. En el estudio, de los 52 casos relevados de NNyA, el 28.8% se encontraba al momento de la solicitud de tratamiento con una medida de abrigo vigente, tanto en familia ampliada como de tipo institucional. Estas medidas concurrían con situaciones de violencias y abuso sexual infantil. Una tasa de casi 1 de cada 3 NNyA con una medida de protección que debiera ser utilizada de modo excepcional, evidencia un uso más frecuente de la medida. Adicionalmente, la solicitud de la vacante institucional se develó como una gestión cargada de tensiones.

Por otra parte, se pesquisó en la perspectiva de los trabajadores del Sistema de Protección a nivel local, una fuerte tendencia a reducir el enfoque de las medidas de protección integral al uso de medidas excepcionales. Esto se vincula con la escasez de recursos manifestada por los propios agentes y la ausencia de programas destinados al fortalecimiento familiar, lo cual, si se interpreta en relación a las dificultades de articulación intersectorial, resulta en un aumento innecesario de medidas de abrigo y la consecuente institucionalización de NNyA, situación sobre la que alertan otros estudios (UNICEF, 2020b; Michalewicz, 2011; Michalewicz y Varela, 2013).

4. La modalidad de derivación a tratamiento psicológico: ¿cómo se logra el acceso a la atención?

El proceso de derivación a Salud Mental desde los organismos locales de protección de derechos analizado en el 2021 se realizaba mediante una solicitud que se enviaba por correo electrónico. Cada Servicio Local poseía una casilla propia desde donde enviaba un pedido de atención dirigido al correo de la Dirección de Salud Mental que centralizaba las derivaciones, analizaba el pedido y luego distribuía a los efectores de acuerdo a la zona de referencia asignando un turno de primera consulta. Esta modalidad de comunicación se instaló durante el período de pandemia por Covid-19, donde se establecieron medios digitales para sostener canales de diálogo y comunicación interinstitucional. Conforme a lo relevado en entrevistas, esta modalidad de derivación no contaba con el acuerdo suficiente de todas las partes.

En cuanto al formato y estilo de los correos, se encontró una diversidad de presentaciones, con distintos niveles de formalidad e informalidad. El contenido de la información proporcionada sobre cada situación dependía más bien, en gran medida, del equipo responsable, dado que no existían criterios comunes establecidos.

Como se mencionó anteriormente, se relevaron un total de 52 casos, reuniéndose todos los intercambios entre las dos áreas. En 22 casos los Servicios Locales no enviaron informes y en los 30 restantes presentaron distintos tipos: en 19 enviaron informes elaborados por los equipos propios con información de la situación del NNyA sumado al registro de las intervenciones efectuadas y en los 11 casos restantes, los Servicios Locales enviaron informes de terceros o registros del REUNA. En algunas ocasiones se observó una negativa por parte del equipo a enviar información sobre la situación, justificándose en supuestos de confidencialidad. Esta postura fue reiterada en el discurso de un trabajador del Servicio Local entrevistado:

Yo te estoy enviando una intervención, te digo necesito psicólogo para esta nena que sufrió ASI, ya está. Evalúo vos como psicólogo si necesita tratamiento o no, no me preguntes a mí ¿ustedes qué trabajaron? ¿qué otra intervención hicieron? No te importa, porque es un niño y yo no te puedo estar compartiendo la información de un niño. Querés averiguarlo, entrevistá al chico y averígualo vos. (Trabajador del SL)

Positivamente, se señaló un Servicio Local en particular que en su pedido de atención, presentaba un informe de situación que contenía los datos personales

necesarios, historia de vida, intervenciones del equipo y motivos que justificaban la demanda. En esos casos se ha observado que la respuesta de atención fue más pronta y efectiva.

En muchos casos la transmisión de información se presentó de manera inadecuada, desactualizada, inoportuna e impertinente, con excesos y también con insuficiencias, lo cual evidencia una carencia de lineamientos para la confección de informes. Esto constituye un obstáculo para la articulación intersectorial y la construcción de estrategias en conjunto.

Por último, cabe señalar que algunos equipos de los Servicios Locales, citaban al pie de los correos el Principio de Corresponsabilidad de la prestación de servicios de los integrantes del SPIDNNyA, citando el Artículo 23° de la Ley 13.298/2005 que establece la conformación del Sistema por los distintos ministerios que lo componen, comprometiendo así a la obligación de atención prioritaria para los NNyA. Sin embargo, la enunciación del Principio de Corresponsabilidad no se vio reflejada en una disposición al trabajo basada en la lógica de Responsabilidades compartidas que supere la derivación como práctica atomizada y anónima (Reglamentación 300/05, Artículo 29.2° en Barcala, 2011).

5. Los criterios de derivación a tratamiento psicológico y los motivos de consulta recogidos en las demandas de atención

En el Municipio de Lanús, durante el período estudiado, la atención del área de Salud Mental incluía las disciplinas de Psicología, Psiquiatría, Psicopedagogía y Fonoaudiología. Sin embargo, los Servicios Locales requirieron espacios de Psicología y Psiquiatría, en general solicitando tratamiento individual para cada NNyA, aunque se tratara de un mismo grupo familiar. A pesar de haber abordado problemas vinculados con el aprendizaje y la educación, los Servicios Locales no demandaron atención para Psicopedagogía. Tampoco para Fonoaudiología, que suele estar vinculada con problemáticas de desarrollo en la infancia.

Las problemáticas que han devenido en motivos de consulta a Salud Mental por los organismos de protección han sido: ASI, evaluación de progenitores, violencia familiar, conflictivas vinculares y familiares, discapacidad, evaluaciones de guarda familiar, autoagresividad, escasez de vínculos familiares o afectivos de apoyo e institucionalización prolongada, duelo y angustia. De los 52 casos relevados, se halló que la frecuencia de derivaciones por “ASI” fue del 33%, “Evaluaciones de progenitores” el 23% y por “Violencia fa-

miliar” el 19,2%, lo que refleja la prevalencia de estas problemáticas y se correlaciona con la perspectiva de los actores entrevistados.

De las derivaciones analizadas no se identificaron motivos de consulta vinculados con trastornos mentales severos ni con problemas en el desarrollo infantil. En cuanto a problemáticas vinculadas al consumo de sustancias ilegales se hallaron solicitudes de atención para adultos pero ninguna para NNyA. En general estos pedidos fueron reorientados a Sedronar o al efector local de Salud Mental y Adicciones de la provincia. Por otro lado, fue significativo que del total de casos estudiados, no hubo consultas vinculadas al padecimiento relacionado con la pandemia de Covid-19, tal como plantean algunos estudios (UNICEF, 2020a).

Del análisis de todas las fuentes se verificó una vinculación estrecha entre las principales situaciones de vulneración de derechos que abordan los organismos de protección y los motivos de consulta más recurrentes, tal como se puede apreciar en la siguiente tabla. En cuanto a los motivos de consulta designados como “Evaluación de progenitores”, se verificó un requerimiento al área de Salud Mental de conocer la capacidad del ejercicio del rol parental. Se replica en este artículo el uso de la palabra “progenitor/a” dado que es

el modo corriente que los agentes de los organismos de protección de derechos utilizaban para referirse a la madre o al padre. Las situaciones de vulneraciones de derechos entendidas como “Negligencias” de los progenitores en la crianza de sus hijos, registradas en el apartado anterior,, se han convertido luego en motivo de consulta para tratamiento psicológico de los adultos o bien evaluación de progenitores. Esto se ejemplifica en el siguiente extracto de correo electrónico enviado por el Servicio Local: “podemos pesquisar que dicha mujer presenta dificultades en lo que es el ejercicio de su responsabilidad parental por lo cual creemos pertinente asistencia psicológica para la misma”.

Desde el gobierno de las familias (Grinberg, 2015), sitió en este tipo de casos la derivación a tratamiento psicológico como una tecnología de poder al servicio de la vigilancia del Estado sobre la función parental. Se verifica cómo a partir de la detección de las negligencias, los trabajadores de organismos de protección intervienen sobre las familias con el fin de que modifiquen sus conductas. La derivación de los adultos a tratamiento psicológico se convierte en una herramienta de transformación que podría permitirles revertir la situación indeseada (Grinberg, 2013; Magistris, 2016). Se corroboró en la perspectiva de los trabajadores la persistencia de la mirada sobre los adultos proveniente del pa-

Tabla 1. La relación entre las situaciones de vulneración de derechos y los motivos de consulta que justifican los pedidos de derivación a Salud mental

Situaciones de Vulneración de derechos	Motivos de Consulta
Violencia familiar	Violencia familiar
Abuso sexual infantil (ASI)	ASI intrafamiliar
Negligencias de progenitores	Evaluación de progenitores
Institucionalización prolongada	Escasez de vínculos familiares/afectivos de apoyo e institucionalización prolongada
Acceso a Servicios por Discapacidad	Discapacidad
Situaciones con intervención del Juzgado	Requerimiento judicial por Guarda Familiar definitiva.
Dificultades de Acceso a la Educación	Autoagresividad
Dificultades de Acceso a la Salud	Conflictiva vincular familiar
Acceso a la AUH	Duelo
	Angustia. Problemática personal

Fuente: Elaboración propia (2021)

radigma de patronato que ya ha sido desarrollado. En el análisis de las fuentes se realizó una interpretación de las expectativas subyacentes en las demandas de tratamiento. En el discurso de los agentes de protección figuraba la idea de que un NNyA que sufrió una vulneración de derechos necesita recibir un tratamiento psicológico para salir adelante. Se advirtió la influencia de teorías psicológicas como saberes legitimados que pueden dar alguna respuesta a las problemáticas de vul-

neración de derechos en el discurso de los trabajadores de los Servicios Locales y en la Coordinación General. Al respecto, se consigna el siguiente fragmento de entrevista: “siempre que un chico tuvo un derecho vulnerado tiene que hacer tratamiento psicológico. Porque fue violentado de alguna u otra forma y necesita superar eso. Siempre que hay una vulneración de derechos, hay una lesión en la psiquis del chico” (Coordinación de SL).

Se comprende que ante una situación de gran complejidad se hace énfasis en la dimensión psicológica e individual de la experiencia, centrada en una concepción de niño-víctima, efectuándose una “psicologización” (Llobet, 2009) de los problemas sociales en la que se deja de valorar el contexto de emergencia del problema.

En el análisis de los motivos de consulta se verificó la operación de los procesos de medicalización. A partir de una situación problemática que es de origen multicausal, los Servicios Locales identifican un derecho vulnerado; luego se recortan e interpretan elementos con categorías médicas/psicopatológicas a la luz del derecho a la salud y se demanda atención psicológica (Barcala, Bianchi y Poverene, 2017).

En los hallazgos obtenidos se han recuperado una serie de situaciones de jóvenes adolescentes con historias de vida de profundo desamparo, deserción escolar, violencias y abandono, y reiterados procesos de institucionalización por medidas de abrigo. En los tres casos los Servicios Locales efectuaron un pedido de tratamiento psicológico para cada una de ellas. Siguiendo a Didier Fassin (1999) en su política del sufrimiento, en estos recortes se pueden identificar elementos de un doble movimiento: individuación y psicologización, es decir,

se acentúa la dimensión subjetiva del padecimiento y se responde con un espacio de contención psicológica a la vez que se recorta como un problema individual una situación que podría haber sido pensada en términos sociales atendiendo a los determinantes complejos.

En estos casos estudiados no se constituyó un abordaje intersectorial elaborado con una propuesta de atención integral que contemplara la atención psicológica como una herramienta más dentro del plan de restitución de derechos.

En este sentido, la sola derivación a tratamiento psicológico, a pesar de ser enunciada en la normativa actual como una medida de protección, puede reproducir un gesto de desprotección.

6. La atención de Salud Mental para niños, niñas y adolescentes, y sus familias, derivados por los Servicios Locales en el Municipio de Lanús

En el Municipio de Lanús, durante el año 2021 se relevaron los siguientes dispositivos de atención en Salud Mental existentes en los distintos centros de salud: Espacio de Primera escucha, Orientación psicosocial, Atención psicológica individual para NNyA y/o adultos, Orientación a padres, Psiquiatría infantojuvenil y de adultos, Psicopedagogía y Fonoaudiología; y grupos

terapéuticos de padres, adolescentes y familias. Adicionalmente, se encontraron espacios de talleres abiertos a la comunidad: Taller de mujeres, Juegoteca, Yoga, Escritura, Tejido, Jardinería y Huerta, Danzaterapia, Caminata saludable, Alfabetización, Orientación Vocacional, Consejería en salud sexual integral y Alimentación saludable. Conforme con la LNSM se valora la presencia de espacios colectivos y talleres vinculados con la promoción y la prevención en Salud Mental y construcción de lazos, sumados a los abordajes tradicionales.

En cuanto al acceso al espacio de atención para NNyA o sus familias, se halló en las derivaciones analizadas una demora significativa en el otorgamiento del turno de Primera escucha, que funcionaba como un dispositivo de recepción y evaluación de los equipos. No se encontró ningún espacio especializado para las consultas provenientes de Servicios Locales. En general, los NNyA recibieron atención psicológica individual y los adultos, espacios de participación en Orientación a padres.

A diferencia de los organismos de protección de derechos en el área de Salud Mental, se halló que los adultos ocupaban un lugar significativo en los espacios de atención. Sin embargo, no se alcanza a constituir un

abordaje de la familia como unidad compleja de atención. El trabajo con NNyA se sostiene como criterio de buena práctica cuando contempla el abordaje de las familias y relaciones afectivas (Parra, 2018). Por otra parte, fue frecuente el envío de informes psicológicos con el fin de comunicar el estado de los tratamientos y los logros alcanzados. En la perspectiva de los trabajadores del área de Salud Mental se percibió cierto grado de malestar vinculado a la derivación, por esgrimirse ellos como los receptores de demandas de otros sectores, tal como una “depositación” de la responsabilidad en terceros (Korinfeld, 2017).

Entre los equipos de Salud Mental y de los Servicios Locales se ha visto que el diálogo era escaso y tenso y en ocasiones nulo, a excepción de los trabajadores que compartían espacios físicos en centros de salud, lo que permitía eventualmente la construcción de vínculos informales de trabajo. Lo mismo ocurría entre los cargos de gestión, en cuyas entrevistas se manifestaron dificultades para concretar reuniones, lo cual se confirmó en la interacción mediante correos electrónicos.

La escasez de diálogo atenta contra la posibilidad de construcción de abordajes integrales e intersectoriales, como establece el Principio de Corresponsabilidad, que propone la sustitución de la derivación de casos en-

tre instituciones por la creación de relaciones de responsabilidad compartida e interdependencia (Decreto 300/05, Artículo 21.3°).

Se comprende entonces que la articulación intersectorial entre el Sistema de Protección y el área de Salud Mental en el Municipio de Lanús, durante el año 2021, dista de cumplimentar el Criterio de Buenas prácticas de Naciones Unidas vinculado a la Integralidad de derechos y Responsabilidades Compartidas (Barcala, 2011).

Se ha identificado la ejecución de intervenciones aisladas y fragmentadas desde las distintas áreas, producto de diferencias y tensiones en la concepción de los problemas y de la modalidad de abordaje. Por lo tanto, los NNyA y sus familias recibían un “abordaje multi-institucional” (Michalewicz y Varela, 2013) que se aleja de una política integral y transversal sostenida en una planificación sistémica del Estado.

7. La perspectiva de las familias y la inclusión de los NNyA como sujetos de derechos en los procesos de derivación

Bajo la normativa actual los NNyA son considerados sujetos titulares de derechos con capacidad de ejercicio de tales, conforme a la autonomía progresiva. Por lo tanto, los organismos de protección tienen

la obligación de escuchar a los NNyA y que su opinión sea tenida en cuenta en función del grado de madurez, en las decisiones sobre su vida (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989; Ley N° 26.061, 2005; Ley N° 13.298, 2005).

Con el fin de indagar en el derecho a ser oído de los NNyA, se emprendió una lectura exhaustiva de las solicitudes de atención. De la totalidad de los casos se verificó que: el 36,5% incluyó la voz de los NNyA, el 25% incorporó la opinión de los adultos y el 38,5% restante no registró ninguna referencia a expresiones o inquietudes de las personas involucradas. Se comprende que la escucha de los NNyA es un proceso que no ha de simplificarse en un recorte de la palabra escrita u oral sino que requiere de una atención que contemple expresiones verbales, corporales y de su contexto familiar (Efrón et al., 2015).

En muchas situaciones las familias comprendían y aceptaban la derivación a tratamiento para alguno de sus miembros, incluso algunos solicitaron espacios de ayuda, sin embargo en otras ocasiones la derivación era interpretada como una imposición que había que cumplir, y que de no hacerlo, los organismos de protección sancionaban una nueva vulneración de derechos hacia el NNyA.

Se vislumbra una visión de las infancias y juventudes como objetos de protección y no tanto como sujetos de derechos, así como de la familia como responsable moral. Las recomendaciones de buenas prácticas y la Ley N° 26.657/2010 acentúan la importancia de la participación voluntaria de los usuarios y familias en los procesos de atención (Barcala, 2011; Parra, 2018).

Del análisis de las dos trayectorias relatadas por las familias se ha tomado conocimiento de las acciones e iniciativas de los adultos para lograr el acceso a los Servicios Sociales, de Salud y a la Justicia, movilizándolo recursos propios, tiempo y dinero para la restitución de los derechos vulnerados de los NNyA.

Discusión: una revisión del estado de situación

La implementación de las Leyes Nacionales N° 26.657/2010 y N° 26.061/2005 encuentra obstáculos en las prácticas que requieren ser estudiados y repensados. En Brasil, Fonseca (2007) considera que la implementación de las leyes de protección no se ha alcanzado exitosamente dado que se pretende incorporar principios internacionales abstractos que no han surgido de la realidad y de los problemas propios. Por ello, desde esta investigación se acentúa la importancia de investigar prácticas situadas en contextos locales.

Luciani Conde (2017) estudió la puesta en marcha del SPIDNNyA en el Municipio de Lanús entre los años 2005 y 2014. Expuso que el paradigma tutelar no terminaba de caer ante el paradigma de derechos, por lo que coexistían en las prácticas dos lógicas superpuestas conforme a una transición paradigmática. La representación de transición desliza un movimiento hacia el nuevo paradigma, pero con los elementos que se presentan en este artículo podría plantearse una convivencia mixturada de ambos modelos.

En el gobierno de la familia, los organismos de protección de derechos tienen un rol clave en el control social y efectúan un ejercicio del poder en sus dos facetas: de carácter punitivo-coercitivo, que castiga y sanciona los desvíos en su dimensión más dura, y otra más blanda que opera por persuasión, incitando y promoviendo las conductas valoradas (Foucault, 2005; Bianchi, 2019). Ambas fases operan a la par y son inseparables en la realidad. Los Servicios Locales brindan orientaciones, recomendaciones e indicaciones de tratamientos, pero también pueden encarnar un lugar de autoridad que sanciona las conductas negligentes y toma medidas de separación de NNyA de sus familias de origen. En este escrito se ha señalado la carencia de recursos y programas destinados al fortalecimiento del rol parental y de los apoyos a las familias, así como de la fragilidad de las

medidas integrales de protección de derechos. Esta vacancia de herramientas de cuidado estimula el aumento del uso de técnicas de gobierno basadas en la vigilancia y la sanción, evidenciada en la alta frecuencia de medidas de abrigo.

Las nociones de “derecho vulnerado” y de “negligencias” vigentes en el enfoque de derechos son empleadas por los agentes de los organismos de protección bajo una definición operativa que esconde las ideas de peligro moral o material; por lo tanto, se constituyen como categorías híbridas, dado que están modeladas por partes de origen diferente. En consecuencia, es necesario revisar las prácticas de protección y los conceptos que detentan a riesgo de asumir como discurso de derechos algunas acciones que reproducen gestos de desprotección. Al momento, el paradigma de derechos en su implementación no alcanza la distancia ética, teórica y empírica que se alzó respecto del paradigma tutelar en el municipio estudiado.

Por último, se ha pesquisado la influencia de las teorías psicológicas en las valoraciones que realizan los agentes del Sistema de Protección en el momento de emprender estrategias de restitución de derechos. Ante un problema complejo donde se sitúa un derecho vulnerado y se delimita un “caso”, lo cual ya efectúa un pri-

mer recorte de la situación, se monta una operación de psicologización (Llobet, 2009) y medicalización (Bianchi, 2016), en el que se destaca la dimensión psicológica e individual y se logra una conversión de la esfera social a la individual, deviniendo un problema que requiere atención de salud.

En este desplazamiento, la indicación de tratamiento psicológico y la derivación al área de Salud Mental se presenta como una alternativa frecuente en las prácticas de protección de derechos.

Consideraciones finales

La derivación al tratamiento psicológico constituye un espacio bisagra que permitió descubrir y analizar la interacción, problemáticas abordadas, tensiones entre los actores y concepciones vigentes en el circuito institucional de la articulación intersectorial entre dos áreas del Estado: El Sistema de Protección de Derechos de NNyA y la atención en Salud Mental.

El estudio de las derivaciones efectuadas permitió conocer las situaciones de vulneración de derechos que sufren los niños, niñas y adolescentes en el Municipio de Lanús, destacando la alta recurrencia de situaciones de violencias, abuso sexual infantil y negligencias en los cuidados familiares. Estas problemáticas abordadas por

los organismos de protección se han constituido como los principales motivos de consulta al área de Salud Mental.

En cuanto a las medidas de protección integral, los recursos y apoyos disponibles para ser empleados por los organismos de protección se han revelado insuficientes para garantizar la protección y restitución de derechos. La derivación a tratamiento psicológico se evidenció como una herramienta frecuente dentro de las estrategias de protección de derechos. Esto está en consonancia con la influencia de las teorías psicológicas como saberes legitimados para dar respuesta a las problemáticas que sufren los NNyA, lo cual alienta la indicación de tratamiento psicológico.

Por otra parte, en este escrito se expuso la alta frecuencia de las medidas de protección de tipo excepcional, que implican la separación del NNyA de su familia de origen. Se señaló la necesidad de reforzar los recursos, apoyos y medidas de protección integrales para disminuir y ajustar a los casos de pura necesidad la toma de medidas de abrigo. En cuanto a las nociones de Responsabilidad compartida o Corresponsabilidad, se ha visto que el uso empleado por los organismos no alcanza a superar la lógica de la derivación de casos. La articulación intersectorial entre el SPIDNNyA y el área

de Salud Mental en el municipio estudiado presentó tensiones y divergencias en las perspectivas de los actores y modalidades de abordaje.

Se identificaron discrepancias entre la perspectiva de los actores de los organismos de protección de derechos y la perspectiva aportada por las familias. Desde los Servicios Locales se dio cuenta de un discurso estigmatizante sobre el rol parental, que señala la responsabilidad de las familias en las vulneraciones de derechos de los NNyA y un llamado de atención a revertir esta situación. De las entrevistas con las familias se ha pesquisado que los adultos han debido desarrollar un rol activo en la gestión de recursos y herramientas para lograr el acceso a Servicios Públicos y la protección de derechos de los NNyA.

Por lo tanto y para concluir, es valioso recuperar los fundamentos del Modelo de Salud Mental Comunitaria que, partiendo de la construcción de las problemáticas complejas, plantea la planificación de abordajes no puede simplificarse a un solo dominio sino que ha de proponerse una atención basada en la interdisciplina y la intersectorialidad, de acuerdo a los principios de Responsabilidades compartidas e Integralidad de las acciones del Estado.

Es necesario también considerar a los niños, niñas y adolescentes junto con sus familias como activos protagonistas en la participación del diseño de políticas y estrategias de atención y protección.

Bibliografía

Barcala, A. (2011). *Dispositivos e Intervenciones en Salud Mental Infantil en la Ciudad de Buenos Aires*. Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (pp. 53-81).

Barcala, A., Bianchi, E. y Poverene, L. (2017). Medicalización de la infancia: sus efectos en la salud mental. *Derecho de Familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia*, (82), pp. 99-113.

Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, (14), pp. 417-430.

Bianchi, E. (2019). Ciencias sociales, salud mental y control social. Notas para una contribución a la investigación. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (7), pp. 12-28.

Efrón, R., Disalvo, S., y Goñi, M.A. (2015). *Escuchar a niños, niñas y adolescentes (NNYA), un proceso que se*

construye. En busca de la ternura. Protección de derechos de la Niñez en Lanús 2007-2015. Municipio de Lanús. Cooperativa Editorial Azucena.

Fassin, D. (1999). *La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento*. En M. Viveros y G. Garay (Eds.), *Cuerpos, diferencias y desigualdades* (pp. 31-41). Santafé de Bogotá: Utópica

Fonseca, C. (2007). Desigualdades cerca y lejos: Adopción Internacional desde la perspectiva de las Favelas Brasileñas. En P. Rodríguez y M. E. Mannarelli (Eds.), *Historia de la Infancia en América Latina*, (pp. 503-534). Universidad Externado de Colombia.

Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad (1). La voluntad de saber*. Siglo XXI.

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Wiedenfeld and Nicholson.

Grinberg, J. (2008). Transformaciones en el tratamiento de la niñez en riesgo. Reflexiones sobre un dispositivo de protección a la infancia en la Ciudad de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social* (27), pp. 155-174.

Grinberg, J. (2013). La gestión de las negligencias: interpretaciones y dilemas en los organismos de protección de la infancia. *Revista Avá*, (22).

Grinberg, J. (2015). Entre la pediatría, el psicoanálisis y el derecho: apuntes sobre la recepción, reelaboración y difusión del “maltrato infantil” en Argentina. *Revista de estudios sociales*, 53. Colombia: Universidad de los Andes. <https://doi.org/10.7440/res53.2015.06>

Korinfeld, K. (2017). Urgencias subjetivas de niños y adolescentes: ¿estamos preparados? Un enfoque desde la salud mental comunitaria. En A. Kaplan, M, Sanmartín (Eds.), *Niños dispersos, aburridos, solos. Nuevos contextos. El rol adulto hoy*. Noveduc.

Luciani Conde, L. (2017). *El mal menor: de la complicidad a la tolerancia como lógica en la protección social de la niñez. Estudio de caso de un Sistema de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en un municipio del conurbano bonaerense*. Tesis de Doctorado. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Llobet, V. (2009). Las políticas sociales para la infancia, la psicología y el problema del reconocimiento. *Investigaciones en Psicología. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 14 (2), pp. 73-94.

Magistris, M. (2016). *El gobierno de la infancia en la era de los derechos. Prácticas locales de “protección y restitución de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes” en dos municipios del conurbano bonaerense*. Tesis de Doctorado. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Michalewicz, A. (2011). Atención en salud mental de los niños, niñas y adolescentes alojados en ‘hogares’ (ONGs) en la Ciudad de Buenos Aires. Problemáticas complejas e intervenciones posibles a partir de la articulación intersectorial. En Asesoría General Tutelar de la CABA (Ed.) *Diálogo Abierto Acerca del Estado de Implementación de la Ley nº 26.061* (pp. 49-68). Editorial Eudeba.

Michalewicz, A. y Varela, J. N. (2013). Vulneración de derechos en la infancia: la “multi-institucionalización” como modalidad de abordaje. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (3), pp. 61-68.

Naciones Unidas (1989). *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño*.

Parra, M. A. (2018). Reconceptualizando los criterios de buenas prácticas en salud mental infantil. En: *Cuidar las infancias. Buenas prácticas en salud mental infantil en los sistemas públicos de salud de Rio Negro y Neuquén (2014-2016)*. Teseo.

Provincia de Buenos Aires (2005). Ley N° 13.298 de la Promoción y la Protección Integral de los derechos de los niños. Buenos Aires, Argentina.

Provincia de Buenos Aires (2005). Decreto reglamentario de la Ley N° 13.298 de la Promoción y la Protección Integral de los derechos de los niños. Buenos Aires, Argentina.

República Argentina (2005). Ley de Protección Integral de Derechos de niños, niñas y adolescentes. Buenos Aires, Argentina.

República Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Buenos Aires, Argentina.

UNICEF (2020a). *Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana*. Primera edición.

UNICEF (2020b). *Relevamiento de estrategias institucionales de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes durante el COVID-19*. Informe final.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Villata, C. y Llobet, V. (2015). Resignificando la protección. Los sistemas de protección de derechos de niños y niñas en Argentina. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(1), pp. 167-180. DOI:10.11600/1692715x.1319230914

Notas

1. Se emplea la terminología “Tratamiento psicológico” conforme al lenguaje utilizado en la Ley Provincial N°13298/2005, Art. N°35.

Dispositivos habitacionales: una reflexión sobre la doble dimensión Casa/Dispositivo en un Servicio de Externación de un Hospital Psiquiátrico de la Provincia de Buenos Aires

OLIVEIRA, Ana Claudia.

Licenciada en Psicología (UBA). Psicóloga (PUCMINAS). Especialista en Salud Mental (PUCMINAS). Especialista en Atención a Usuarios de Alcohol y Otras Drogas (UEMG). Investigadora de la ANPCyT acerca de los Dispositivos Habitacionales en Salud Mental.

Contacto: ana.o.psi@hotmail.com

Recibido: 15/04/24; **Aceptado:** 27/06/24

Cómo citar: Oliveira, A. C. (2024). Dispositivos habitacionales: una reflexión sobre la doble dimensión Casa/Dispositivo en un Servicio de Externación de un Hospital Psiquiátrico de la Provincia de Buenos Aires. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 66-80

Resumen

Introducción: Los dispositivos habitacionales son dispositivos con orientación comunitaria de inclusión socio-habitacional, complementario de la atención en salud. Proponen acompañar los procesos de externación de personas usuarias que estuvieron largamente institucionalizadas en hospitales psiquiátricos. El objetivo de este trabajo es caracterizar la doble dimensión Casa/Dispositivo en un dispositivo de apoyo a la vivienda de la Provincia de Buenos Aires en el año 2021. *Materiales y métodos:* Fueron realizadas entrevistas a 2 (dos) profesionales de salud mental que actúan en dispositivos habitacionales. El material fue analizado a partir de las categorías de análisis Casa y Dispositivo ubicando sus definiciones, así como las diferencias y superposiciones de las mismas. *Resultados:* Aunque se

observa que la doble dimensión es un aspecto característico de dichos dispositivos, la temática no aparece de modo sistematizado en las experiencias de externación investigadas. *Discusión y conclusiones:* Las entrevistas indican una congruencia entre los derechos humanos y las garantías plasmadas en la Ley 26.657. Además, cabe reflexionar respecto a la ausencia de políticas públicas habitacionales que ofrezcan recursos para la vida fuera del manicomio.

Palabras Claves: dispositivos habitacionales - salud mental comunitaria - derechos humanos - inclusión social - externación

Supported Housing: a Reflection on its Dual Dimension as House/Program in the Deinstitutionalization Department of a Psychiatric Hospital in the Province of Buenos Aires

Abstract

Introduction: Supported housing services are community-oriented programs for social and housing inclusion complementing health care. They aim at accompanying the deinstitutionalization processes of mental health consumers that experienced prolonged institutionalization in psychiatric hospitals.

The objective of this work is to characterize their dual dimension as 'House' and 'Program' in a supported housing program in the Province of Buenos Aires in 2021. *Materials and methods:* Two mental health professionals working in supported housing were interviewed. The material was analyzed following the 'House' and 'Program' categories, exploring their definitions, as well as their differences and overlappings. *Results:* Although it could be noted that this dual dimension is a distinctive feature of supported housing services, this subject does not appear systematically in the deinstitutionalization experiences studied. *Discussion and conclusions:* The interviews suggest a coherence between human rights and the rights recognized in Law 26657. Besides, the lack of public housing policies offering resources to live away from psychiatric hospitals should be considered.

Keywords: supported housing services - community mental health - human rights - social inclusion - deinstitutionalization

Prefacio

La presente tesis fue motivada por mi experiencia en el cotidiano del trabajo en el Equipo de Desinstitucionalización de Belo Horizonte (EDBH), Provincia de

Minas Gerais, Brasil, de los pacientes del Manicomio Serra Verde en los años 2000. El proyecto tenía como objetivo externar 177 pacientes que estaban internados por más de 30 años. La propuesta era sacarlos del hospicio y llevarlos a vivir en un espacio de libertad, fuera con la familia, en los casos en que eso era posible, o en el dispositivo de los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT), uno de los sustitutos al aparato manicomial que compone la Red Sustitutiva de Salud Mental de Belo Horizonte nombrados cotidianamente como Casas.

Tratase de personas en condición de sufrimiento psíquico grave que estuvieron institucionalizadas por largo tiempo, en media 30 a 40 años de internación, sometidas a largos tratamientos y muchos años de desarrollo del padecimiento psíquico. Sabemos que además de diagnósticos de salud mental complejos llevan con ellos las huellas de haber vivido en un manicomio y muchas veces parecen estar cristalizados y sometidos a los efectos desubjetivantes de esa experiencia. Cabe resaltar que el proceso de cronicidad institucional es producido por la lógica asilar, la cultura manicomial y no por el padecimiento en sí mismo, siendo el manicomio el disparador de un daño mayor que el propio sufrimiento. Stolkiner (2021) afirma que las instituciones manicomiales denominadas como hospitales neuropsiquiátricos o monovalentes privan de libertad bajo

el argumento de la curación, separando a las personas de sus ámbitos familiares y comunitarios, favoreciendo la cronificación por los efectos de la propia institucionalización (p.1).

La propuesta de un abordaje en salud mental con base en la comunidad marca la importancia de las experiencias colectivas en la producción de subjetividades y de sujetos activos, abriendo espacios para la construcción de nuevos modos de habitar el territorio donde están incluidos reconstruyendo su vida.

Introducción

Planteo del problema

El tema elegido para desarrollar la investigación ha sido la idea de que una vez externados del manicomio e incluidos en un dispositivo sustitutivo como las residencias asistidas, casas de medio camino o viviendas protegidas, ¿de qué modo se trabaja la doble dimensión Casa/Dispositivo en las prácticas de inclusión social? Al ofrecer nuevos modos de inclusión vinculados al morar nos encontramos con la doble dimensión del servicio sustitutivo. Por un lado, son diseñados como un servicio de externación que propone acompañar a la persona usuaria en su proceso de salida del manicomio, pero vinculado a reglas y condiciones. Por otro lado, se trata

de un espacio de convivencia que busca alojar lo más singular de la persona usuaria, pensado como lugar de morada, de habitar una casa.

El presente trabajo se inscribe en la propuesta de desmanicomialización enmarcada en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, que propone la creación de dispositivos con el fin de implementar acciones de inclusión social y laboral con una perspectiva de atención en salud mental comunitaria.

El objetivo central de la investigación realizada consistió en caracterizar cómo se aborda la doble dimensión Casa/Dispositivo en un Dispositivo de Apoyo a la vivienda de la Provincia de Buenos Aires en el año 2021. Se planteó como principal problema de la investigación de qué modo se aborda la doble dimensión Casa/Dispositivo en las prácticas de inclusión social propuestas por el movimiento de Desmanicomialización desde la perspectiva de la atención en salud mental comunitaria y de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Según Cohen y Natella (2000), “desmanicomialización” es un término de intercambio que ha pasado a ocupar el centro de la escena en el debate por la transformación de los sistemas de salud en el país. (p.17). Para los autores la palabra se refiere a un cambio radical

de la realidad, de las prácticas y de las personas; a una nueva manera de pensar e intervenir. Se trata de una causa que involucra desestructurar la lógica manicomial hegemónica generando condiciones dignas para la vida afuera.

Como antecedentes de esta investigación se incluyeron dos estudios cualitativos que proponen investigar sobre la experiencia de desmanicomialización en dispositivos habitacionales de personas usuarias externadas. El primer estudio de Tisera, Lenta, Lohigorry, Hepner y Paolin (2019) fue desarrollado en la ciudad de Buenos Aires en el marco del Programa de Salud Mental del Hospital Borda, a partir del análisis de la residencia Santa María por medio del acompañamiento del proceso de externación e inclusión habitacional. La investigación cuestiona las estrategias colectivas para la vida autónoma de las personas usuarias externadas acompañando el proceso de inclusión en la residencia.

El segundo estudio elegido de Franco y Van Stralen (2015) fue desarrollado en Belo Horizonte, Brasil, por la Secretaria Municipal de Salud en el marco del Programa de Regreso a Casa. Propone la reconstrucción de una casa en cuanto un espacio de habitación que puede ser construido con las personas usuarias cuando regresan a la vida en el espacio comunitario. Estos estudios

tienen en común el recorte de las personas que fueron largamente institucionalizadas, investigando cómo pueden ser incluidas en la vida comunitaria.

Marco teórico

Tomando como referencia el mencionado estado del arte, se introdujo un marco teórico acorde a los aportes provenientes de la salud mental comunitaria, ubicando el concepto de comunidad y la idea de lo comunitario en las prácticas de atención en salud mental. Ambos conceptos fueron utilizados para caracterizar cómo se trabaja la doble dimensión Casa/Dispositivo en las prácticas de inclusión social propuestas por el movimiento de desmanicomialización.

En los últimos 30 años observamos importantes cambios en el contexto de la atención en salud mental con el desplazamiento de las prácticas focalizadas en los hospitales psiquiátricos para la asistencia en la comunidad. Fue en la década de los 80s que el concepto de comunidad surgió en el área de las prácticas en salud mental, pasando a ser el locus principal de actuación de las políticas públicas. Desde la psicología comunitaria, “una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución, que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus

integrantes conciencia de sí como grupo y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social” (Montero, 2004, p.102). De esa manera el concepto de comunidad pasa a ser la referencia de las prácticas en salud mental, una vez que la comunidad debe ser un espacio de producción de relaciones y vínculos que respetan la diversidad en sus distintas manifestaciones.

De acuerdo con Ardila y Galende (2011), las propuestas que actualmente se hacen bajo la idea de lo comunitario proponen que se trata de incorporar nuevos significados a este concepto definiendo nuevas prácticas vinculadas a estos significados. Según los autores el punto esencial en la perspectiva comunitaria en salud mental se refiere en atender primeramente el lazo social, sosteniendo la capacidad del sujeto para construir vínculos que le permitan transitar la vida cotidiana.

Se incluyen los aportes de la Geografía utilizando el concepto de Territorio Usado en la concepción del geógrafo Milton Santos. Para el autor el territorio debe ser pensado como social guardando las marcas de las relaciones entre los sujetos y el espacio que habitan. Siendo el uso del territorio y no el espacio geográfico lo que lo convierte en objeto de análisis social. La transformación de un lugar en territorio acontece mediante la identidad, las relaciones de poder, las interrelaciones

mediadas por los aspectos cultural, económico, social, político, etc. (Santos, 1994). Además se realizó un recorrido por los trabajos que hicieron posible la creación de los servicios sustitutivos en Italia, Brasil y Argentina, contextualizando dónde se inscriben las experiencias de externación y de los dispositivos habitacionales.

Italia es un marco en ese proceso de reconstrucción de la atención y de la concepción de tratamiento. Según Amarante (1995), “la trayectoria italiana propició la instauración de una ruptura radical con el saber/práctica psiquiátrica, en la medida que atingió sus paradigmas” (p. 49). Basaglia fue un agente de cambio que propuso un modelo de tratamiento a partir de la subjetividad, al plantear una reforma en las representaciones sociales de la locura y en el trato con el paciente, el respeto por sus derechos y su reconocimiento como semejante.

Según Basaglia (2013) se puede asistir a la persona loca de otra manera; ya sabemos que se puede hacer. Cabiendo a la política transformar de manera democrática las instituciones y las estructuras de la vida social.

Resaltamos la importancia de los movimientos desmanicomializadores que iniciaron en los años 70 y fueron las referencias para la construcción de los actuales programas de externación. Las experiencias desarrolla-

das en las provincias de Río Negro (Argentina) y Santos (Brasil) fueron innovadoras y fundamentales para los procesos de externación actuales. Se incluyeron las nociones de Dispositivo y Casa desde la perspectiva de inclusión en la comunidad y de estrategia de apoyo a la vivienda. Desde dicha perspectiva, a partir del problema planteado, en esta investigación se partió del supuesto de que en el contexto de la atención en salud mental los servicios sustitutivos se desvelan como una alternativa para reformar la atención psiquiátrica centrada en el hospital. Una de sus propuestas es que la atención sea de base comunitaria y territorial, interviniendo en el contexto de vida de las personas usuarias, buscando explorar los recursos existentes y viabilizando las transformaciones concretas en lo cotidiano. La acción en el territorio es lo que marca la diferencia y la importancia de las intervenciones de un servicio comunitario. De este modo, podemos considerar los dispositivos habitacionales centrados en la comunidad como estrategias de intervención que favorecen la externación de las personas usuarias, teniendo como foco la inclusión social y la ciudadanía. Concordamos con López (2011) cuando afirma que los dispositivos comunitarios proporcionan a las personas externadas un lugar donde se aloja la palabra, aportando a la reconstrucción de la historia, a la recuperación de derechos, al restablecimiento del lazo social. La definición propuesta por la autora incluye las

necesidades de las personas usuarias externadas, ubicando la acogida como punto fundamental del proceso de externación y de inclusión en un dispositivo. Podemos ubicar entre los indicadores de los dispositivos habitacionales el énfasis en la función sustitutiva de la internación psiquiátrica y su localización en el espacio comunitario. Por un lado, prioriza la institución de una casa alejándose de la lógica manicomial, y por otro, da lugar a cuestiones del orden institucional que requieren una supervisión técnica. Contradicciones entre el espacio de morar y el espacio de tratamiento.

Siguiendo la propuesta de Saraceno (1995), la Casa aparece como una de las estrategias de rehabilitación de las personas que estuvieron largamente institucionalizadas. Cuando habla de Casa el autor coloca el acento en la diferencia entre el estar y el habitar. El estar se refiere a la ausencia de posibilidad de intercambio y poder contractual de la persona en el espacio. El habitar se refiere a un alto grado del poder contractual de la persona en el espacio donde vive.

De esa manera el habitar incluye no solamente las condiciones de habitación, sino todo lo que involucra habitar un lugar, siendo necesario pensar más allá de lo concreto de la casa para que dicho espacio pueda ser reconocido como tal.

Metodología

En concordancia con el problema planteado hemos partido de un enfoque cualitativo por la aproximación al campo social, dándole importancia a la subjetividad de los actores involucrados en una transformación continua. El diseño llevado a cabo fue de tipo descriptivo una vez que propone describir una realidad específica. De esa manera se buscó describir en profundidad cómo se caracteriza la cuestión de la doble dimensión Casa/Dispositivo en las prácticas de inclusión social.

La muestra se configuró de manera no probabilística, intencional, y estuvo constituida por dos profesionales de salud mental de un hospital público: dos mujeres. La muestra fue heterogénea en edad y profesión, tratándose de una trabajadora social y una terapeuta ocupacional. El estudio se realizó en una experiencia de externación de un hospital psiquiátrico monovalente de la Provincia de Buenos Aires, en la cual se desarrollan en la actualidad algunos programas y servicios que cuentan con dispositivos habitacionales comunitarios para personas usuarias externadas de hospitales psiquiátricos.

En el trabajo de campo la herramienta utilizada fue la entrevista semiestructurada, que permite establecer

una conversación sobre una temática específica. El criterio de selección de las entrevistadas consideró como condición para el estudio formar parte del equipo profesional de externación con actuación en los dispositivos habitacionales. De esta manera, entrevistamos a 2 (dos) profesionales de salud mental que trabajaban en equipos vinculados a los servicios de externación de un hospital público y que actuaban en el acompañamiento del proceso de externación en los dispositivos habitacionales. Cada entrevistada firmó un consentimiento informado y accedió voluntariamente a la entrevista. Las mismas se realizaron de manera cuidada y respetuosa, aconteciendo de forma virtual en función de la pandemia. A raíz de estas entrevistas se consideró que la herramienta logró recabar los datos necesarios para la indagación relacionada con el objetivo de la investigación. La entrevista fue diseñada específicamente para ese estudio con preguntas que fueron organizadas en cuatro ejes. El primer eje se refería a los datos sociodemográficos. El segundo eje, a la dimensión Casa, tomando la casa como el espacio privado e íntimo de la persona usuaria. Se incluyeron los aspectos referidos a la libertad en sus decisiones cotidianas. El tercer eje, a la dimensión Dispositivo, tomando el dispositivo habitacional como un servicio de externación vinculado a la reforma de las prácticas en salud mental. Se incluyeron los aspectos referidos a reglas y condiciones, involu-

crando la construcción de autonomía, independencia e inclusión social. Y el cuarto eje, a la contextualización del trabajo en relación con las modalidades de intervención y lugar que ocupa en la reforma de las prácticas en salud mental. Para el análisis de las entrevistas se elaboró una matriz de datos, siendo las categorías iniciales aquellas que coinciden con las dimensiones predefinidas como áreas temáticas para la entrevista. Cabe resaltar que las observaciones, reflexiones y conclusiones de esta investigación tuvieron como soporte las entrevistas y mi experiencia de años en la Red de Servicios Sustitutivos de Salud Mental de Belo Horizonte, específicamente en el cierre del manicomio Serra Verde y como supervisora de dos Servicios Residenciales Terapéuticos para personas usuarias externadas. Este trabajo es resultado de ambos: la investigación y las políticas públicas en salud mental que sostienen la desmanicomialización de las prácticas, proponiendo la creación de dispositivos con el fin de implementar acciones de inclusión social.

Resultados

En las entrevistas se rastrearon las definiciones de casa y dispositivo, así como sus diferencias y superposiciones. El material fue organizado tomando como ejes las intervenciones utilizadas en cada categoría. Pudimos

ubicar y organizar cinco modalidades de intervención que sostienen el trabajo en el dispositivo habitacional.

1. Casa

1.1. Definición

Las entrevistas indican que la categoría Casa refiere a todo lo que está vinculado a cuestiones singulares de lo cotidiano, como la convivencia entre las personas usuarias y el armado de la casa en cuanto un espacio propio donde es posible construir la sensación de hogar. La casa en cuanto espacio de morada, de lo íntimo y de lo privado, aparece enmarcada en las acciones e intervenciones que acontecen en lo cotidiano y promueven la integración de las personas usuarias al espacio que habitan.

1.2. Intervenciones

Las acciones realizadas en dicha categoría son las visitas domiciliarias como principal estrategia para el acompañamiento del proceso de construcción de un modo de habitar. Por medio de intervenciones específicas trabajan en la construcción de la sensación de hogar incentivando la apropiación subjetiva a través de elecciones acerca del espacio como tener las llaves de la casa, elegir un mueble, una planta o un cuadro para la decoración. Salir a comprar en el kiosco, elegir y prepa-

rar la comida, tomar el colectivo, ir al cine. Acciones de lo cotidiano que promueven el vínculo con los vecinos, el conocimiento del barrio y la autonomía.

2. Dispositivo

2.1. Definición

Las entrevistadas entienden que la dimensión dispositivo se refiere a la dimensión asistencial, a la supervisión de la casa desde el centro de salud, con todo lo que está vinculado a garantizar el tratamiento y el proceso de externación.

2.2. Intervenciones

Las acciones realizadas en dicha categoría son: las visitas domiciliarias, el acompañamiento terapéutico, las reuniones de equipo quincenales, la asamblea semanal, las visitas al centro de salud.

2.2.1. Visitas domiciliarias: involucran la supervisión para garantizar la toma de la medicación y la administración del dinero. Acontecen diariamente y en pares de profesionales.

2.2.2. Acompañamiento terapéutico: involucra el acompañamiento de la persona usuaria por medio de proyectos de vida individuales que visan trabajar cues-

tiones más singulares en relación al proceso de externación. Son construidos proyectos personales que tienen que ver con los deseos de cada habitante del dispositivo. Puede involucrar cuestiones grupales como el armado de un paseo colectivo, la higiene personal y de la casa.

2.2.3. Reuniones quincenales: se refiere al momento de discusión de las necesidades y demandas de cada persona usuaria, del armado y revisión de las estrategias y acciones desarrolladas por el equipo.

2.2.4. Visitas al centro de salud: dicen respecto a la vinculación de la persona usuaria con el tratamiento y el sostenimiento de la externación. Esta visita aparece como una estrategia que garantiza la salud integral de la persona externada, incluyendo tres momentos: en un primer momento el abordaje individual psicoterapéutico donde la persona usuaria tiene un espacio de escucha para tratar sus cuestiones singulares por medio del acompañamiento psicológico. En un segundo momento, el seguimiento psiquiátrico, cuando es posible evaluar los efectos del uso de la medicación. Por último, la participación en talleres ofrecidos por la institución, donde se decide conjunta y democráticamente las tareas que serán desarrolladas.

2.2.5. Asamblea Semanal: se refiere al espacio de encuentro y debate entre las personas usuarias y el equi-

po de trabajo donde los mismos son escuchados en sus demandas grupales. La asamblea funciona al modo de un espacio democrático donde cada persona tiene la posibilidad de tomar la palabra, teniendo como pautas identificar demandas, construir salidas colectivas, dar lugar a sus voces. Todas las acciones son acordadas y protagonizadas por los mismos.

3. Diferencias entre las concepciones y acciones de casa y dispositivo

3.1. Concepciones y acciones de casa

Los resultados del trabajo de campo indican que la concepción de casa está relacionada a cuestiones más individuales y cotidianas, involucrando acciones que se refieren al sentimiento de pertenencia del espacio en que habitan como, por ejemplo, tener las llaves del hogar.

3.2. Concepciones y acciones de dispositivo

Desde la perspectiva de las entrevistadas la concepción dispositivo está enmarcada en una cuestión terapéutica vinculada al dispositivo de salud que tiene el objetivo de acompañar el proceso de externación. Las acciones tienen que ver con todo lo que está relacionado a garantizar el tratamiento, como la toma de la medicación y la administración del dinero.

4. Superposiciones entre las concepciones de casa y dispositivo

Según lo observado las concepciones de casa y dispositivo aparecen superpuestas una vez que en el trabajo cotidiano las acciones no están demarcadas en función de cada concepción. Lo que significa decir que las acciones no son desarrolladas en bloques fijos, pero están todo el tiempo entrelazadas. Ubican a las visitas domiciliarias y al acompañamiento terapéutico como las acciones en que dicha superposición aparece de manera explícita una vez que el equipo está en el espacio del hogar, desarrollando acciones que tienen que ver con la apropiación del espacio y a la vez con el sostenimiento del tratamiento y del proceso de externación. Resaltan que acompañar la casa es una de las acciones del dispositivo de salud.

5. Contextualización del Trabajo

Los resultados observados indican la ausencia de una política pública habitacional consolidada que viabilice el acceso a la vivienda como condición para la externación de las personas usuarias. Los dispositivos habitacionales que funcionan vinculados al centro de salud Franco Basaglia son resultado de un armado artesanal de los profesionales. Existe una participación

mínima del Estado, pero es insuficiente para garantizar la externación en condiciones dignas. La modalidad de trabajo es comunitaria y territorial, tomando como modelo experiencias desarrolladas en otros países como por ejemplo en Trieste, Italia.

Se puede observar como obstáculos al proceso de externación la dificultad del cambio de las prácticas manicomiales, la ausencia de la reconversión de recursos económicos destinados al manicomio para prácticas de inclusión social, la insuficiencia de programas de inclusión laboral.

Retomando el tema objeto de esta investigación, la doble dimensión casa y dispositivo, se evidencia en las entrevistas analizadas que ambas dimensiones aparecen en el cotidiano del servicio de externación. Lo que significa decir que es parte del trabajo desarrollado por el equipo del Centro de Salud, quedando explicitado que los profesionales están continuamente atravesados por esta temática.

Comentarios y reflexiones finales

Para contestar la pregunta planteada se indagaron especialmente las entrevistas sobre las dimensiones de Casa/Dispositivo, buscando caracterizar cómo las entrevistadas entienden cada dimensión y cómo se trabaja

en los dispositivos habitacionales. Luego se exploraron las diferencias y superposiciones entre las mismas. Además se investigó la contextualización y las condiciones de trabajo. Habiendo analizado lo mencionado se podría inferir que la doble dimensión Casa/Dispositivo es un aspecto característico en los dispositivos habitacionales investigados.

Podemos decir que se pudo responder a la pregunta de investigación y a los objetivos planteados de manera general. Las entrevistadas están de acuerdo en que la doble dimensión Casa/Dispositivo es una temática que atraviesa el cotidiano del dispositivo habitacional de externación, pero resaltan que no aparece de manera formalizada en las tareas del equipo. Durante las entrevistas pudieron percibirlo con más claridad, resaltando la importancia del registro y la sistematización de la experiencia. Esto significa que se aborda y se trabaja la doble dimensión en la experiencia cotidiana, pero no se identifica un planeamiento de tareas dirigido específicamente a esa temática.

Las visitas domiciliarias son la estrategia apuntada como fundamental para trabajar la doble dimensión y sostener el proceso de externación juntamente con otras estrategias de intervención comunitaria. En este punto podemos destacar la presencia recurrente de los

cuidados del equipo de trabajo en no reproducir las prácticas manicomiales del encierro en el día a día del dispositivo habitacional. Esto coincide con el planteo de Amarante (2009) de no institucionalizar las acciones en el dispositivo, sosteniendo el funcionamiento del espacio como una casa. Se pudo identificar como central en el proceso de externación el acceso a los medicamentos y la administración de los recursos económicos de las personas usuarias. Además de acciones que visan la apropiación de la casa y del espacio comunitario. Podemos decir que la inclusión socio-habitacional de las personas que estuvieron largamente institucionalizadas está directamente vinculada a la orientación comunitaria como sostenimiento de la externación. Esto coincide con la investigación de Tisera, Lenta, Lohigorry, Hepner y Paolin (2019) en la experiencia de la Casa de Apoyo Santa María del Programa Residencial de Salud Mental del Hospital Borda.

En lo que respecta a las intervenciones del acompañamiento terapéutico y la asamblea semanal, podemos decir que coincide con la experiencia desarrollada en Belo Horizonte, Brasil, en el Programa de Regreso a Casa, donde Franco y Van Stralen (2015) proponen la reconstrucción de una casa en cuanto un nuevo espacio de habitación que debe ser construido con las personas externadas en el espacio comunitario.

Dicha coincidencia se visibiliza una vez que dichas intervenciones dan lugar a la singularidad y al protagonismo de la persona usuaria, resaltando la importancia de escucharlas acerca de su proceso de externación. De esa manera se pueden construir dispositivos que atiendan a sus necesidades respetando sus posiciones subjetivas.

En las entrevistas apareció de manera resaltada la ausencia de una política pública habitacional consolidada marcando la pequeña participación del Estado y las pésimas condiciones de infraestructura para la externación. La ausencia de infraestructura refiere por un lado a las condiciones de los dispositivos habitacionales. Por otro lado refiere a las condiciones de trabajo del equipo del servicio de externación.

Pudimos identificar una congruencia entre los derechos humanos y las garantías plasmadas en la Ley de Salud Mental 26.657 con la percepción de las entrevistadas acerca del significado de vivir en una residencia asistida. La restitución de derechos y la participación ciudadana de las personas usuarias en el espacio comunitario son puntos que fueron resaltados.

Los obstáculos que encontramos en el desarrollo del estudio fueron el poco tiempo para la realización

de las entrevistas en función de cuestiones metodológicas de la investigadora y del tiempo limitado de las entrevistadas para su realización. Los problemas en el desarrollo de las tareas apuntadas por las entrevistadas guardan relación con la ausencia de una política pública consolidada, con la dificultad para cambiar las prácticas manicomiales y con la ausencia de programas de inserción laboral.

A modo de conclusión recomendamos para una futura investigación la ampliación de la muestra incluyendo otros servicios de externación, y la inclusión de preguntas que permitan ubicar los desafíos de la externación desde el punto de vista de las personas usuarias externadas.

La temática de la desmanicomialización y la reforma de la atención en salud mental es un tema de extrema actualidad pautado en la Ley de Salud Mental 26.657, que se enmarca fundamentalmente en el enfoque de derechos definiendo a la salud mental como un proceso que involucra componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Sabemos que la problemática no se reduce al cierre de los manicomios, sino que implica abandonar una lógica de asistencia manicomial construyendo nuevas prácticas basadas en la lógica de plenos derechos. La desmanicomiali-

zación coloca en evidencia un cambio de posición del modelo que excluye y encierra al modelo que propone nuevas estrategias y nuevos dispositivos para el tratamiento de aquellos que vivenciaron internaciones psiquiátricas prolongadas sosteniendo la idea del cuidado en libertad. Al romper con lo que era cerrado y estático da lugar a un proceso abierto, a movimientos y transformaciones.

A partir de la propuesta de la desmanicomialización es posible que las personas que padecen un sufrimiento psíquico y que estuvieron largamente institucionalizadas puedan ser externadas tomando como referencia la idea de que el tratamiento debe ser efectuado en los espacios que la persona vive, en su territorio, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad.

A la luz de la investigación realizada se sostiene que la externación es una práctica de desmanicomialización necesaria y urgente pero que externar es una intervención, y rehabilitar o incluir socialmente refiere a otra intervención. Se trata de una práctica que no sólo debe ser acompañada de un trabajo muy complejo que ofrezca recursos para la vida fuera del manicomio; recursos que refieren a las condiciones de infraestructura y de apoyo a la vivienda, sino también a un trabajo fundamental de desubjetivación manicomial

Bibliografía

Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida. A trajetória psiquiátrica no Brasil*. Fiocruz.

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Topia Editorial.

Ardila, S, y Galende, E. (2011). El concepto de comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*. N. (1). 39-50. <http://saludmental-comunitaria.unla.edu.ar/documentos/saludmentaly-comunidad1.pdf>

Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio*. Topia Editorial.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Rio Negro*. Lugar Editorial.

Franco, R. y Van Stralen, C. (2015). Desinstitucionalización psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de Belo Horizonte. *Revista Psicologia & Sociedade* (27) 2, 312-321. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p312>

Ley 26657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. 02 de diciembre de 2010. D.O. N° 32041.

López, Santi M. C. (2011). Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*. N. (1). 77-84. <http://saludmental-comunitaria.unla.edu.ar/documentos/saludmentaly-comunidad1.pdf>

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.

Santos, M. (1994). O retorno do território. En Santos, M., Souza, M. A. A. y Silveira M. L. (Ed.) *Território globalização e fragmentação*. (pp. 15-20). Hucitec.

Saraceno, B. (1995). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: De La rehabilitación psicosocial a La ciudadanía posible*. Editorial Pax.

Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Noveduc Libros. www.noveduc.com

Tisera, A., Lenta, M., Lohigorry, J., Hepner, L., y Paolin, C. (27-29 de noviembre de 2019). *Inclusión Socio-habitacional y habitabilidad: una experiencia innovadora en el campo de la salud mental*. [Trabajos Libres]. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología X Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires.

Cuidar "es no veneno": salud mental comunitaria desde una organización campesina agroecológica

BARÚA CAFFARENA, Agustín.

Médico. Psiquiatra de Atención Primaria de Salud. Antropólogo social. Terapeuta placero. Investigador. Integrante de espacios sobre salud mental desde los derechos y las libertades. Universidad Nacional de Pilar (Paraguay).

Contacto: utopiandoya@gmail.com

VERA, Jazmín.

Enfermera. Diplomada en Educación Integral de la Sexualidad. Facilitadora de Biodanza. Integrante del Equipo de Salud de la Familia en la USF Policlínico Sur (MSP y BS). Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay).

Contacto: jazminverapy61@gmail.com

Recibido: 14/04/24; **Aceptado:** 04/07/24

Cómo citar: Burúa Caffarena, A., Vera, J., Valdéz Cáceres, M., Espinola, J. y Moya Tobar, A. (2024). Cuidar "es no veneno": Salud mental comunitaria desde una organización campesina agroecológica. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 81-98

VALDÉZ CÁCERES, Marcelo.

Estudiante de Agroecología en Escuela Latino Americana de Agroecología (Brasil). Integrante de la organización CONAMURI.

Contacto: cmarcelo127@gmail.com

ESPINOLA, Julio.

Sociólogo. Universidad Nacional de Villarrica del Espíritu Santo.

Contacto: espinola.julio@gmail.com

MOYA TOBAR, Alejandra.

Psicóloga clínica Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Integrante del Bloque de Trabajadorxs Migrantes (BTM, Argentina) y del Centro comunitario acción reflexión comunitaria de las Achupallas (ARCA, Chile).

Contacto: alejandramoya1995@gmail.com

Resumen

El tema "salud mental" ha tomado relevancia en la opinión pública paraguaya durante la pandemia por COVID y particularmente este año con las denuncias contra el Hospital Psiquiátrico de Asunción.

El objetivo de la investigación fue indagar la experiencia de la Asociación de Agricultura Agroecológica Oñoirü (Edelira, Itapúa), sujeto de la investigación, como posible productora de salud mental comunitaria. El eje configurador de esta experiencia productiva es la filosofía y el estilo de vida campesino comunitario y agroecológico.

A través del reconocimiento de sus prácticas, identificamos ciertos principios de salud mental que cultivan y comparten entre todos. Algunos de estos elementos generadores de salud mental son los siguientes: Oñoirü es parte de la naturaleza, no solo su "cuidadora"; los campesinos que comparten esta opción de vida entienden su resistencia territorial como "felicidad"; el reconocimiento de las sabidurías campesinas pone en valor a sus propios portadores.

La investigación se basa en los enfoques teóricos de la antropología social y la salud mental comunitaria. Metodológicamente, fue una investigación con abor-

daje cualitativo, con diseño etnográfico. Se emplearon técnicas tales como la observación participante, entrevistas grupales, entrevistas a profundidad, teatro foro, además de la revisión de la literatura de los referentes del tema. La perspectiva de la Investigación - Acción - Participativa nos permitió involucrar activamente a los sujetos en la propia investigación, así como a los investigadores en el cotidiano de Oñoirü.

Palabras clave: salud mental comunitaria - agroecología - Oñoirü - Paraguay.

Caring "is not poison": Community mental health from an agroecological peasant organization

Abstract

The topic "mental health" has gained relevance in Paraguayan public opinion during the COVID pandemic and particularly this year with the complaints against the Asunción Psychiatric Hospital.

The objective of the research was to investigate the experience of the Oñoirü Agroecological Agriculture Association (Edelira, Itapúa), subject of the research, as a possible producer of community mental health.

The configuring axis of this productive experience is the community and agroecological peasant philosophy and lifestyle.

Through recognition of their practices, we identify certain mental health principles that they cultivate and share among all. Some of these elements that generate mental health are the following: Oñoirũ is part of nature, not just its "caretaker"; The peasants who share this life option understand their territorial resistance as "happiness"; The recognition of peasant wisdom values its own bearers.

The research is based on the theoretical approaches of social anthropology and community mental health. Methodologically, it was a research with a qualitative approach, with an ethnographic design. Techniques such as participant observation, group interviews, in-depth interviews, forum theater, in addition to the literature review of references on the topic were used. The perspective of Participatory Action Research allowed us to actively involve the subjects in the research itself, as well as the researchers in the daily life of Oñoirũ.

Keywords: community mental health - agroecology - Oñoirũ - Paraguay.

¿De qué trata este artículo?

La salud mental comunitaria que venimos trabajando, investigando, construyendo, acompañando en los últimos 10 años, ha tenido un fuerte perfil urbano y metropolitano: el llamado Gran Asunción. Y en ella, un hincapié en sus periferias marginalizadas, villas, asentamientos y bañados.

A inicios de este año fuimos con una compañera del equipo de un programa radial, a Edelira 47, una localidad dentro del distrito del mismo nombre en el Departamento de Itapúa, a 484 kilómetros al sureste de Asunción. En un momento de los 3 días que estuvimos, visitamos Oñoirũ.

Según su web (<https://yerbamateonoiru.com.py/>) se definen como "un emprendimiento nacional campesino con más de 20 años de trayectoria en el rubro de la producción de una yerba mate artesanal totalmente agroecológica, certificada nacional e internacionalmente". Oñoirũ significa compañeros en guaraní.

Lo integran unas 134 familias, organizadas en comités, residiendo en los distritos de Edelira, Itapúa Poty, Tomas Romero Pereira, Yatytay, Natalio y Alto Vera, todos del nordeste del Departamento.

La jornada en que participamos consistió en una recorrida de sus instalaciones, la participación en la asamblea de uno de sus comités (al que describieron como uno de los más antiguos, un "comité político") y compartir un almuerzo colectivo.

De ese encuentro surgió la posibilidad de hacer una actividad sobre salud mental comunitaria de intercambio entre contextos urbanos y campesinos; específicamente una jornada de ñemongueta (en guaraní, conversación). La misma enfrentó un par de contratiempos en su organización; finalmente hicimos la oferta de realizar el año 2023, con el soporte institucional y financiero de la Universidad Nacional de Pilar, una investigación que permita ahondar en la temática de la salud mental comunitaria desde la experiencia de esta organización campesina.

La salud mental comunitaria como lugar desde donde a-cercarnos

La salud mental comunitaria surge como contestación a las lógicas manicomiales, esas lógicas segregatorias no solo físicas, sino también simbólicas, químicas, eléctricas. Compartimos lo que Benasayag (2011) señala:

Desde nuestro punto de vista no se trata de manicomios o no, se trata de la construcción efectiva y concreta de lugares de "fragilidad compartida", de lugares mixtos, de lugares de donde salgamos de la dicotomía útil o inútil, fuerte o débil. Se trata de construir lugares donde sepamos que la fuerza no es más que un momento entre dos debilidades, un lugar donde todos somos como somos. Un lugar donde la fuerza de la solidaridad nos permite avanzar. (p.12)

Victor Turner, antropólogo simbólico escocés, acuñó la noción de *communitas* (Turner, 1988) entendida como momentos de interacción social de la vida cotidiana en que se produce un sentimiento de nosotros, se experimenta una igualdad entre sujetos y el sentimiento de humanidad. Trabajamos entendiendo la Salud mental comunitaria (Barúa, 2011) como un proceso que se va dando en la medida en que, en el ámbito de una vecindad, sus integrantes logran simultáneamente:

- Reconocer su situación.
- Responder a sus necesidades.
- Disfrutar.
- Exigir sus derechos.
- Solidarizarse con otras vecindades.

Lo comunitario en salud mental implica, en palabras de quienes integran la Sala de Salud del Centro Integrador Comunitario (CIC) Almafuerte (2021), un corrimiento en salud mental: "se trata de transformar la idea de 'buscar atención' (modelo centrado en profesionales) a la de 'prestarse ayuda', promoviendo lazos sociales vinculados a procesos comunitarios de salud" (p. 1).

Desde una perspectiva sesgada caracterizable como urbana, capitalina, academicista, castellanocéntrica, colonialista, ¿Por qué nos cuesta tanto pensar desde Asunción la salud mental desde lo campesino?

Michel de Certeau (1996), sociólogo, historiador, teólogo, semiólogo y filósofo francés, advertía: "Siempre es bueno recordar que a la gente no debe juzgársela idiota" (p. 189), valorando lo que las "personas comunes" hacen, crean, resisten día a día.

Tras el desglose de esto que (nos) cuesta, entendemos de un valor ético y político, incluso civilizatorio para esta época, abrirnos a la interlocución con estos sujetos -aquí encarnados en *Oñoirũ*- que nos ofrezcan miradas, sensibilidades, respuestas para una humanidad que juguetea tanáticamente con su extinción.

Vislumbrando la relación entre salud mental comunitaria y contextos campesinos

La madrugada del 16 de noviembre de 1989, en la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas" de San Salvador (El Salvador), el ejército salvadoreño asesinó -junto a otros jesuitas, una mujer cocinera y su hija- a Ignacio Martín Baró, referente de una psicología latinoamericanista comprometida con las transformaciones para los sectores subalternizados (Morales, 2021).

Mencionarlo aquí es fundamental para vincular un giro psi latinoamericano comprometido con la desigualdad y reconociendo un lugar a lo campesino.

Tomemos algunas bibliografías que resumen aspectos de la salud mental comunitaria vinculada a lo campesino.

Sobre el lugar de las emociones en lo grupal, Arias y Beatriz (2016, p.234) resaltan, dentro del contexto del conflicto armado colombiano, el valor de los saberes locales que constituyen una contención ante el miedo y la desesperanza en tanto recuerdan y confirman que aún es posible obtener de la tierra lo necesario para sobrevivir, "no solitariamente, sino solidariamente".

Sobre el lugar de la contención y de la rebeldía, James Scott (2003), historiador inglés, ha trabajado como los pueblos se rebelan en contextos de terror. En esta línea, Arias López (2014) reflexiona sobre esas artes en el caso colombiano, lo que podría dar herramientas para pensar los imaginarios de "pasivos" y "sumisos" muy usados para caracterizar a la población paraguaya.

Los relatos de falsa sumisión frecuentes entre estos campesinos, son una obra maestra de hábiles juegos "teatrales" y sin duda alguna de su potencial creativo, que, si bien no conducen a la ruptura definitiva con los órdenes de dominación, sí afirman la capacidad de estos hombres y mujeres para subvertir lo programado, lo que sin duda es fundamental para su dignidad. Esta posibilidad subversora niega el carácter pasivo de quien sufre y le asigna la posibilidad de desafiar los poderes responsables de su sufrimiento. La resistencia es una noción potente para propuestas renovadoras, que involucren en sus cuerpos discursivos y prácticos el lugar potencial de las personas como productoras de su historia y su devenir, superando las prácticas centradas en el control y el éxito técnico, ampliando la posibilidad creativa de las relaciones terapéuticas. (Arias López, 2014, p. 211)

Revisando una experiencia del campesinado paraguayo desde la salud mental comunitaria: el caso de las Ligas Agrarias Cristianas

La relación entre salud mental comunitaria y experiencias campesinas no se registran con ese nombre en Paraguay en las revisiones bibliográficas. Consultadas, tanto las psicólogas Waldina Soto y Juana Cazuriaga, como la historiadora e investigadora Margarita Durán, vinculadas a estos temas, confirman esa impresión.

Una mención histórica significativa fue la experiencia de las Ligas Agrarias Cristianas (LAC), quienes durante las décadas de los 60 y 70 generaron experiencias campesinas muy afines a la salud mental comunitaria, pero que tampoco se nombraron como tales.

Durán afirmó en entrevista personal "sin nombrarse como salud mental comunitaria las Ligas hicieron eso que decís" (M. Durán, comunicación personal, 08 de marzo de 2023).

Kokeguara Rembiosa (1983) se llama la colección de 4 tomos que tomó las voces de las y los lingüistas. Para una aproximación a estas voces conversamos con Julio Espínola, filósofo y sociólogo investigador de las Ligas Agrarias Cristina (J. Espínola, comunicación personal, 09 de marzo de 2023). Lo que más le impresionó de ese

proceso es que a través de la participación (o lo que llama "método de praxis social") se producía una transformación de la persona, "de sumisa y callada a tener una mirada crítica, amplia, cambia su discurso y su manera de ver la vida". Amplía: "es una nueva episteme dentro del contexto campesino: lenguaje, visión, relaciones de poder, una nueva sociedad. Produjo subjetivaciones hasta ahora en quienes estuvieron en la experiencia".

Espínola (2014), en su texto "Los juegos de verdad y los modos de subjetivación campesina", profundiza que esta transformación se dio en 3 ejes:

- Eje político. Como reacción ante el estilo opresor del caudillo político y del aparato partidario, proponiendo como alternativa la participación en organizaciones campesinas que velen por los derechos de todas las personas, sin distinción ninguna.
- Eje económico. Ante la explotación campesina secular por parte de los terratenientes y la introducción del capitalismo, propusieron como alternativa la producción comunitaria con la socialización de la tierra y la lucha por la igualdad en la distribución de la riqueza.

- Eje educativo-cultural. Contra la manipulación de la cultura campesina con fines fascistas y su exclusión educativa, construyeron un modelo educativo que representó la cultura campesina que favoreció la democratización de la educación. La educación debía ser popular, realista, que forme a los estudiantes en la autonomía crítica, cristiana, y en guaraní.

Margot Bremer (2008), teóloga, recordaba que en la búsqueda de descabezar el movimiento de las LAC, siempre que bajo tortura interrogaban para que delaten a las y los líderes, les respondían "todos somos cabeza"; esta íntima comprensión de otra práctica afectiva, ética y política ejemplifica algo de lo que buscamos en la SMC.

Finalmente, Carlos Portillo, psiquiatra paraguayo, quien junto a Carlos Arestivo acompañaron procesos de contención a sobrevivientes del terrorismo de Estado de las LAC durante el proceso dictatorial, remarcaba que actualmente las Fuerzas de Tareas Conjuntas (FTC)¹ en sus ataques a comunidades justifican hoy sus abusos con los mismos calificativos que en los 70 ("guerrilleros... comunistas...") (C. Portillo, comunicación personal, 10 de marzo de 2023).

Alma María Mora, psicóloga clínica y comunitaria, tuvo experiencias recientes afines a la salud mental comunitaria en el Departamento de Concepción, vinculada a la Cruz Roja. Señaló lo difícil del trabajo territorial desde esta perspectiva con la complejidad de la situación local en un territorio ocupado por las FTC (A. Mora, comunicación personal, 8 de marzo de 2023).

Agroecología: La “ecología de los pobres”

Oñoirũ es una organización agroecológica. ¿Qué entendemos por esto?

Una característica de la Agroecología es reivindicar los conocimientos campesinos e indígenas. Dice Víctor Toledo que “en contraste con los más modernos sistemas de producción rural, las culturas tradicionales tienden a implementar y desarrollar sistemas ecológicamente correctos para la apropiación de los recursos naturales” (como se cita en Altieri y Hecht, 1989, p. 290). Otra es su postura crítica. Sevilla Guzmán (2011) resalta la “interacción entre profesionales de las ciencias agropecuarias y forestales, y grupos de agricultores (en pequeña escala, campesinos e indígenas, más o menos asociados), anticapitalistas o críticos con las formas de dominación que el neoliberalismo y la globalización nos estaban imponiendo” (p.129).

Quizás el punto central sea sentirnos como especie humana parte de la naturaleza, no habiendo cuidado de una sin cuidado de la otra. Norgaard y Sikor puntualizan la importancia de “conocer de la sabiduría y habilidades de los campesinos y a identificar el potencial sin límite de re-ensamblar la biodiversidad a fin de crear sinergismos útiles que doten a los agroecosistemas con la capacidad de mantenerse o volver a un estado innato de estabilidad natural” (Altieri, 1999, p.9).

La metodología

El objetivo de la investigación fue reflexionar colectivamente sobre las prácticas de la Asociación *Oñoirũ* desde la salud mental comunitaria.

Conocer sus cotidianos, sus reflexiones, sus experiencias, sus sensibilidades desde su postura campesina agroecológica, pensado desde la salud mental que apuesta a lo comunitario.

Así como ya se mencionó, *Oñoirũ* es una organización campesina ubicada al sur de Paraguay, a unos 410 kilómetros de Asunción, en el Departamento de Itapúa. La Agroecología no es una postura mayoritaria dentro de los movimientos campesinos paraguayos, los cuales, en general, vienen siendo de los movimientos sociales más numerosos en el país.

Fue una investigación con enfoque cualitativo, con un abordaje teórico metodológico antropológico. En el diseño etnográfico se usaron diversas técnicas como la observación participante, las entrevistas grupales y a profundidad, el diario de campo. Además de las técnicas antropológicas combinamos con aspectos de la Investigación Acción Participativa (IAP) y técnicas vinculadas al arte como el teatro foro.

Tomamos de la IAP su compromiso con la construcción participativa del conocimiento; esto a través de consultas permanentes y devoluciones al colectivo, previas a sacar la información fuera de la organización.

Lo artístico, específicamente el teatro popular, lo usamos como una forma de trabajar ciertos temas específicos que nos solicitaron, y que nos parecía un soporte más ameno preferible a algo más de la didáctica convencional.

Transcurrió de enero a noviembre del 2023, período en el que realizamos visitas al local de la organización, siendo alojadxs en las casas de sus integrantes. Llegábamos desde Asunción en buses de línea siempre a la madrugada.

Momentos de la investigación

El contacto inicial con la organización fue durante una visita a una amistad en Edelira. Al principio quedamos con la organización de volver para un taller puntual. Luego propusimos la investigación, que fue aceptada.

Post acuerdo, el primer paso fue acompañar el cotidiano de un varón y de una mujer, integrantes de *Oñoirũ*. Luego entrevistas a referentes organizacionales de *Oñoirũ*. Fueron sugeridos el presidente, el gerente y la técnica de campo.

A partir de esto construimos ejes analíticos de salud mental comunitaria campesina *Oñoirũ*, luego presentados y debatidos con la organización.

Antes de la devolución final a la organización, tuvimos dos actividades. Una, presentamos nuestra mirada de salud mental comunitaria urbana (*Ejedesencuadrá*) a través de una dramatización teatral con posterior discusión. Dos, nos pidieron el abordaje de dos temas (masculinidades; relaciones intergeneracionales y Adultocentrismo) que los trabajamos en talleres.

El proceso lo realizamos casi exclusivamente con dos de sus comités: el también llamado *Oñoirũ*, recono-

cido por ser conformada por fundadores y portadores de la historia y de la apuesta ético política; y el Comité de Mujeres *Oñondive*.²

Cuidados éticos

Teniendo en cuenta los conflictos entre los modelos de producción (agroecológico vs. neoliberal) en los que está inmerso la organización, acordamos desde el inicio dos cuidados.

Uno, mantener el anonimato de los testimonios publicados: la información está clasificada de la siguiente manera: V varón, M mujer; ambas abreviaturas seguidas de un número que identifica cada participante en la investigación.

Dos, el texto final de este artículo, antes de postular a ser publicado, pasó por una revisión final por parte de la organización. Al inicio de la investigación reconocimos las limitaciones con el idioma guaraní del investigador principal, y consultamos si esto era un impedimento para hacerla; a la vez planteamos que estaría siempre alguien del equipo guaraní parlante presente. Pese a que dieron su acuerdo para la realización (con traducción permanente), dos integrantes volvieron a cuestionar esto sobre el final del trabajo.

Ejes de salud mental comunitaria campesina *Oñoirũ*

Al inicio del trabajo de campo conversábamos con dos integrantes de *Oñoirũ*. Ante la pregunta sobre qué es cuidar, una respondió que cuidar "es no veneno" (M2). Quedamos perplejos. Nos dimos cuenta cuán ajena era nuestra perspectiva, dado que hubiéramos esperado respuestas como "comprender" o "escuchar".

Los siguientes ejes fueron construidos a partir del análisis de los datos producidos tanto en la observación participante como desde las entrevistas individuales como en las actividades grupales.

1. *Oñoirũ*, parte de la naturaleza

La relación con la naturaleza no fue planteada ni como propiedad ni como tutela, sino siendo parte de ella, siendo adentro, con una visión biocéntrica.

Abrazamos la Agroecología, la producción orgánica y no es solo por "sentarnos debajo de un árbol vamos a respirar aire puro" sino también que está en peligro de extinción... el arroyo. Yo ya hace 20 años atrás que vivo por la zona y cuando vine recién me acuerdo me hospedé en casa de un tío a 50 metros del arroyo; cuando me levantaba por las

mañanas, escuchaba el sonido del arroyo. Hoy en día tenemos que llegar hasta el arroyo mismo para escuchar su ruido. (V1)

Ante un modelo productivo en contextos rurales fuertemente extractivista, con efectos depredadores de la tierra y del agua, con expulsión de la población campesina e indígena de sus territorios históricos, esta perspectiva problematiza la noción extendida de "propiedad privada" desplazando el énfasis del lucro al cuidado.

2. Modelo de producción dominante como factor estresante

Lxs integrantes de Oñoirũ remarcaron los malestares que ocasiona el modelo de producción campesino neoliberal en quienes lo reproducen, en contraste con su experiencia agroecológica.

El sistema de producción convencional es demasiado estresante. Este sistema es un poco más relajado en el sentido de que la gente, dentro de este grupo, tiene una acción más en libertad. Nosotros vemos que los productores convencionales de nuestra zona, nuestros vecinos, producen a gran escala y el objetivo es netamente negocio. Solamente tiene que producir la parte económica, peante la ohe-

chava³ y en cambio, nosotros a través de Oñoirũ vemos la parte social, cosa que en el otro lado no se tiene. Primeramente, luego son generalmente individualista ha upepe⁴ la responsabilidad una sola persona ari paite ho'a⁵. En cambio, nosotros como asociación se distribuye esa carga, baja en todos los hombros. Otra cosa: cuando se produce en gran escala, los productores convencionales y estoy casi seguro que el 90% deben impresionantemente, tienen compromisos económicos muy pesados y eso obviamente va a trabajar nomás luego en el estrés emocional, en ese aspecto nosotros estamos más relajados. (V2)

Los efectos en los cuerpos, las múltiples afectaciones y sus manifestaciones (angustias, somatizaciones, riesgos suicidas, violencias vinculares, accidentalidad, uso complicado de drogas, por citar algunas) suelen estar invisibilizados en los paradigmas productivos centrados en las ganancias.

El modelo productor agrícola largamente mayoritario en Paraguay (y en el sur de Sudamérica) se sostiene en lógicas expulsivas, predatorias y concentradoras de la riqueza. Oñoirũ constituye claramente una experiencia potencialmente amenazante, en la medida que se extienda a más colectivos productores.

3. Amor y clase

Reconocen la tensión de los conflictos que atraviesan, reivindicando a la vez esta postura: Todo aquel que no esté en contra de nuestros sueños son nuestros socios (V3).

La perspectiva que traen carece de romanticismo; pareciera leerse a la medida de aquel principio marxista de que la historia es la historia de la lucha de clases.

4. Paciencia y compañerismo

¿Cómo sostener la participación en la organización?
¿Cómo cuidar entre compañeros y compañeras?

Este es como una carga que llevamos en la carreta, y es como en una arribada: es pesado, es como si fuera que nunca vamos a encontrar la manera de que sea más ligera, pero cuando ya estamos arriba ya podemos sobrellevar el peso, ya es más liviano y seguimos adelante con la situación controlada. Cuando Oñoirũ se debilitó (...) hablamos nuevamente y nos juntamos otra vez, empezamos a trabajar mirando hacia la comunidad y la unidad "gente no tenemos que ser tan radicales, tenemos que buscar una metodología en dónde todos estemos comprometidos". (V4)

La construcción vincular cotidiana en la organización pareciera tener a la noción de cuidado implícita y sembrada; a través de la "paciencia" y el "compañerismo" se darían formas de diálogo y de inclusión respetuosas y cohesionantes.

5. Memoria e historia

Reconocen una perspectiva horizonte de su análisis. Mencionan al educador brasileiro Paulo Freire como referente. "Creo que la historia es la clave: si alguien no tuvo historia yo creo que no tuvo vida (...). Trabajo muchísimo con la metodología de Paulo Freire, eso hay que rescatar, esa metodología de trabajo: ¿quiénes fueron los artífices de esta obra?, ¿quiénes eran?, ¿cómo eran?, ¿en qué aportaban? ¿qué hicieron?" (V2).

Reiteradamente trajeron una narrativa de los procesos históricos que constituyen memoria, vida, horizonte utópico y compromiso ético, consustanciando una clara politicidad.

6. Sacralidad del conversar

Valoran el no apuro en las conversaciones. En todos los espacios grupales que participamos no vimos que se atropellen o que se descalifiquen al hablar.

Si uno se equivoca, comete errores: la gente te señala, te ayuda, te muestra cómo. Y había sido que el mejor amigo es ese, el que te muestra. Y hay muchas personas que practican eso. Te ayudan, señalan tus errores. Sin presiones, sin maldades, solo con señalarte otras maneras de hacer. (V3)

Los modos de sus conversaciones tienen componentes que recuerdan prácticas de los pueblos originarios: narrativa pausada, escucha, tiempo comunitario afín al *Kairós* griego. Esto resulta nutricional para lo dialógico.

7. Distinción entre lo familiar y lo empresarial

Resaltan la importancia de la economía que llaman familiar que no se centra sólo ni principalmente en el lucro.

En lo empresarial muchas veces tu objetivo es ganar plata. Vos hacés tu planificación y tengo mi presupuesto que es tanto y me tienen que rendir tanto, que voy a tener una rentabilidad de tanto y ni sabés tu producción y ni sabés quien va a comer, mucho menos sabes quien te va a comprar. El único contacto que tenés ahí es con el ingeniero que te visita, el que te abre los cupos en lo empresarial. Y en lo agroecológico uno primeramente se planifica lo que es para su autoconsumo, garantiza auto-

consumo: tiene su huertita, su planta de naranja, pomelo, limón, tiene todito; después va a empezar a planificar su mandioca, maíz, caña de azúcar, frijol, poroto, maní y después va a tener su yerba. Entonces vos tenés una diversidad de cosas de donde vos sabés muy bien: yo voy a planificar lo que voy a producir 100 kilos de porotos, voy a vender 50 kilos para hacer plata, 40 kilos para autoconsumo y voy a dejar 10 kilos para mis animales (...). También estás aportando en lo ambiental, en lo social, porque vos tenés una diversidad de producción que está captando CO2 del ambiente. (V3)

Observamos una integración comunitaria de los procesos productivos. Importa lo familiar, lo económico, lo organizacional, con una mirada superadora del antropocentrismo.

8. La felicidad de la resistencia

Asocian felicidad con resistencia: ¿qué es resistir?

Nuestra alegría mayor es poder resistir en nuestros territorios. La mayor alegría para un productor es asegurar poder permanecer dentro de su territorio, en un determinado lugar y en esta zona, donde lo más codiciado hoy es la tierra, y dentro de todo este gigantesco mecanizado (...). Eso es lo

más extraordinario que todavía nosotros hacemos, vos sabés que acá tu terreno se te cotiza en dólares y todos los días, si vos no tenés suficientes ingresos y una buena organicidad, yo creo que esta zona debería estar como Pirapey⁶: totalmente mecanizado. (V5)

“Felicidad” fue una palabra reivindicada por las y los participantes de la investigación como nombre de este eje (como equipo de investigación propusimos “alegría”). De cualquier manera fue llamativo observar, en sus prácticas, lo cargado de sentido, lo armonioso de la conciliación de complejidades y una afectividad “risueña” en el vivir. Esto no implica una idealización que niegue sus conflictividades como colectivo.

9. Sabidurías campesinas

Impresiona una dialéctica entre el ser y el saber, un ida y vuelta compuesto de valoración y celebración, de sus saberes hacia ellos y viceversa.

(...) entender y hacerles entender a los productores que todas las investigaciones o estudios que existen, muchas veces son prácticas, experiencias de los productores que por muchos años han desarrollado, que en algunos casos muchas veces no pudo explicar cómo explican los profesionales. Entonces

esos conocimientos milenarios que existen y que muchas veces solo los productores -y los productores que tengan experiencia- te pueden relatar, te puedan demostrar eso jeso es extraordinario! Entonces hay una mística de lo que es la producción. (V5)

En general, la cuestión colonial y clasista atraviesa y condiciona extendidamente lo paraguayo. Fue muy llamativo ver nítidamente como había una reivindicación de lo campesino y de lo popular aquí; esto fue interpretado como de una alta potencia emancipatoria.

10. Yerba mate, la nutrición del encuentro

El modo dominante de usar la yerba mate en Paraguay tiene un enorme valor cultural: rondas, conversaciones, confianzas. De enorme significación política afectiva, lo que en Oñoirũ reconocen. “La yerba mate es una cultura de encuentro en Oñoirũ” (V2).

El uso de la yerba mate (en guaraní, *ka'a*) tiene un valor ritualístico importante. Generado en las tradiciones guaraníes previas a los Estados nación modernos, trae ancestralmente un sentido comunitario que supera largamente lo percible material.

11. Más allá de las novelas: mujeres y derechos

La revisión de las relaciones de género patriarcales también fue valorada.

Reconocen la importancia del acompañamiento que han tenido por la organización CONAMURI⁷.

El comité [de mujeres] se fundó en el 2008, 2009. Recuerdan las mujeres que cuando se juntaban en el arroyo para lavar la ropa siempre se hablaba de la novela y a mí no me interesaba para nada la novela (...). Siempre se vio ese cambio, antes de organizarse y después de organizarse: cuando sólo el hombre estaba en el comité muchas veces había problemas en la casa. Pero cuando la pareja se formaba, los dos ya entendían lo que pasaba y todo iba mejor. Se tiene que formar la familia en sí, no solamente una persona. (M1)

Si bien se colocó explícitamente como un avance en derechos y en protagonismo, construido eminentemente por las mujeres como sujeto colectivo, queda por profundizar cuál es el alcance de este adelanto, quedando para otra investigación.

12. Protagonismo juvenil

Resaltan el valor del recambio generacional, los desafíos de la contemporaneidad y las nuevas generaciones, y su apuesta a lo familiar como valor defendido. "Me doy cuenta por mis hijas, mis hijas me dicen "papá yo me quiero unir a Oñoirũ". Atrae esa cosa porque hay un ambiente que genera eso, si vos tenés a un tipo que es insoportable ¡entonces nadie va a querer ir!" (V3).

La sociedad paraguaya es aún fuertemente adulto-céntrica. Sería pertinente ahondar en otra pesquisa los modos y las conflictividades en las relaciones intergeneracionales de quienes integran Oñoirũ.

Finalmente señalamos dos sucesos que ocurrieron durante el proceso de investigación. La primera, un incendio que tomó uno de los hornos de la planta. Si bien se pensó en que ocurrió por un momento de distracción de los trabajadores superados por la tarea, también vimos especulaciones sobre posibles sabotajes de personas de fuera de la organización. La segunda, tuvieron el primer suicidio en el territorio. Fue uno de los integrantes de la organización, hijo de uno de los fundadores. Ante nuestra oferta de apoyar, desde la organización se prefirió que no participemos. Una nota aparte requiere lo sucedido como equipo de investiga-

ción. Quienes realizaron el trabajo de campo acabaron muy conmovidos ante las formas de la hospitalidad y ante el compromiso con un proyecto que supera largamente a la organización, ofreciendo importantes pistas para la crisis civilizatoria, económica y ética en que nos encontramos como especie. Otro integrante del equipo es oriundo de la comunidad y estudiante de Agroecología. El último es un referente paraguayo en la investigación de las realidades campesinas históricas y actuales. Estos dos últimos fueron fundamentales en múltiples aspectos del proceso.

Conclusiones

Evaluamos la perspectiva agroecológica como una expresión de salud mental comunitaria para contextos rurales, pero con mucho que aportar más allá de ellos. A modo de ejemplo, el hecho que *Oñoirũ* se considere parte de la naturaleza, no solo su "cuidadora".

Hay varios aportes a la SMC de su mirada como organización a resaltar: la paciencia, fundamental para la construcción de cuidados y compañerismo; que entiendan su resistencia territorial como "felicidad"; el reconocimiento de sus sabidurías campesinas pone en valor a sus propios portadores.

En general entendemos que *Oñoirũ* amplía, renueva y potencia políticamente la idea de salud mental comunitaria, no solo para Paraguay. Necesitamos problematizar (y superar) ciertas capturas de la salud mental hegemónica: desurbanizar, despsicologizar, desmedicalizar, despsiquiatrizar, deshospitar para abrirnos a otros contextos desde una perspectiva compleja, no etnocéntrica e intercultural.

"Cuidar como no veneno", la frase que titula el trabajo, es una invitación a explorar otras formas del cuidado, a reconocer nuevos sujetos y nuevas perspectivas del cuidar, problematizando que este verbo siga atrapado en convencionalismos y feudos.

Sugerencias

Oñoirũ es una experiencia válida del modelo comunitario según sus propios participantes; es importante que puedan seguir el camino emprendido, profundizando su experiencia y pasando el legado a las nuevas generaciones.

Demuestran que la Agroecología no solo es válida como modelo económico sostenible, sino también como estilo de vida saludable; esto incluye la salud mental. La labor comunitaria tiene efectos terapéuticos, no obstante los bemoles característicos de toda re-

lación humana. ¿Será que este modelo de vida se podrá compartir con otras comunidades?

La acción colectiva que se expresa a través de *Oñoirü* representa una resistencia y una propuesta de la clase campesina, y lo es de una manera innovadora como no se ha visto en expresiones clásicas del movimiento campesino. ¿Será la hora en que este núcleo pueda compartirse con otras organizaciones e incluso con núcleos urbanos y suburbanos?

Bibliografía

Altieri, M. (1999). *Bases científicas para una agricultura sustentable*. Nordan Comunidad.

Arias, L. y Beatriz, E. (2016). Saberes locales campesinos sobre el alimento: aportes a la soberanía y la salud mental comunitaria. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), pp. 232-239. <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016008>.

Arias López, B. E. (2014). La potencia de la noción de resistencia para el campo de la salud mental: Un estudio de caso sobre la vida campesina en el conflicto armado colombiano. *Salud colectiva*, 10(2), pp. 201-211.

Barúa, A. (2011). *Clinitaria: andando, de a chiquito, con la gente: acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias*. Cruz Roja Suiza.

Benasayag, M. (2011). Debates sobre desmanicomialización. Una velada entre amigos. *Revista Topía*, 21(63)

Bremer, M. (2008). De la utopía al conflicto y martirio. Martirio de las Ligas Agrarias Cristianas del Paraguay. *Revista CLAR: revista trimestral de vida religiosa*, 46(1), pp. 72-79..

Comisión Nacional de Rescate y Difusión de la Historia Campesina. (1983). *Kokeguara Rembiosa. Experiencias campesinas. Ligas Agrarias Cristianas, 1960 -1980*. CEPAG.

De Certeau, M. (1996). *La invención de lo cotidiano: artes de hacer*. I (Vol. 1). Universidad Iberoamericana.

Espínola, J. (2014) Los juegos de verdad y los modos de subjetivación campesina. En J. N. Caballero Merlo y C. Peris (Eds.), *Paraguay desde la perspectiva de Michel Foucault*. Sociodata. Universidad Nacional del Este.

Morales, H. (Comp.) (2021). *Ignacio Martín-Baró: la psicología, la liberación y el pensamiento latinoamericano*

hoy. Nueva Editorial Universitaria.

Sala de Salud del Centro Integrador Comunitario (CIC) Almafuerte. (21 de julio del 2021) *Lo comunitario*. CIC Almafuerte. Recuperado el 4 de diciembre del 2022 de <https://cicalmafuertesaludmental.wordpress.com/2021/07/21/por-que-lo-comunitario/>

Scott, J. (2003). *Los dominados y el arte de la resistencia*. Ediciones Era.

Sevilla Guzmán, E. (2011). *Sobre los orígenes de la Agroecología en el pensamiento marxista y libertario*. AGRUCO / CDE / NCCR / Plural editores.

Toledo, V. (1989) The ecological rationality of peasant production. En: M.A. Altieri y S. Hecht (Eds.), *Agroecology of Small-farm Development*. CRC Press.

Turner, V. (1988). *El proceso ritual* (Vol. 101). Taurus.

Notas

1. Es una unidad de las Fuerzas Armadas de Paraguay integrada por miembros de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional y de agentes de la Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD) desplegados en los departamentos de San Pedro, Concepción y Amambay, que dicen buscar acabar a la guerrilla Ejército del Pueblo Paraguayo (EPP).

2. Guaraní, juntas.

3. Guaraní, eso es lo que se ve.

4. Guaraní, y allí.

5. Guaraní, cae totalmente sobre ella.

6. Localidad cercana a Edelira, dentro del Departamento de Itapúa.

7. Coordinadora Nacional de Mujeres trabajadoras Rurales e Indígenas.



Apoyo matricial en Salud Mental: una mirada desde equipos de centros de salud del primer nivel de atención en la ciudad de Rosario

PARODI, Mariángeles.

Médica Psiquiatra egresada de la Residencia interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Eva Perón (HEEP) de Granadero Baigorria. Magister en Salud Mental y Psicopatología (UNR). Miembro del servicio de Salud Mental y tutora docente de la RISaM del HEEP. Coordinadora académica de la Maestría de Psicopatología y Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas (UNR).

Contacto: mariangelesparodi@gmail.com

GERLERO, Sandra.

Psicóloga (UNR). Magíster en Salud Mental, Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Magíster en Salud Pública (UNR). Vicedirectora de la Carrera de Posgrado de Especialización en Epidemiología (UNR- Instituto de la Salud "Juan Lazarte"). Docente de grado y posgrado e investigadora en la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Investigadora y docente estable del Instituto de la Salud "Juan Lazarte". Rosario, Argentina.

Contacto: flaviafreire@id.uffbr

VELZI DÍAZ, Alberto.

Psicólogo (UNR). Magister y Doctor en Salud Colectiva, Universidad Estadual de Campinas (Brasil). Director de la Maestría de Psicopatología y Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas (UNR).

Contacto: algiova@gmail.com

Recibido: 24/02/2024; **Aceptado:** 29/06/2024

Cómo citar: Parodi, M., Gerlero, S. y Velzi Díaz, A. (2024). Apoyo matricial en Salud Mental: una mirada desde equipos de centros de salud del primer nivel de atención en la ciudad de Rosario. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 99-124

Resumen

El presente trabajo propone indagar las concepciones de los dispositivos de apoyo matricial en salud mental en centros de atención primaria de la salud del sistema público de la ciudad de Rosario (Santa Fe), desde la mirada de los propios trabajadores de esos efectores, investigación realizada entre los años 2016 y 2021.

Los dispositivos matriciales de salud mental en Rosario fueron implementados en el primer nivel de atención como arreglos organizacionales estratégicos con el objetivo de generar prácticas sustitutivas al manicomio. Estos proponían cambios en los modelos de atención que se adecuen a los actuales marcos legislativos, como la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 y los consensos internacionales, teniendo en cuenta el notable incremento de la incidencia y complejidad de las problemáticas subjetivas que se ha producido en el último tiempo. El apoyo matricial fue descrito por Campos en Brasil y forma parte de la metodología Paideia (Campos, 2009). Estas conceptualizaciones a nivel local fueron tomando una impronta propia, presentando un recorrido singular. Se reconoce a esta metodología como potenciadora de cambios en la organización de las instituciones y en los modos en que los equipos alojan las problemáticas de salud mental.

Para dar cuenta de la problemática propuesta, ubicada en el campo de la salud mental comunitaria, se utilizó un enfoque con abordaje cualitativo. Las técnicas de investigación utilizadas en el trabajo de campo fueron los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas a informantes claves, y el análisis de documentos institucionales.

Los resultados que arroja esta investigación revelan que los equipos de trabajo en los centros de salud de la ciudad desarrollan prácticas que dan cuenta que el dispositivo de apoyo matricial en salud mental, más allá de las dificultades asociadas a su implementación, se encuentra institucionalizado como lógica de trabajo cotidiano potenciando el armado de una clínica ampliada.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud - APS - salud mental comunitaria- apoyo matricial

Matrix support in Mental Health: A look from the teams of the first level of care health centers in the city of Rosario

Abstract

The present paper investigates from the perspective of the health workers themselves the conceptions of matrix support devices in mental health. This research

was carried out in primary health care centers of the public system belonging to the city of Rosario (Santa Fe).

The mental health matrix devices were implemented at the first level of care as strategic organizational arrangements for generating substitute practices to the asylum and proposing changes in care models for the adaptation to current legislative frameworks, such as the National Mental Health and Addictions Law No. 26,657 and international consensus, considering the noticeable increase in the incidence and complexity of subjective problems recently occurred. Matrix support, described by Campos in Brazil, is part of the Paideia (Campos, 2009) methodology and, locally, took their own imprint, presenting a singular trajectory. Furthermore, this methodology is perceived as enhancing changes in the organization of institutions and in the ways in which teams address mental health problems. A qualitative approach was employed for accounting the referred problem in the field of community mental health. In the fieldwork, techniques as focus groups, semi-structured interview with key informants and analysis of institutional documents were applied. The results reveal that work teams in city health centers develop practices that prove that the matrix support device in mental health is institutionalized as logic of daily

work and that it brings its potential for the creation of an expanded clinic, beyond the difficulties linked with its implementation.

Keywords: APS- community mental health- matrix support.

1. Introducción

El presente trabajo expone los principales resultados elaborados en una tesis de la Maestría de Psicopatología y Salud Mental de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario defendida en el año 2023. Los objetivos de la misma fueron describir y analizar los modos en que se conciben los dispositivos matriciales de salud mental y su proceso de implementación desde la visión de los integrantes de los equipos de salud pertenecientes al primer nivel de atención del sistema público de salud de la ciudad de Rosario.

De acuerdo a los aportes de Gerlero et al. (2011), en Rosario a partir de la década de los 90 se implementaron políticas, planes y estrategias de cuidado de la salud mental con enfoque en la Atención Primaria de la Salud (APS). Este hecho se posibilitó por el desarrollo de la estrategia de APS a nivel municipal, siendo un modelo en toda la región. Desde las políticas en este campo se ha definido que el primer nivel se consolide como el

lugar adecuado donde se despliegan modelos de atención más cercanos a la estrategia de APS.

A partir del año 2002 la provincia de Santa Fe comenzó a redefinir sus lineamientos estratégicos, proponiendo la creación de un nuevo modelo asistencial orientado a incluir las prácticas de salud mental en el marco de la atención primaria. En el caso de Rosario, los centros de salud fueron los lugares destacados como claves para la reforma que se potenció a partir de la incorporación de equipos o profesionales de organización matricial (Gerlero y Augsburg, 2012).

En la actualidad conviven diversos modos de abordaje del malestar subjetivo que se desarrollan tanto en hospitales monovalentes, hospitales generales, centros de salud, entre otros dispositivos, que dependen de la Dirección Provincial o bien de la Dirección Municipal de Salud Mental.

A partir de los movimientos de reforma internacionales, como Trieste con la Psiquiatría Democrática y las transformaciones en países latinoamericanos, como la creación del Sistema Único de Salud de Brasil, en algunos lugares de Argentina se comenzó a fomentar nuevas maneras de concebir a la salud mental y de construir prácticas innovadoras en este campo. En la ciudad de

Rosario, y en el marco del desarrollo de la estrategia de APS, en los centros de salud comenzó a implementarse la modalidad organizativa de equipos matriciales de salud mental. A nivel municipal estos equipos estuvieron formados en un primer momento por disciplinas como psicología y trabajo social, que formando parte de los propios equipos de los centros de salud asumían funciones transversales de soporte hacia el equipo de referencia, algunos años más tarde se sumaron además psiquiatras que repartían su carga horaria semanal entre varios efectores de primer nivel. A nivel provincial, en el año 2007 surgen los dispositivos de Fortalecimiento de Infancias y Adolescencias, conformados por psicólogos, psiquiatras, enfermeros, talleristas, operadores comunitarios, entre otros, quienes asumen funciones de apoyo matricial hacia los equipos de salud del primer nivel, conformándose equipos de soporte que trabajan con varios centros de salud de cada sub región de la ciudad. En ambas dependencias, municipal y provincial, se propone trabajar en el territorio abordando situaciones socio-subjetivas complejas, diseñando estrategias clínicas para acompañar a los equipos de referencia de los pacientes que viven en esos barrios.

En muchos casos esto permitió, por un lado, ampliar las capacidades de identificación y abordaje de dichas situaciones por parte de los propios equipos de

referencia, y por otro lado, que los usuarios puedan acceder a una atención cercana a sus domicilios; es decir, mayor accesibilidad al sistema de salud.

Con la configuración de un modelo de salud que se pretende territorial, se ha comenzado a hablar fuertemente de una clínica ampliada, también llamada “clínica del sujeto”, no fragmentada o degradada (Campos, 2009a). A su vez, esta noción de clínica ampliada plantea la necesidad de generar equipos de referencia que trabajen desde la perspectiva de un modelo de atención territorial e integral.

En los últimos años el concepto de apoyo matricial aparece enunciado en el discurso de los diferentes trabajadores de la salud, muchas veces no pudiendo rasstrarse desde dónde se lo enuncia ni cuál es el sentido que se le otorga; retornando como algo que debe ser nombrado de ese modo para dar cuenta de determinadas prácticas que se realizan en este campo.

A partir de lo dicho anteriormente es importante indagar: ¿cómo se define el trabajo matricial en el área de la salud pública y en particular en la salud mental? ¿Cómo surge el apoyo matricial en ese contexto sanitario? En la actualidad, ¿cómo es abordado el trabajo matricial en los distintos distritos o sub-regiones?

A fin de identificar si existieron cambios percibidos a partir de su formulación y puesta en funcionamiento e implementación, ¿cómo es posible pensar su lógica organizativa y de intervención? En particular, interesa comprender cómo representan y conciben al dispositivo matricial los profesionales de la salud en el marco de las intervenciones que atañen a las problemáticas subjetivas. Este conjunto problemático es nodal para entender qué es aquello que se dice cuando se lo enuncia. A partir de esto, el trabajo se propuso profundizar sobre los siguientes objetivos específicos: a) caracterizar e historizar el proceso de implementación de los equipos matriciales en salud mental de organización y atención en el primer nivel de atención del sistema público de salud de la ciudad de Rosario; b) identificar los sentidos que los integrantes de los equipos de salud le otorgan a las intervenciones en salud mental desde los dispositivos matriciales del primer nivel de atención; c) establecer avances y conflictos que los integrantes de los equipos identifican en la implementación efectiva de los cuidados de los problemas de salud mental desde los dispositivos matriciales de APS.

2. Enfoque metodológico

El trabajo procuró interrogar las lógicas de trabajo matricial que tienen lugar en centros de salud muni-

cipales y provinciales de la ciudad de Rosario, instituciones que funcionan en distintas zonas del municipio dentro de la red de salud pública.

Se trabajó mediante la técnica de análisis de contenido de abordaje cualitativo que aspiró a estudiar la realidad descrita en su contexto, a fin de recuperar información relevante que pudieran aportar los sujetos a partir de los diferentes significados que construyen y sus percepciones, en la medida en que la mirada determina, delimita y configura aquello que se mira (Bardin, 1979).

Se utilizaron tres técnicas para la construcción de la información: grupos focales, entrevistas semi-estructuradas y análisis documental.

Los grupos focales se llevaron a cabo en cuatro centros de salud previamente seleccionados de la ciudad de Rosario, dos municipales (distrito norte y sudoeste) y dos provinciales (sub región sur y oeste), ya que el sistema público de salud de la ciudad cuenta con efectores de dependencia municipal y provincial.

Al momento de la realización de los grupos focales en el año 2016 existían en Rosario 82 centros de salud pertenecientes al sistema público de salud (31 provinciales, 51 municipales y uno de la Universidad Nacional

de Rosario). A nivel municipal los centros de salud se dividen por distritos (centro, norte, noroeste, sur, sudoeste y oeste). A nivel provincial los 31 centros de salud se encuentran distribuidos por sub-regiones (norte, noroeste, oeste, sudoeste, sur y centro).

Los grupos focales estuvieron formados por distintos integrantes del equipo de salud (profesionales y no profesionales) en encuentros que fueron pautados previamente con dichos equipos, teniendo una duración aproximada de dos horas cada uno. En total participaron 38 trabajadores en estos grupos (Centros de Salud Municipales: distrito Norte 16 trabajadores, distrito Sudoeste 6 trabajadores; y Centros de Salud Provinciales: Sub-región Oeste 7 trabajadores, sub-región Sur 9 trabajadores).

En la selección de los centros de salud se tuvieron en cuenta criterios de dependencias jurisdiccionales (municipales y provinciales); de distribución territorial (distritos o sub regiones); que contasen con implementación de soporte matricial en salud mental y con la aceptación, conveniencia y accesibilidad por parte de los equipos. Los ejes de discusión de los grupos focales fueron: a) niveles de atención –articulación con la red-clínica ampliada; b) lógica matricial en salud mental; c) espacios de formación de los equipos de salud.

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron en el año 2021 a tres informantes claves, un trabajador municipal y dos provinciales, que han ocupado cargos centrales en la gestión de la política pública de salud mental en la ciudad de Rosario, con el fin de historizar cómo surgen los dispositivos matriciales, qué lugar ocupan y cuál es la función y/u objetivos de los mismos. Se indagaron los siguientes ejes en las entrevistas: a) caracterización de las políticas en salud mental; b) implementación de la lógica de trabajo matricial; c) organización de los dispositivos matriciales.

Todos los participantes de la investigación dieron su consentimiento de modo verbal y por escrito, quedando pautado que la participación de los mismos era voluntaria y anónima. Tanto los encuentros de los grupos focales como las entrevistas fueron audiograbadas y luego transcritas.

Para el análisis documental se realizó una revisión y análisis de los documentos políticos propositivos de gestión y planificación disponibles, libros, publicaciones on-line, entre otros, pertenecientes al sistema de salud público de la ciudad de Rosario, de ambas jurisdicciones. Por otro lado, para el armado de los antecedentes y marco conceptual se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como *Scielo*,

Bireme y *PubMed*, utilizando las siguientes palabras claves: APS, salud mental y apoyo matricial.

3.1 Historizando las condiciones político sanitarias que propiciaron la implantación del modelo de apoyo matricial en salud mental

Las estadísticas mundiales revelan que las personas con padecimientos en salud mental presentan una tasa de mortalidad de dos a tres veces mayor que el resto de la población general y que viven entre 10 y 30 años menos. Esto ha convertido dicha problemática en una de las mayores preocupaciones de muchos organismos internacionales, los que han intentado construir respuestas oportunas (OMS, 2010). Además, los padecimientos mentales son una de las principales causas de discapacidad en el mundo (OMS/OPS, 2001).

Los organismos internacionales, como OMS/OPS (2001), clasificaron entre los factores que propician este escenario, una baja capacidad de identificación y manejo de estos casos en el primer nivel de atención en salud, así como una sobrecarga en los servicios especializados, asociado a dificultades y demoras en el acceso a la atención. Por este motivo, en diversos países se han ido implementando distintas estrategias que buscan construir un trabajo articulado entre los equipos del primer nivel

de atención y los especialistas, con el fin de generar una integración de la red de salud que permita el armado de proyectos terapéuticos comunes. Se destacan las iniciativas realizadas en países como Australia y Canadá, como el cuidado compartido (shared care) y el cuidado colaborativo (collaborative care) (Treichel, Onocko Campos & Campos, 2019).

En la mayoría de los países de Latinoamérica, la fuerte impronta de la lógica manicomial ha planteado una centralización de recursos especializados en instituciones monovalentes y en el mejor de los casos, en hospitales generales. Salvando algunas experiencias, como el caso de Brasil, o la reforma psiquiátrica en la provincia de Río Negro en nuestro país, hay escasos desarrollos de estrategias de atención en el primer nivel (Belizán, et al, 2013).

Partiendo desde Alma Ata (OMS, 1978) y siguiendo por otros tratados internacionales, como la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), los Principios de Brasilia (OPS/OMS, 2005), declaraciones de la OMS/OPS (2001-2009 y 2010), entre otros documentos internacionales que marcan los primeros lineamientos en materia de salud mental y atención primaria en América Latina, podemos decir que la atención primaria representa la forma más integral, positiva y democrá-

tica de construir el cuidado de la salud y favorecer la equidad, siendo esto también aplicable al campo de la salud mental. En esta dirección y siguiendo experiencias de reformas internacionales en salud mental, en la provincia de Santa Fe, en 1991 se sancionó la Ley Provincial de Salud Mental (Ley N° 10.772), ley pionera y de vanguardia que marcó los primeros lineamientos de las políticas sanitarias en ese momento histórico. En este mismo período a nivel local en Rosario se produce el desarrollo de la estrategia de la APS.

A nivel nacional, en diciembre de 2010 se sancionó en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, reglamentada en 2013. Esta Ley tiene como objetivo regular la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental a partir de una serie de cambios en los procesos de atención de estas problemáticas en todo el territorio nacional (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación, 2010).

Como se mencionó anteriormente podemos encontrar en Brasil el desarrollo de estrategias de atención de salud mental en el primer nivel, siguiendo las iniciativas internacionales que proponen un trabajo centrado en APS, a través de la propuesta de apoyo matricial, la cual busca ampliar las posibilidades de un cuidado inte-

gral y de relación dialógica entre distintas especialidades y profesiones de toda la red de salud.

El apoyo o soporte matricial, creado y descrito por primera vez de manera sistemática por Campos (2009a), es el resultado de los esfuerzos realizados para permitir una reorganización del trabajo en el Sistema Único de Salud (SUS), fomentando nuevos patrones de interrelación entre usuarios y profesionales de la salud. Esta estrategia de co-gestión para la organización del trabajo interprofesional fue formulada a inicios de la década del 90 e implementada por iniciativa de los profesionales de la red del SUS de Campinas en el área de la salud mental y luego se extendió a nivel nacional dentro de la Política Nacional de Humanización (PNH) (Prefeitura de Campinas, 2001).

Se trabaja desde una concepción de clínica ampliada y reformulada, dentro de los principios que plantea el método Paideia (Campos, 2009b), pretendiendo asignar nuevos sentidos a las prácticas en salud (Campos, 1999). Para lograrlo se propone la organización del trabajo en el armado de mini equipos de referencia (conformados por médicos, enfermeros, entre otros) que tengan a cargo el diseño de proyectos terapéuticos singulares para la población y los grupos familiares a su cargo. Es decir, a su población adscrita.

Se trata de un modelo de intervención pedagógico y terapéutico que intenta favorecer el intercambio de información ampliando la co-responsabilización por los usuarios (Campos, 1999).

En este sentido, el término soporte tiene dos dimensiones: apoyo asistencial y técnico-pedagógica. La dimensión técnico-pedagógica exige una acción de apoyo educativo con y para el equipo (Campos, 2009a; Campos y Domitti, 2007; Ministério da Saúde do Brasil, 2009, 2011a). En tanto la dimensión asistencial es aquella que producirá una acción clínica directa con los usuarios. Estas dos dimensiones funcionan de modo sinérgico en distintos momentos.

Se destaca la intervención de equipos de apoyo matricial como un soporte especializado de asistencia, evitando los problemas de otros niveles de atención y aumentando la capacidad resolutive de problemáticas de salud por parte de los equipos de referencia. La propuesta de apoyo matricial brasileña busca generarse a partir del compromiso con la construcción de relaciones democráticas, teniendo en cuenta la co-gestión y la construcción compartida de cuidados.

El apoyador matricial es además un especialista que tiene un núcleo de conocimiento que permite agregar

recursos de conocimiento e incluso contribuir con intervenciones que incrementen la capacidad de resolver problemas de salud del equipo de referencia, gestionando una nueva forma de producir salud en el que dos o más equipos, en un proceso de construcción de clínica compartida, crean una propuesta de intervención.

Bonfim et al. (2013) plantean que el concepto de núcleo corresponde al conjunto tradicional de conocimientos y acciones que son específicos de una categoría profesional particular. A su vez, el concepto de campo representa una apertura de la identidad profesional hacia la interdisciplinariedad y la interprofesionalidad. De esta forma, el concepto de campo se corresponde con el conocimiento que puede ser apropiado por los profesionales que trabajan en el mismo contexto, con el fin de poder imprimir mayor eficacia y eficiencia en el trabajo (Campos y Cunha, 2011).

En Rosario, éstos arreglos organizacionales de soporte matricial fueron tomados de la experiencia de Brasil, a partir de un trabajo colaborativo entre actores de ambos países, implementándose en los centros de salud del primer nivel de atención de ambas dependencias, con diferentes recorridos, como modo de garantizar la integración entre APS y salud mental, como modelo sustitutivo al manicomio.

3.2 Implementación del apoyo matricial en Rosario

Según los datos aportados por la investigación podemos decir que a nivel municipal en Rosario el modelo APS fue pensado como una estrategia que atravesó de modo integral el sistema de salud. Este proceso comenzó en la década de los 90 como parte de una política sanitaria más amplia y se ha desarrollado de manera progresiva hasta la actualidad.

La conformación de los centros de salud en la ciudad acompañó estas directivas formando parte de los distritos. Desde allí se desarrollaron innovaciones en los procesos de atención en salud. Las mismas incluyeron la adscripción de población a cargo de los equipos de referencia. A partir de los años 2003 y 2004 encontramos en los documentos de la gestión descripciones de dispositivos organizacionales que provienen de los desarrollos teóricos de Sousa Campos en su método Paideia, como la clínica ampliada, equipo de referencia y apoyo matricial (Dirección de Atención Primaria, 2003; Secretaría de Salud Pública, 2004).

En documentos oficiales del año 2003 se propuso que las disciplinas que no formaban parte de los equipos de referencia, como psicología y trabajo social, en-

tre otras, adoptaran un trabajo transversal, quedando a demanda de los equipos de referencia. En 2007 se desarrollaron las primeras experiencias de trabajo matricial de los psiquiatras en los centros de salud; hecho que tuvo lugar desde la articulación estratégica entre las Direcciones de Salud Mental y APS (Huerta, 2007). En documentos oficiales posteriores (Dirección de Salud Mental Municipal, 2008; Dirección General de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud Pública, 2010) y de producción teórica de los trabajadores (Belizán, 2012) se puede identificar la descripción de las incumbrencias de los profesionales que realizarían apoyatura matricial, incluidas ambas dimensiones, la asistencial y la pedagógica. También se detallaron las funciones que incluyeron actividades de gestión y espacios de formación que acompañaron esta propuesta.

A nivel provincial, en la década de los 90 sancionó en Santa Fe la Ley Provincial de Salud Mental N°10.772, hecho que sentó las bases para las posteriores modificaciones en la política de salud mental. Dos movimientos instituyentes de trabajadores, la Experiencia Oliveros¹ y posteriormente el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental² de la provincia, dieron lugar al restablecimiento en el año 2004 de la Dirección Provincial de Salud Mental con la conformación de un Programa Estratégico donde podemos encontrar conceptos, como

el de lo clínico político, en un entrecruzamiento con los lineamientos de la clínica ampliada.

En el marco de este programa Estratégico, en 2007 comenzaron a funcionar los equipos de Fortalecimiento en salud mental en los centros de salud provinciales (Dirección Provincial de Salud Mental, 2007). En este momento se produjeron algunos documentos, escritos, jornadas de trabajo y formación en relación a estas temáticas. A finales de 2011, a partir de algunas modificaciones en los equipos de gestión, estos dispositivos matriciales comenzaron a nombrarse como Dispositivo Territorial de Soporte para el Abordaje de Situaciones Socio Subjetivas Complejas, conservando su metodología de trabajo. (Dirección Provincial de Salud Mental, 2012).

En esta historia compartida podemos encontrar momentos de articulación del trabajo entre las dependencias municipales y provinciales. Este escenario permitió el desarrollo entre la Secretaría de Salud de la Municipalidad y el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2010) de un documento titulado “Hacia un modelo Sanitario Integral”. En él es posible identificar la intención de la ampliación de la clínica, la noción de territorio y población a cargo con equipos de referencia en los centros de salud y la función de soporte matricial

de estos equipos de salud mental pensados como metodología para superar la lógica de la clínica fragmentada y degradada. Además, en ese momento se realizaron encuentros sistematizados de trabajo entre los equipos matriciales de ambas dependencias que se desempeñaban dentro de una misma región.

Resulta importante destacar los distintos orígenes de las prácticas matriciales en salud mental en los centros de salud. Recorridos que a nivel municipal se dieron como parte integral de la estrategia de APS y en el ámbito provincial surgieron de un movimiento instituyente desde el campo de la salud mental. Estos dos movimientos propiciaron transformaciones de los procesos de atención en salud mental en nuestra ciudad. Particularmente en el primer nivel a través de los equipos de referencia y apoyo matricial que se despliegan como parte de los dispositivos organizacionales que funcionan en los centros de salud.

3.3 Funciones posibles del apoyo matricial

A partir de lo analizado desde la política propositiva de la gestión se desprende que los equipos de salud mental en los centros de salud son pensados con funciones transversales de apoyo matricial en relación a los equipos de referencia, proponiendo espacios de

formación, supervisión y re-trabajo. Dentro de las actividades que se describen como inherentes al apoyo matricial podemos nombrar:

- Atención de pacientes con padecimientos subjetivos: consultorio singular, conjunto, entrevistas familiares, visitas domiciliarias, coordinación de espacios grupales;
- Trabajo entre los integrantes del equipo, reuniones de trabajo, de casos complejos;
- Articulación con otros efectores de la red, secretarías o direcciones, e instituciones dentro y fuera del barrio;
- Tareas de gestión, docencia e investigación.

Sin embargo el análisis del proceso de implementación, que constó de poner en comparación las “políticas propositivas”, a partir de los datos recabados en las entrevistas con los gestores y del análisis documental, con las “políticas implementadas”, y a partir de los relatos de los propios trabajadores, mostró algunas diferencias en este sentido. En la siguiente tabla se visualiza en forma clara que las principales diferencias están dadas en relación a los espacios de formación, supervisión y re-tra-

bajo, así como en las tareas de docencia, investigación y gestión. Dimensiones que están más relacionadas con la función técnico pedagógica del soporte matricial y que se presentan menos desarrolladas por parte de los trabajadores. (Ver Tabla 1)

4.1 Concepciones del apoyo matricial y sus prácticas

Equipo de referencia y apoyo matricial

Los equipos de los centros de salud trabajaban desde la lógica de armado de equipos de referencia de modo interdisciplinario con adscripción de población a cargo, realizando reuniones de equipo y de re-trabajo, llevando a cabo el seguimiento de casos complejos en otros efectores de la red como estrategia para el armado de un proyecto terapéutico a largo plazo con los usuarios.

El proceso de admisión a los equipos de salud mental se encontraba institucionalizado a partir del pedido del equipo de referencia al psicólogo del efector. Se realizaban abordajes de problemáticas de salud mental de modo disciplinar pero articulado a un trabajo interdisciplinario, siendo estas temáticas debatidas en el marco de los equipos más ampliados y en espacios compartidos de trabajo. Algunas disciplinas que trabajan de modo transversal con el equipo de referencia fueron

identificadas como matriciales, entre ellas salud mental (psicología, psiquiatría), trabajo social, entre otros. Los trabajadores sociales fueron identificados como integrantes de los equipos de salud mental.

Otro aspecto importante a destacar es el particular uso de la noción de matricialidad. Aunque varios profesionales fueron nombrados como matriciales, en general la noción hacía referencia al trabajo de los “psiquiatras matriciales”. En relación a la práctica de esta disciplina, en algunos equipos, su función quedó asociada a la especificidad del abordaje psicofarmacológico, reproduciendo una práctica más ligada a lo singular, de consultorio y acotada en relación a las funciones pertinentes al apoyo matricial.

En función de la conceptualización de la noción de soporte matricial, si bien aparecieron dificultades para circunscribir teóricamente el término, las experiencias de trabajo de los equipos dan cuenta de prácticas de ampliación de la clínica y matricialidad. En este mismo sentido, los equipos relataron desarrollar prácticas que, aunque no se las denominó de esta forma, podrían definirse como de soporte matricial.

Los equipos de referencias y los trabajadores con funciones de soporte matricial contaban con encuen-

Tabla 1. Tabla comparativa entre las políticas propuestas por la gestión en relación a las funciones posibles del apoyo matricial de Salud Mental y las acciones implementadas llevadas a cabo por los equipos del primer nivel de atención

Políticas propositivas	Políticas implementadas
Función transversal del apoyo matricial en relación a los equipos	- Si
La especificidad de salud mental se propone como soporte matricial	- Si
Espacios de formación, supervisión y re-trabajo como inherentes al soporte de matriz	- No contaban con espacios de capacitación ni supervisión sobre la temática apoyo matricial - Re-trabajos: Al interior de los centros de salud (entre los equipos y sus apoyadores) - No con los gestores/coordinadores
Abordaje de pacientes con padecimientos subjetivos (consultorio singular/conjunto, entrevistas familiares, visitas domiciliarias, coordinación de espacios grupales)	- Si. - Psiquiatra más centrado en atención de pacientes- Trabajador social y psicólogo participaban más de otras instancias colectivas
Trabajo con los integrantes del centro de salud; reuniones de re-trabajo, equipo, de casos complejos, etc.	- Si - En algunos efectores más sistematizado
Tareas de gestión, docencia e investigación	- No

Fuente: Parodi, M. (2023). Tesis “Equipos matriciales en Salud Mental”. Maestría en Psicopatología y Salud Mental Facultad de Ciencias Médicas. UNR.

tros de re-trabajos, espacios que se encontraban más instituidos y sistematizados en algunos efectores. En este punto de articulación entre el apoyo matricial y el equipo de referencia, el soporte matricial estuvo ligado a una práctica de contención y cuidado hacia los propios trabajadores de los equipos de salud como modo de incluir la dimensión subjetiva en las prácticas de salud.

Otro punto a destacar es que más allá de los marcos institucionales que dan sustento al apoyo matricial, en cada efector se realizaba un trabajo distinto y singular. Si bien este hecho puede deberse a la falta de lineamientos y de planificación por parte de la gestión, también resulta importante valorar que en la plasticidad de estos dispositivos hallamos su mayor potencia, en tanto permiten construcciones de trabajo singularizadas.

Se pudieron identificar además concepciones peyorativas en relación al soporte matricial, como el riesgo de perder la especificidad, y la asociación de la matricialidad como modo de precarizar y retacear el recurso del especialista, como si a partir de los postulados del soporte matricial se pretendiera justificar las pocas horas que poseen algunas disciplinas, como es el caso de las horas de psiquiatría disponibles en cada centro.

Dimensión de núcleo y campo

El concepto de matricialidad fue definido como el aporte de algunas profesiones desde su especificidad disciplinar, abonando al proyecto terapéutico realizado en conjunto con el equipo de referencia, ubicando esta práctica como modo de ampliación de la clínica y de las capacidades de los equipos de referencia de los centros de salud para la identificación y abordaje de situaciones socio-subjetivas complejas, que permite evitar la medicalización de la vida cotidiana y superar el modelo de interconsultas entre especialistas.

Los psiquiatras, en muchas ocasiones son nombrados como parte del equipo de referencia, generando algunos cuestionamientos. Esta discusión da cuenta de aspectos indivisibles entre la noción de núcleo y campo. Si bien el núcleo tiene relación con la especificidad del recurso puesto en juego, el campo reúne los elementos y funciones compartidas por todos los integrantes en el desarrollo de su práctica. En este sentido, no habría límites precisos entre lo singular de la especificidad -el núcleo- y lo general compartido -el campo-. Estos límites aparecen más difusos en la medida que se configura un trabajo compartido afianzado entre el equipo y el apoyador, fortaleciendo el intercambio de conocimientos y herramientas a partir del cual se construyen mo-

dos de intervención amplios e integrales, no fragmentado ni compartimentados.

En relación a las prácticas de apoyo matricial y el armado del proyecto terapéutico, surgió la particularidad de que los profesionales del campo de la salud mental por el lazo transferencial establecido con los usuarios, en algunas oportunidades, terminaron ocupando lugares de mayor referencia y co-conduciendo en parte o totalmente esos procesos terapéuticos. Este hecho les permitía ocupar parte de la jornada laboral como integrantes del equipo de referencia y parte como apoyador matricial.

A partir de lo señalado, en algunos casos los seguimientos de los tratamientos estaban a cargo del equipo de referencia y/o de los profesionales matriciales, dependiendo de cómo se conformaba el vínculo transferencial, debiendo articularse el trabajo correctamente para no reproducir prácticas fragmentadas y desvinculadas al proyecto terapéutico definido.

En relación a los conceptos de núcleo y campo, otro punto asociado al soporte matricial estuvo vinculado a la cantidad de recursos disponibles en los equipos y a la especificidad de los mismos, al trabajo desde la transversalidad, la interdisciplina y el trabajo en equipo. Por

lo que, este modo de abordaje permitió complejizar los problemas y aumentar la capacidad de los equipos para resolverlos. En este sentido, el soporte de matriz se destaca como una herramienta que permitió incluir a la salud mental en las prácticas de APS en estos efectores.

Dimensión técnico-pedagógica del apoyo matricial

Un punto importante a destacar que arroja esta investigación es que el apoyo matricial no fue identificado como una herramienta pedagógica en sí misma con la que contaban los equipos, asociada a los encuentros de re-trabajo, reuniones de equipo, y casos complejos donde se trabajaban situaciones en el marco de sus proyectos terapéuticos y en las que participaron psicólogos, trabajadores sociales y/o los psiquiatras. Las capacitaciones eran a menudo autogestivas. No había incentivos por parte de la gestión y se presentaban dificultades para disponer de horas destinadas a la formación dentro de la carga laboral. Sí contaban con espacios de re-trabajo con supervisores externos que podían convocar si lo consideraban necesario. Por su parte, trabajadores de algunos centros de salud además contaban con reuniones específicas con pares donde discutían problemáticas comunes a toda la red y también podían entablar allí espacios de formación.

Ninguno de los equipos había participado de espacios de formación específicos sobre el tema apoyo matricial, si bien dieron cuenta de conocer la temática y parte de su historia, relatando que estos espacios de formación se llevaron a cabo en un tiempo inaugural, cuando comenzó a implementarse en los centros la lógica de trabajo de equipos de referencia y soporte matricial.

Solo un equipo desarrolló una investigación con la conformación de un diagnóstico poblacional.

Dimensión asistencial del apoyo matricial

Las actividades asistenciales que aparecen ligadas al apoyo matricial fueron la realización de consultorio conjunto entre diversas disciplinas de los equipos (mayormente en conjunto con profesionales de la salud mental), visitas domiciliarias y espacios grupales de trabajo articulados con otras instituciones del barrio lo que permitió fortalecer el lazo con los usuarios y la comunidad. En este sentido, las estrategias incluían trabajar conjuntamente con diversas instituciones de la localidad además de articular su trabajo con distintos efectores de la red de salud y participar de las reuniones intersectoriales de trabajo en los distritos. También manifestaron trabajar con instituciones específicas de

salud mental y con la red de servicios de salud de mayor nivel de complejidad, incluyendo hospitales polivalentes y monovalentes, donde acompañan el armado del proyecto terapéutico cuando los usuarios se encuentran transitando estos recorridos institucionales.

Un dato importante a destacar es que en uno de los centros de salud se desarrollaba una asamblea barrial donde participaban de forma activa y protagónica los usuarios del centro de salud, siguiendo uno de los principales postulados del método Paideia como es la participación activa de la población en la toma de decisiones.

Las problemáticas subjetivas con las que los equipos trabajaban de manera frecuente estaban relacionadas con distintas situaciones de violencia: violencia de género, situaciones de abuso sexual, problemáticas de consumo de sustancias, crisis subjetivas, entre otras; datos que coinciden con los aportados por otras investigaciones locales. Cuando se identificaba alguna de estas problemáticas, en primera instancia se presentaba la situación al psicólogo y se acordaba el modo de intervenir. Posteriormente, en caso de ser necesario, se presentaba la situación al psiquiatra. En los centros de salud este dispositivo de presentación y re-trabajo de las situaciones entre el equipo de referencia y el apoyador matricial se encontraba institucionalizado, no

siendo posible acceder a la atención de salud mental de modo directo, sino a través del equipo de referencia. Este hecho da cuenta de un modo de trabajo conjunto entre el equipo y los apoyadores que retoma los lineamientos teóricos de Campos en relación con la clínica ampliada y el soporte de matriz.

Por su parte, los psicólogos y trabajadores sociales participaban más activamente de los espacios de re-trabajo, los espacios grupales o de trabajo con otros efectores. En cambio, los psiquiatras destinaban mayor carga horaria a la práctica de consultorio.

Los equipos calificaron como escasa la carga horaria destinada por los psiquiatras al trabajo en los centros, ya que el tiempo dedicado a cada efector no permitía la realización plena de las funciones como apoyador. Esta dificultad precarizaba su función y fragmentaba el trabajo con el equipo de referencia, interfiriendo por momentos en el correcto funcionamiento del dispositivo.

En relación con las internaciones por motivos de salud mental solicitadas por los equipos de los centros de salud, las mismas se llevaban a cabo en hospitales generales polivalentes y excepcionalmente en hospitales psiquiátricos. Estos datos contrastan con los encontrados en trabajos locales anteriores como los de Belizán et

al. (2013) quienes identificaron serias dificultades en el armado de trabajo entre los equipos de APS y los hospitales generales, y particularmente con el estudio de Gerlero et al. (2010), quienes manifestaron que la mayoría de las internaciones por motivos de salud mental que se desarrollaban en ese momento tenían lugar en los monovalentes.

Las internaciones en los hospitales polivalentes se llevaban a cabo con los efectores de la misma dependencia, provincial o municipal según el caso. Muchas veces se hacía uso de modos informales de comunicación, como vínculos con trabajadores de estas instituciones.

4.2 Potencialidades y/o Beneficios del apoyo matricial.

Los resultados hallados en esta investigación ponen de manifiesto la enorme relevancia y el impacto que tienen las políticas en salud mental y de APS impulsadas en los últimos treinta años en la ciudad de Rosario. Las mismas dan cuenta del avance en la transformación de los modelos de atención y de la inclusión e integración de la salud mental en el primer nivel de atención, aunque no sin dificultades. El soporte de matriz se revela como una herramienta imprescindible para la transfor-

mación de toda la red al consolidarse como facilitadora del recorrido de los usuarios por los hospitales generales, y de toda la red, a través del armado colaborativo del proyecto terapéutico.

Dentro de las potencialidades del soporte matricial que surgen de esta investigación podemos nombrar:

- Propiciar la inclusión de la salud mental en el primer nivel de atención;
- Favorecer el trabajo en equipo interdisciplinario, que permita una ampliación de la clínica como modo más eficaz de resolución de los problemas de la población;
- Permitir la atención de usuarios externos de los hospitales monovalentes en el territorio;
- Alojar las crisis subjetivas en los centros de salud y posibilitar el trabajo articulado con los hospitales generales de la red facilitando las internaciones de los usuarios en caso de ser necesario;
- Trabajar de modo más fluido y articulado con toda la red;
- Impactar positivamente en toda la red de

salud a partir de un enfoque integral de cuidado, propiciando modificaciones en el modelo de atención;

- El apoyo matricial se asoció al armado colaborativo del proyecto terapéutico que fortaleció el lazo con la población a cargo y facilitó el sostenimiento de los tratamientos a largo plazo;
- Favorecer el cuidado de los propios trabajadores, además de los usuarios, al incluir el abordaje de la propia dimensión subjetiva en los procesos de trabajo.

4.3 Obstáculos en la implementación del apoyo matricial.

En relación a las dificultades pudieron identificarse obstáculos que se clasificaran según lo propuesto por Campos y Domitti (2007). (Ver Tabla 2)

En la tabla las mayores dificultades en relación al soporte matricial están relacionadas a los tres primeros obstáculos descritos: epistemológicos, estructurales y por exceso de demanda o escasez de recursos.

Le siguen en orden de presentación los obstáculos políticos y de comunicación. Siendo importante desta-

Tabla 2. Tabla de clasificación de los obstáculos en la implementación del apoyo matricial

Estructurales	<ul style="list-style-type: none"> - Alta rotación de los profesionales - Falta de uniformidad en la estructuración de los servicios - Fragmentación de la red - Ausencia de datos epidemiológicos
Epistemológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de lineamientos claros para implementar el apoyo matricial - Falta de conocimientos/habilidades/formación específicos para el desenvolvimiento del trabajo a ser realizado - Dificultades en la coordinación de los casos y seguimiento longitudinal, re-trabajos
Por exceso de demanda o escasez de recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de profesionales y equipos incompletos - Sobrecarga de los servicios/exceso de demandas - Escasez de tiempo para cumplir con las funciones asignadas
Obstáculos políticos y de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Variación de las condiciones directivas en las decisiones políticas desde la gestión - Dificultades de comunicación entre los profesionales y la gestión
Subjetivo y culturales (pocos)	<ul style="list-style-type: none"> - Resistencia para trabajar desde la lógica del apoyo matricial - Pérdida de especificidad o clientela

Fuente: Parodi, M. (2023). Tesis "Equipos matriciales en Salud Mental". Maestría en Psicopatología y Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas. UNR

car que no aparecieron obstáculos subjetivos y culturales, a excepción de lo señalado en un centro de salud, donde relataron dificultades en profesionales del equipo quienes se resistían a trabajar desde la lógica del apoyo matricial por “temor a perder su clientela”.

Otro aspecto de suma importancia es la falta de datos epidemiológicos y diagnósticos de situación en los barrios que permitan realizar una correcta planificación en salud mental, información que concuerda con lo planteado en los estudios locales de Gerlero et al. (2010 y 2011), Belizán et al. (2013) y Orpinell (2017). Se añade la falta de espacios de formación específicos sobre la temática, la ausencia de documentos oficiales, guías y lineamientos claros sobre la práctica del soporte de matriz, así como la escasez de incentivo por parte del estado hacia los trabajadores para realizar investigaciones en salud.

Es importante destacar que los datos arrojados por esta investigación coinciden en gran parte con lo expresado en otros trabajos sobre esta temática. Según lo planteado por Treichel, Onocko y Campos (2019), tanto en Brasil como en el contexto internacional, muchas de las dificultades evaluadas en la implementación del apoyo matricial apuntan a la falta de claridad en los profesionales de los equipos en cuanto al papel de los

servicios vinculados y también a su propia actuación en dichos servicios. Se deduce que será necesario implementar una serie de innovaciones para mejorar la consolidación y la efectividad del soporte matricial en APS.

Reflexiones finales

Para finalizar resulta importante reflexionar sobre los aportes del soporte matricial en el escenario actual de la APS. Los resultados que arroja esta investigación revelan que los equipos de trabajo de los centros de salud en Rosario desarrollan prácticas que dan cuenta que el dispositivo de apoyo matricial en salud mental se encuentra institucionalizado como lógica de trabajo habitual, más allá de las dificultades asociadas a su implementación y de las diferencias que aparecen en la historia de su devenir en las distintas dependencias.

También es necesario destacar que los movimientos instituyentes que comenzaron en la década de los años noventa, con la implementación de la estrategia de APS a nivel municipal y los movimientos instituyentes en salud mental en la provincia, propiciaron un escenario potente que permitió la consolidación de esta metodología de equipos de referencia y apoyo matricial como dispositivo de la clínica ampliada y posibilitó integrar la salud mental al campo de la salud general.

La integración del campo de la salud mental con la salud integral es posible por el aporte dialéctico entre ambos campos. Se influyen y modifican por el aporte de uno sobre el otro. En este sentido, el soporte Paideia permite la construcción de un saber-hacer transdisciplinario que se configura desde las dimensiones pedagógicas y asistenciales de este arreglo. Estas posibilidades de ampliación de la clínica y de construcciones de nuevos saberes emergieron en los datos que surgen de esta investigación, aunque por momentos no pudieron ser enunciados bajo estas denominaciones, situación que revela la necesidad de definir y construir lineamientos claros, guías y capacitaciones en esta temática.

De esta dificultad se desprenden algunos obstáculos a la hora de desarrollar trabajo conjunto entre los equipos y sus apoyadores. La falta de definición de los lineamientos de acción de cada uno en particular y de ambos en forma colaborativa provoca conflictos y resistencias entre ambos equipos. Esto también ha generado prácticas diversas en los distintos efectores de salud del primer nivel. Es allí donde también encontramos la potencia del soporte de matriz como dispositivo contrahegemónico que, con cierta plasticidad, permite adaptarse a las características singulares de cada equipo y de su territorio a cargo. En este límite difuso entre lo particular del núcleo y lo general de campo encontra-

mos una posibilidad de transdisciplina y de generación de nuevos conocimientos. Es en estos intersticios donde puede devenir un nuevo saber-hacer.

Además el apoyo matricial se configuró como herramienta eficaz para trabajar la dimensión subjetiva no solo de los usuarios sino también de los equipos que la implementaron a partir de los espacios de re-trabajo interdisciplinarios que se configuraban.

El soporte matricial posibilitó este cambio en los modelos de atención que atraviesan al primer nivel haciéndose extensivo a los efectores de mayor complejidad. Esto demuestra que este dispositivo de soporte puede implicar a toda la red ya que imprime modos de pensar la clínica desde una concepción ampliada y atravesada por la realización de los proyectos terapéuticos que requieren pensar procesos de trabajo longitudinales, integrales, que respeten la opinión y los derechos de los pacientes, implicando un compromiso mayor en la toma de decisiones de todos los actores intervinientes.

Bibliografía

Augsburger, A. C. y Gerlero, S. (2012). *La Salud Mental en Argentina: Avances, tensiones y desafíos*. Laborde libros editor.

Bardin, L. (1979). *Análisis de Contenido*. Editorial 70. Lisboa.

Belizán J. (2012). *La interconsulta médico psicológica. Lugar y función del psiquiatra en el equipo de salud mental. Diagnóstico diferencial entre patologías orgánicas y psíquicas. Diagnósticos psicopatológicos más frecuentes. La interconsulta en situaciones de urgencia. Metodología diagnóstica*. Curso de formación continua en Salud Mental infanto juvenil. Módulo 5. Hospital J Vilela, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

Belizán, J., Borda, M., Cisneros, C., Dávila, A., Huerta, A., Quadri, A. y Rodríguez, A. (2013). Acceso a la atención en salud mental en centros de salud provinciales y municipales de la ciudad de Rosario. Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. *Revista Investigación en Salud* 1(10), 31-59.

Bonfim, I.G., Bastos, E.N.E., Góis, C.W.L. y Tófoli, L.F. (2013). Apoyo matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45) 287 – 300. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>.

Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.

Campos, G.W.S y Domitti, A.C. (2007). Apoyo matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

Campos, G.W.S. (2009a). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Lugar editorial S. A.

Campos, G.W.S. (2009b). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Lugar Editorial.

Campos, G.W.S. y Cunha, G. T. (2011). Apoyo matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4) 961-970. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

Dirección de Atención Primaria. (2003). Adscripción en los Centros de Salud. Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

Dirección de Salud Mental Municipal. (2008). Marco general para la incorporación de profesionales en la Dirección de Salud Mental Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Dirección General de Servicios de Salud. Secretaría de Salud Pública. (2010). Concurso abierto para la selección de psiquiatras dependientes de la Municipalidad de Rosario. Intendencia Municipal de Rosario.

Dirección Provincial de Salud Mental. (2007). Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dispositivo de Fortalecimiento en Salud Mental de la red de Centros Comunitarios de Salud (APS). Documento de trabajo.

Dirección Provincial de Salud Mental. (2012). Dispositivo Territorial de soporte para el abordaje de Situaciones Socio-Subjetivas Complejas.

Faraone, S. y Valero, A. S., (Coords.), Rosando, E., Torricelli, F., Bianchi, E. (2013). *Dilemas en Salud Mental: sustitución de las lógicas manicomiales*. 1ª ed. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Gerlero, S., Augsburger, A. C., Duarte, M., Gómez, R. y Yanco, D. (2011). Salud Mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuida-

do en centros de salud. *Revista Argentina Salud Pública*, 2(9), 24-29.

Gerlero, S., Etchegoyen, A. C., Duarte, M. P., Escalante, M. A., Ianowski, M. V., Mutazzi, E. C. & Yanco, D. (2010). Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 1(2).

Huerta, A. (2007). Trabajo desarrollado como Psiquiatra de apoyo matricial. Distrito Noroeste, presentado a la Dirección de Salud Mental y a la Coordinación Distrital de APS, de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

Legislatura de la Provincia de Santa Fe. (26 de diciembre de 1991). Ley Provincial de Salud Mental Nº 10.772/91. Provincia de Santa Fe.

Ministério da Saúde do Brasil. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

Ministério da Saúde do Brasil. (2011a). Chiaverini D. H. (coordinadora). Guia prático de matriciamento echim saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde.

Centro de Estudio e Pesquisa em Saúde Coletiva, pp. 219-235.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. (25 de noviembre de 2010). Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones.

Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental. (2002). Documento del Primer Encuentro de Trabajadores de la Salud Mental de la Provincia de Santa Fe.

OMS. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata.

OMS. (2010). *Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*.

OPS/OMS. (1990). *Declaración de Caracas: Conferencia sobre la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas locales de Salud*.

OPS/OMS. (2001). *La Salud mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del Milenio*. 43° Consenso directivo, 53° sesión del comité regional.

OPS/OMS. (2005). Principios de Brasilia: Princi-

pios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas.

OPS/OMS. (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49° consejo directivo. 61° sesión del comité regional. Recuperado en: <https://bit.ly/3LerJcF>.

OPS/OMS. (2010). Consenso de Panamá, Conferencia Regional de Salud Mental.

Orpinell, F. (2017). *Alcances, límites y desafíos de la implementación de la práctica matricial de Salud Mental en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud, en la ciudad de Rosario*. Trabajo Final Integrador de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria. Facultad de Psicología, UNR.

Prefeitura de Campinas. (2001). Saúde mental: apoio matricial ao Paidéia. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde.

Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2010). Hacia un modelo Sanitario Integral. Provincia de Santa Fe.

Treichel, C.A.S., Onocko Campos, R.T. y Campos, G.W.S. (2019). Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.180617>.

Notas

1. La Experiencia Oliveros se constituyó de un grupo de trabajadores de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros que durante el período comprendido entre 1996-2004 disputa y toma la dirección del hospital conformándose el Colectivo de Gestión de la Colonia de Oliveros desde donde se instituyó un proyecto denominado de Sustitución de las Lógicas Manicomiales. Este colectivo en 2001 se integra al Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental de la provincia (desarticulado en 2006) y lo que posteriormente permite el restablecimiento en el año 2004 de la Dirección Provincial de Salud Mental con la conformación de un Programa Estratégico

2. El Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental se formó a partir de trabajadores de la Colonia de Oliveros junto con trabajadores provenientes de áreas como la universidad, el arte, movimientos políticos y/o sindicales, entre otros, que abogaban por los procesos de desinstitutionalización y proponían la transformación del sistema manicomial. El mismo tenía como objetivo principal inscribir en la agenda del Estado la política de salud mental, con la urgente conformación de la Dirección provincial de Salud Mental.



Diálogo de saberes: desafíos en la construcción de equipos de salud comunitaria

MONTORRO, Romina.

Lic en Psicología (UBA). Coordinadora general CAAC Casa Pueblo CABA. Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLA)

Contacto: rominapaolamontorro82@gmail.com

AIRASCA, Madelaine.

Lic en Psicología. (UBA). Psicóloga en CAAC Casa Tesai. Profesora de canto.

Contacto: made.airasca@gmail.com

CICUTTIN, Julia.

Lic. en Psicología (UBA). Especialista en Gestión en Salud (ISCO-UNLA). Maestranda en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Asesora en la Dirección de Salud Comunitaria (MSGCBA). Psicóloga en la CAAC Casa Tekopora.

Contacto: julicuttin@gmail.com

VALLERO, Federico.

Lic. en Psicología (USAL). Especialista en el tratamiento de los consumos problemáticos (Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte")

Contacto: fede.vallero@gmail.com

Recibido: 21/07/2023; **Aceptado:** 08/04/2024

Cómo citar: Montorro, R., Airasca, M., Cicuttin, J., Vallero, F. (2024). Diálogo de saberes: desafíos en la construcción de equipos de salud comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 125-134

Resumen

El objetivo de la siguiente investigación es analizar la conformación y funcionamiento de los equipos de salud comunitaria que desempeñan sus funciones en el abordaje de consumos problemáticos. Se partirá de la experiencia de dos Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs) “Tekoporã” y “Casa Tesãï”.

La hipótesis principal es que la fortaleza de un equipo de trabajo de salud comunitaria radica en la diversidad de perfiles, saberes, disciplinas y experiencias. Como estrategia metodológica, se usaron 17 cuestionarios autoadministrados y anónimos realizados durante los meses de julio y agosto del año 2022 a diferentes integrantes de ambos equipos, contestado en forma voluntaria. Las preguntas seleccionadas apuntaron a indagar sobre la conformación de los equipos, sus fortalezas y debilidades, qué entendían como espacio de salud comunitaria, qué lo diferencia de otros espacios y el aporte de las promotoras de salud en la conformación de esos equipos.

Se describirán, en primer término, las características que constituyen a estos espacios como espacios de salud comunitaria. En segundo lugar se desarrollarán

los procesos de construcción de los equipos y luego se analizará el aporte particular de las promotoras de salud en la conformación de los mismos. Finalmente, se tomarán algunas contribuciones extraídas de los cuestionarios autoadministrados.

Palabras clave: interdisciplina - intersaberes - salud comunitaria - territorio - promotoras de salud

Dialogue of knowledge: challenges in the construction of community health teams

Abstract

The aim of the following research is to analyze the formation and performance of community health teams that carry out their functions in addressing problematic consumption. It will start from the experience of two CAACs “Tekoporã” and “Casa Tesãï”. The main hypothesis is that the strength of a community health work team lies in the diversity of profiles, knowledge, disciplines and experiences.¹⁷ self-administered and anonymous questionnaires were used, implemented during the months of July and August of the year 2022 to different members of both teams, answered voluntarily. The selected questions aimed to inquire about the conformation of the teams, their strengths and weaknesses, what they understood as a community

health space, what differentiates it from other spaces, and the contribution of the health promoters in the conformation of these teams. First, the characteristics that constitute these spaces as community health spaces will be described, secondly the construction processes of the teams will be developed and lastly, the particular contribution of the health promoters in their conformation will be analyzed. Some contributions extracted from the self-administered questionnaires will be taken into account.

Keywords: interdiscipline - interknowledge - community health - territory - health promoters

Tesãi y Tekoporã, casas abiertas a la comunidad

Tekoporã y Tesãi son dos espacios de salud comunitaria en los que se desarrollan actividades de promoción, prevención y atención/cuidado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En las mismas funcionan Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (CAACs - SeDroNar). El primero ubicado en el barrio de Parque Avellaneda, funciona desde 2019 y apunta su atención a mujeres y población LGBTIQNB+¹, mientras que Tesãi se encuentra en el barrio de Flores desde el 2022 y apunta su atención a

varones cis². Si bien se localizan en diferentes territorios y acompañan poblaciones distintas, debido a que ambos se encuentran anclados en la construcción territorial de un movimiento social, la perspectiva desde la cual se abordan las intervenciones y la construcción de los equipos es pensada en la misma línea. Tanto “Casa Tesãi” como “Casa Tekoporã” se piensan como casas abiertas a la comunidad, o lo que se puede llamar dispositivos de bajo umbral, es decir, no presentan dificultades para acceder, ingresar y permanecer. Esta característica de casa propone, en su dinámica diaria, una mirada convivencial que se vincula con la construcción de grupalidad en el desarrollo de las tareas del espacio. Entre otras cosas, apunta a favorecer la incorporación de pautas sociales, rutinas y reglas, que fortalezcan la participación ciudadana.

Otra coincidencia de estos espacios es que en ambos funcionan Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs). Estos dispositivos se enmarcan en la política general de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SeDroNar) y en las cuales se hará foco el análisis. Tal como plantea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 en su artículo N° 4, las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, teniendo quienes las padecen los mismos derechos y garantías que todas las personas con

padecimiento mental. Al calor de esta ley es que se han parido y fortalecido los dispositivos territoriales para el abordaje de los consumos problemáticos de la Red CAACs, de la cual también forman parte las Casas Pueblo, que dependen del Movimiento Evita. El programa de CAACs funciona a partir del subsidio que otorga la SeDroNar a organizaciones y grupos comunitarios que poseen una fuerte presencia territorial en todo el país y tienen reconocimiento en la comunidad. El programa busca reconocer y poner en valor el trabajo y las experiencias de las organizaciones.

Sin embargo, hay un marco legal que se contradice a sí mismo: por un lado, la Ley N° 23.737 de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes sancionada en 1989, la cual consta de una mirada punitivista con respecto a los consumos donde las políticas públicas impulsadas quedan en manos de organismos de seguridad. Desde el punto de vista de esta ley, el usuario de sustancias ilegales es un criminal y debe recibir una pena por sus prácticas de consumo, lo cual no lleva a otro resultado que la estigmatización, segregación y apartamiento de las personas usuarias. Por otro lado, como se mencionó anteriormente, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, propone una nueva mirada donde se incluye al abordaje de los consumos problemáticos dentro del campo de la salud incluyendo una perspectiva de

los derechos humanos. En estas casas se abordan las problemáticas de los consumos desde una perspectiva integral, comunitaria y feminista, con un enfoque de derechos y cuidado, que comprende al consumo problemático de sustancias como un fenómeno complejo y multicausal, y que para abordarlo debemos tener en cuenta las sustancias, las personas y los contextos. La perspectiva integral tiene que ver con poder pensar el acompañamiento de las personas que asisten desde todos los aspectos de su vida y no sólo en relación a la situación de consumo puntual. Para esto es necesario pensar en abordajes interdisciplinarios, ya que los problemas se presentan como demandas complejas y difusas (Stolkiner, 2005). En este sentido, se articula con los efectores de salud del territorio, organizaciones sociales y otras instituciones del Estado para facilitar el acceso a la salud, la educación, la vivienda, el trabajo y la justicia.

Se ubica a estos espacios como dispositivos de salud comunitaria, entendiendo que la concepción de salud comunitaria incluye:

Una concepción social de la salud, que tiene en cuenta el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad, la aplicación de un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad, teniendo en cuenta los niveles macrosocial y

microsocial, y la participación de las comunidades, instituciones y demás sectores en la toma de decisiones. (Pasarn et al, 2010, p. 23)

Esta perspectiva puede observarse en las respuestas de los cuestionarios, ya que cuando se preguntó sobre lo que se entendía como un espacio de salud comunitaria, la mayor parte de lxs entrevistadxs identificaron la función de acompañamiento de los procesos de vida de lxs usuarixs como eje principal del trabajo, también “la mirada integral” y el abordaje territorial que surge a partir de las demandas y necesidades singulares. Como se menciona en una de las entrevistas: “un espacio que salga y esté disponible para la comunidad, accesible y atento a garantizar derechos o articular con instituciones que deben hacerlo”. En este sentido, se puede marcar un contrapunto respecto a otros dispositivos de atención. Previo a pasar por las Casas, los concurrentes transitaban otros espacios, algunos en los cuales ha podido encontrarse con referencias que le permitan sentirse y ser parte de algo que los trascienda, y otros que no han hecho otra cosa que agudizar la vulneración y el deterioro que viven diariamente. Algunos ejemplos pueden ser las dificultades con las que se encuentran las personas para sacar un turno en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) y acceder a un tratamiento. Esto se identifica cuando, por ejemplo, una de

las entrevistadas respondió que lo que diferencia a un espacio comunitario de otro que no tiene este abordaje, es “la accesibilidad, la cercanía y la no burocratización de la atención”.

Equipos polifónicos: un todo armónico

El equipo de trabajo de la casa se encuentra conformado por psicólogas, trabajadoras sociales, psiquiatras, médicas generalistas, enfermeras, talleristas y promotoras de salud. Por todo esto, se puede pensar con respecto a la conformación del equipo, que en principio confluyen en un mismo espacio diferentes disciplinas y saberes. Pensarlo en términos interdisciplinarios tendrá que ver, según Stolkiner (2005) con un trabajo sostenido y constante de cooperación recurrente: “la interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (p.5). Acá se retoma una pregunta que trae la autora en relación al desafío en las prácticas que integran saberes que no son disciplinares, que no se estructuran como conocimientos científicos, teniendo en cuenta que también es una forma de comprensión de la realidad, ofreciendo otro tipo de saber, un saber no-disciplinario. Es así que la dimensión territorial que aportan, por ejemplo, las promotoras de salud o la di-

mención simbólica artística que aportan los talleristas, arman un todo armónico.

En música la polifonía se define como la combinación de varios instrumentos o voces, que suenan de forma simultánea, formando un todo armónico (Barrie Nettles, 1977). Estas distintas voces se enlazan dejando intervalos entre sí. Pensar entonces ese intervalo necesario para la unión de las distintas voces en términos de fisura, ranura, grieta, borde, posibilita pensarlo como amplitud a un más allá de los saberes disciplinarios.

Estas distintas formas de hablar y por lo tanto de sonar dentro de un equipo se anudan, se enlazan en la dinámica diaria de las casas, en cada una de las intervenciones posibles, formando así la armonía, que para ser escuchada debe poder resonar. El concepto de resonancia, “eco” en latín, remite a “caja de resonancia”, qué es lo que permite que la vibración suene y se amplifique el sonido. Se plantea pensar la conformación del equipo en términos de intersaberes como el armado de esa caja de resonancia, con una voz propia, dando como resultado un cuerpo que habilita a aquellas vibraciones, a aquellas voces que no han tenido donde vibrar, un lugar donde ser escuchadas.

Este todo armónico se puede ver volcado en las en-

trevistas donde diferentes integrantes del equipo resaltan la necesidad de que los equipos estén conformados por diferentes profesionales de diversas disciplinas y saberes con un objetivo en común, poniendo énfasis en la importancia de las reuniones y formaciones como herramienta para construir esta voz en común. En los testimonios de los cuestionarios que se realizaron se puede ubicar que lo que da cuenta que hay un equipo es en la cotidianeidad de las intervenciones, que sin ser habladas en el momento puntual se realizan en una misma dirección, ya que la línea de trabajo es la misma.

Al consultar sobre las fortalezas de los equipos, la mayoría de los integrantes ubicó el compromiso, la comunicación, la diversidad en los grupos y la flexibilidad de los roles. Es decir, por un lado, se resalta como un valor positivo la heterogeneidad de las experiencias, disciplinas y saberes que llevan lxs trabajadorxs de las casas. Y por otro, se señala la capacidad de que las personas puedan ocupar distintas funciones y de que estos roles no sean estáticos.

Para hacer hincapié en la importancia de la interdisciplinariedad y los intersaberes dentro de la conformación del equipo, se toma el concepto de pensamiento abismal (Sousa Santos, 2010) para poder dar cuenta de cómo estos conocimientos al no ser disciplinarios, mu-

chas veces, quedan invisibilizados y relegados como conocimientos que no son trascendentes. El pensamiento abismal consiste en un sistema de distinciones visibles e invisibles siendo éstas últimas el fundamento de las visibles. Esta fisura genera que lo que es producido como “no existente” quede por fuera de lo que el universo simbólico y hegemónico acepta. Al respecto:

En el campo del conocimiento, el pensamiento abismal consiste en conceder a la ciencia moderna el monopolio de la distinción universal entre lo verdadero y lo falso (...). Su visibilidad se erige sobre la invisibilidad de formas de conocimiento que no pueden ser adaptadas a ninguna de esas formas de conocimiento (...). Desaparecen como conocimientos relevantes o commensurables porque se encuentran más allá de la verdad y de la falsedad. (Sousa Santos, 2010, p. 31)

Es por ello que es indispensable poder recuperar aquellos conocimientos como el que aportan las promotoras de salud, que quedan por fuera del discurso hegemónico científico. Esto permite reflexionar sobre cuánto lugar realmente se le da a este saber no hegemónico, generando cierta tensión en cuanto a lo que el saber disciplinar habilita. Para ello es necesario un espacio de reflexión y el ejercicio de repensar la práctica

constantemente para intentar sostener y potenciar ese todo armónico.

Promotoras de salud: su aporte a la conformación de equipos

Las promotoras de salud tienen la particularidad de pertenecer al barrio en donde funcionan los espacios. En este sentido, se ubica la importancia de su rol como referentes territoriales, que no lo garantiza el simple hecho de vivir en un determinado barrio sino de transitarlo, conocer sus circuitos de funcionamiento, nudos, entramados y poder poner a jugar esos conocimientos a la hora de pensar acompañamientos en las casas. Volviendo a los cuestionarios que se realizaron en relación a el rol de las promotoras de salud, cabe destacar algunas frases como “una mirada más cercana al barrio”, “aporta saberes acerca del territorio”, “aporta la mirada que parte desde la comunidad con la cual se trabaja”, “conocen los barrios, sus calles, su gente”, “un acompañamiento más cercano en la cotidianeidad”, “información relevante respecto de la comunidad”, entre otros.

Se toma el concepto de territorio, tal y como lo desarrolla Carballeda (2015), como una serie de significaciones culturales con implicancias históricas y sociales, donde se subraya la importancia del relato, lo narra-

do, la ritualidad y la vida cotidiana que se construyen y constituyen a los mismos. Este concepto habilita a pensar que “la intervención en lo social desde una perspectiva territorial implica salir a buscar y despertar las historias que recorren las calles, a veces desde un sucinto nombre” (p. 3).

El rol de las promotoras de salud como parte del equipo de las CAACs se vuelve indispensable, como sujeto político presente en el territorio, participante activa de la construcción y transformación de las prácticas comunitarias, haciendo de articuladoras entre lxs habitantes del barrio y los dispositivos insertos en el mismo. Siendo parte de las actividades de planificación, programación y evaluación, con el objetivo de ejercer la tarea en el territorio realizando propuestas de educación para la salud promoviendo el conocimiento de las leyes que garantizan el derecho a la salud. Una de las actividades es recoger y analizar la situación de salud de una población, así como contribuir a definir necesidades y prioridades y proveer información para planificar e implementar el abordaje correspondiente mediante registros de las acciones y de las necesidades de la comunidad donde trabaja (UNTREF, 2022).

Es importante destacar que las promotoras de salud no solo son referentes barriales, sino que la mayoría son

mujeres que han atravesado situaciones de vulnerabilidad social, como el haber vivido en la calle y violencia de género, entre otras. Muchas de ellas han llegado a los espacios siendo usuarias en un primer momento y luego han logrado constituirse como promotoras de salud. Es decir, no solo viven en el barrio, sino que muchas veces han sido protagonistas de muchos procesos de vulneración. Esto permite la construcción de otro tipo de mirada frente a las problemáticas que se abordan en lo cotidiano de las casas, habilitando otros modos de intervención, aportando una mirada más empática que, lejos de considerar la empatía como algo negativo dentro de las intervenciones, se propone pensar cómo esta perspectiva otorga otra potencia. Esta proximidad habilita el pensar la mirada no desde un afuera, sino desde un más acá, desde un adentro que permite una modalidad distinta del estar presentes, de poner los cuerpos y la escucha.

Se piensa este aporte como condición necesaria para poder generar en la conformación de los equipos la pluralidad, el todo armónico, rescatando estos saberes y experiencias. Al fin y al cabo este armado no es sin estragos, desacuerdos, inarmonía, que por momentos genera ruido, más preguntas e incomoda. Se apuesta a que en el armado de algo distinto, que rompe con las hegemonías históricas que instalan que sólo lxs profe-

sionales con formación académica son idóneas para el trabajo en salud, es menester armarse de incertidumbres, seguir apostando a las preguntas y sostener un poco el ruido.

Reflexiones finales

Como resultado de la experiencia, es interesante destacar el rol que tienen las promotoras de salud en la conformación de equipos de salud comunitaria. Entendiendo que sus referencias barriales y sus recorridos personales son esenciales en el relevamiento territorial de las problemáticas y los circuitos de consumo, facilitando el acceso de las personas al dispositivo y articulando con los efectores de salud. Se sostiene que el reconocimiento de estos actores se vuelve indispensable para ampliar los horizontes de posibilidades construyendo reales abordajes integrales de la salud en los territorios. Si bien las organizaciones sociales reconocen este rol hace muchos años, es reciente el reconocimiento oficial por parte del Gobierno de la Ciudad. En este sentido, recién en el 2020 ingresaron a planta por primera vez en tanto promotoras de salud en los CESACs.

Por otro lado, si bien resulta fundamental pensar que los equipos de trabajo están constituidos por diferentes disciplinas y saberes, se considera que la sola

presencia no garantiza la conformación de ese todo armónico en el cual todas las voces tienen lugar. Para generar horizontalidad en la toma de decisiones es necesario elaborar estrategias que habiliten que todo el equipo se sienta autorizado a realizar aportes, a preguntar y a reflexionar sobre las acciones que se llevan adelante. Para esto, se cree fundamental visibilizar, en primer lugar, las tensiones y las relaciones de poder que operan entre los diferentes saberes y disciplinas. Y, en segundo, generar ajustes en las condiciones y espacios de trabajo para facilitar el acceso y permanencia de todos los trabajadores.

En síntesis, se piensa la salud comunitaria construida desde el territorio y con la comunidad que lo habita, rescatando las distintas narraciones y prácticas para intentar armar un cuerpo que dé respuestas a las problemáticas existentes. Tal como se fue desarrollando, se sostiene que el diálogo entre saberes no jerarquizados habilita una práctica que reconoce la incompletud de cada disciplina, dando margen al intervalo, a un espacio que permite que las diferencias se puedan enlazar. Es por eso que en los equipos de “Casa Tekoporã” y “Casa Tesãï” intentan, compartiendo el día a día con los sujetos que transitan padecimientos de salud mental y vulneración de derechos en los territorios, diseñar las estrategias de acompañamiento necesarias con el fin

de propiciar un puntapié para el desarrollo de sus proyectos de vida. El hecho de ofrecer un todo armónico, complejo, diverso, heterogéneo, como un cuerpo donde puedan resonar otros cuerpos, otras voces, resulta un ejercicio continuo que muchas veces deja más preguntas que certezas. Es por eso que se cree en la importancia de habilitar espacios de reflexión para repensar la práctica cotidiana y resonar en la potencia de esa polifonía de voces.

Bibliografía

Carballeda, A. (2015) El territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Margen*, (76), pp. 1-6.

Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26.657. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010

Nettles, B. (1977). *Armonía 1*. Berklee College of Music. Traducido al español por Hugo Acuña

Pasarín, M.S.; Forcada, C.; Montaner, I.; De Peray, J.L. y Gofin, J. (2010). *Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010*. Agencia de Salud Pública de Barcelona, España.

Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ed. Trilce.

Stolkiner, A. (2005). Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina. *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental*. I Jornadas Provinciales de Psicología. Posadas, Misiones, Argentina.

Universidad Nacional de Tres de Febrero (2022). *Manual Atención Primaria de la Salud, Salud Comunitaria y Programación*. UNTREF.

Notas

1. Lesbianas, gays, bisexuales, travestis, trans, queers, no binaries y otras identidades.
2. Cis es una palabra utilizada para describir a una persona cuya identidad de género y sexo asignado al nacer se corresponden.

Redes: lo propio del barrio como potencia

VESCIO, Julieta Melisa.

Licenciada en Terapia Ocupacional (UNQ).
Residente de Terapia Ocupacional en la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Sistema de Salud Público de la Nación.

Contacto: julitavescio@gmail.com

Recibido: 14/08/2023; **Aceptado:** 08/04/2024

Cómo citar: Vescio, J. M. (2024). Redes: lo propio del barrio como potencia. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 135-145

Resumen

Este escrito se centrará en el reconocimiento de redes durante un proceso de externación a través de una viñeta-situación. Se pretende hacer foco en el abordaje comunitario de las redes, ubicando este cómo una característica esencial y protagónica. Los procesos de externación incluyen una multiplicidad de dimensiones complejas. En este trabajo se desarrollarán solo algunos puntos: redes y sus niveles de construcción, los obstáculos y potencialidades, controversias al desarrollar el trabajo, la presencia/ausencia de los equipos de salud y la introducción de preguntas que pretenden ser desandadoras. El escrito proviene de la experiencia de haber transitado una rotación de segundo año en un dispositivo de internación, enmarcada en una Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), y es resultado de un proceso necesariamente colectivo que habilita el pensar la práctica con compañerxs residentes.

Palabras clave: redes - vínculos - procesos de externalización

The potential of the neighborhood itself

Abstract

This article is based on the recognition of networks during a mental health discharge process from a clinic situation. It is pretended to focus on the community approach of care networks, understanding them as the essential main feature of it. Although the discharge process includes a multiplicity of complex dimensions, only a few of them will be developed in this writing: networks and its construction's levels, its obstacles and potentials, controversies from the work process, the presence or absence of health professional work teams and the introduction of reflexive questions. All of these came from the experience of a second year in an interdisciplinary mental health residency training program in an inpatient unit. It's the result of a necessary collective process that allows reflections of the practice with working partners from the residency training program.

Key Words: Networks - Links - Discharge Process

Un inicio situado

J llegó al dispositivo a través de la Guardia Interdisciplinaria bajo la modalidad de internación involuntaria. Ingresó acompañado por su hermano, una vecina de su barrio y un oficio que mencionaba *disrupción en la comunidad*. Como primer vínculo-afectivo se presentaba su hermano. Sus padres habían fallecido. J se encontraba en ese momento con mucho malestar y, al mismo tiempo, temor por estar en el hospital.

En los pasillos resonaba la lista de todo lo que no podía en ese momento: “no puede hablar”, “no puede sostener una entrevista”, “solo decía palabras sueltas”, “no puede entender”, “no puede nada y quizá nunca pueda”, escuchábamos. Pero sí podía otras cosas: escuchar música, y eso lo reconfortaba, identificar sus platos favoritos de comida, gustos y nombrar sus galletas preferidas. Fue desde lo que sí podía desde donde en ese momento pudimos comenzar a acompañar su tránsito en el hospital. Lo primero que mencionó con mucha claridad fue el nombre de su barrio. No es un dato menor porque a partir del valor que le daba al mismo fue que empezamos a pensar un camino posible. En el transitar y acompañar este proceso, poco a poco, fue logrando mencionar nombres, recuerdos y experiencias.

Es a través de su voz que pudimos recolectar números y nombres de personas que él consideraba que lo habían acompañado en algún momento de su vida y eran de su confianza. “Estar bien y salir del hospital” eran los objetivos que J nos había dejado muy en claro en cada encuentro posible con el equipo. Es preciso aclarar que los mismos no estaban enmarcados en la propuesta tradicional de entrevista, a veces era por medio de alguna actividad lúdica o recreativa que permitía vincularnos con J. En el transcurso de su internación se evaluó y definió la modalidad de internación voluntaria, donde el punto central fueron los encuentros con su barrio, su hermano y su red de vecinos.

Viñeta: vuelta al barrio

J esperaba la mañana para poder realizar un reencuentro con su casa, con su barrio, el cual no sería el primero. Hablo de encuentro y reencuentro porque su objetivo y el que abrazamos desde el equipo era salir del hospital y reencontrarse con lo suyo: su casa, sus mascotas, su hermano, su heladera, su televisión, su espacio, el kiosko de la esquina, sus vecinxs, su barrio. No hablo de visita porque no hablamos de lo ajeno. Hablo de lo propio. Elegí tomar este recorte porque siento que es reflejo de la voz de J. Hay una arista de elementos acontecidos en el medio para que llegáramos a este punto de la viñeta.

En total se realizaron diez encuentros en su casa y el barrio. Este recorte pertenece a uno de los últimos y previos a la externación.

La presencia del hermano de J, lxs vecinxs y la articulación con el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) mediante la Secretaría de Salud Mental del municipio de J fueron fundamentales. La autonomía de J en su cuidado, la importancia de regresar a su casa en contacto con su vida cotidiana, siendo esta el lazo principal con su barrio, y el derecho de que J estuviera en su casa, fueron ejes centrales en cada instancia conversada con lxs actores participantes.

Actores participantes: J, tres vecinas del barrio (1, 2 y 3), equipo de salud de dispositivo de internación, equipo de salud de dispositivo de CAPS.

Escena: Viaje al barrio de J, su casa, una invitación a pasar a su hogar, música de la radio elegida por J, perros dando vueltas, coca-cola y unas galletitas. Una mesa y cuatro sillas.

J describía en el viaje a su barrio cada detalle del mismo, sabía dónde quedaba cada lugar y ubicaba distintos espacios transitados: los mercados, la sociedad de fomento, la parroquia, la cancha, el CAPS, las calles,

las líneas de colectivo y más. Transitaba las calles de su barrio sin inconvenientes. Repetía una rutina en cada encuentro: caminaba hasta el kiosco del barrio, hacía una compra, saludaba y reconocía a sus vecinxs quienes le devolvían su saludo. Visitaba el taller de la vuelta de su casa que había sido un punto de encuentro con otras vecinxs. Ubicaba dónde vivía cada unx y también su propia casa. Es en ese escenario particular y propio de J, es donde comenzaban las charlas y las preguntas.

La vecina 1 le comentaba a J que lo ve mejor, que lo ve distinto y que se alegraba de sus cambios. También le decía que tenía que colaborar con su hermano. La vecina 1 invitó a las vecinas 2 y 3 a formar parte de la charla. J accedió a esto. Se las observaba enojadas, cansadas y mencionaban estar solas. Repetían “están solos, estamos solos, nadie se hace cargo”.

Al mismo tiempo los equipos les explicaban que habían sido muy importantes en el itinerario terapéutico de la salud de J, fundamentalmente por su acompañamiento hasta el hospital, que hoy había dos equipos de salud a disposición para acompañar a J para lo que necesitaran y construir en conjunto.

Las vecinas mencionaron que “este es un barrio como los de antes donde no se perdió el ser buen veci-

no, el estar uno para otros ayudándose” y explicitaron “ser vecinas y no referentes”. Desde el rol de vecinas identificaron las acciones que realizaron junto a J y nombraron a otras personas involucradas en todo el proceso. Lo describían como “complejo y frustrante” J observaba y escuchaba atentamente todo lo que se estaba comentando.

En ese momento comenzaron a relatar episodios de disturbios, destrucción de lugares y locales del barrio. Una de las vecinas mencionaba que J había ingresado a romper con piedras todos los mostradores de su local y que, luego de ese hecho, le había pedido ayuda. J en ese momento interrumpió de forma espontánea, llamó a la vecina por su nombre y con mucha claridad exclamó “perdón, yo estaba mal en ese momento no quería hacer problemas”. La vecina le mencionó que ahora entiende que tenía un problema de salud y que ya estaba mejor, se la observó emocionada y con lágrimas en sus ojos, abrazó a J. Él continuó comiendo y siendo anfitrión de su casa, reafirmando su buena salud. Las conclusiones de J de ese momento al regresar al hospital fueron “ya estoy bien, estoy mejor”. Fin.

Reflexiones

Para empezar con esta reflexión, en primer lugar, quisiera mencionar que la instancia llamada “externación” no fue entendida como un punto de llegada, el cual se alcanza luego de dar ciertos pasos, sino que esta fue pensada de forma transversal a todo el proceso de internación de J. En línea con desandar la idea del adentro-afuera de forma fragmentada en las instituciones hospitalarias y en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Dicho esto, mencionaré dos apartados: 1. Vecinos en red y 2. La construcción de redes

1. Vecinxs en la red

La base fundamental para la situación de salud de J fue la presencia de lxs vecinxs del barrio. En la viñeta se reflejan dos puntos claros. En principio, la presencia de una red, una red que no se crea sino que ya existe. Nos encontramos con una comunidad fuertemente organizada que menciona moverse y actuar de forma solidaria con cada unx de sus vecinxs. Y son ellxs quienes llegan con J y su hermano al hospital. Junto a esto también hay incertidumbre, enojo, dudas, desinformación, estigmas asociados a la salud mental y a la modalidad de tratamientos existentes. Pero hay algo que permite desandar lo mencionado y es que esta comunidad nunca dejó de

reconocer a J como un vecino más, en otras palabras, nunca dejó de reconocerlo en tanto persona. Es muy importante aclarar que los equipos de salud no van a inventar nada, sino a sumarnos a esa red.

Fueron las personas del barrio que en acto de aclarar que “referentes no, vecinos sí” que red no significaba para ellxs “hacerse cargo de” si no “ver, saber y estar para el otro”. Cuando pensamos en redes generalmente tendemos a pensar en personas concretas, con un vínculo cercano con lxs usuarixs y asociamos primeramente a la familia, amigxs e instituciones próximas. Cuando algo de esto no está comienzan las preguntas y los temores de los equipos de salud.

En el caso de J, fue él mismo quien nos dejó bien en claro que su red estaba asociada al pertenecer a una comunidad, al estar en su casa y compartir con su hermano, no mencionaba concretamente personas que lo podían cuidar y/o acompañar. J mencionaba un barrio entero.

Entonces, ¿Cómo pensamos las redes? ¿Qué o quiénes las constituyen? Es importante destacar la amplitud del concepto de redes ya que “es el concepto de muchas cosas que nos dan las instituciones en las que trabajamos, en los lugares donde nos saludan todas las

mañanas, lugares donde compartimos noticias, lugares donde sabemos lo que le pasa a los otros, esto configura redes” (Rovere, 2006, p. 42).

La noción de barrio como red me parece especialmente importante en el caso de J, ese ir y venir por la calle de su barrio donde podía ser reconocido por otros, saludado y nombrado, como pequeños intercambios en la vida cotidiana dado por transitar el barrio. Entendiendo la vida cotidiana como Terapeuta Ocupacional en línea con lo que proponen Palacios Tolvet y Pino Moran, no desde lo individual sino desde la cotidianidad de la misma comunidad, las acciones y omisiones cotidianas del barrio y del individuo en relación con los otros (2016). El cotidiano de J en su casa, el tener que hacer los mandados, hacer una compra, ir al CAPS que se encuentra a cuerdas de su domicilio, participar en las actividades y espacios del mismo, implica a J en una red, en un encuentro con otros.

Rovere (2006) describe que en las redes puede haber múltiples nodos. Una red necesita tener múltiples nodos, no hay un punto específico de esa red que sea más fuerte o que tengamos que considerar más importante, sino que tiene diferentes lugares de articulación. Desde esta concepción podríamos decir que los vecinos ocupan un lugar en esa red, son un nodo pero no el único.

Al estar, constituyen a la construcción de la misma, a su potencia, siendo singularmente importante, al igual que el hermano de J.

¿Podríamos pensar en el CAPS o el hospital como nodos de esas redes? Pensando en lo dinámico de las mismas, lo diverso y los diferentes posibles lugares de articulación, podríamos ubicar el CAPS como nodo y, por qué no, también al hospital. Un nodo con mayor densidad que mientras, por ejemplo, se realizaba la articulación con el CAPS y la externación de J, pudo cambiar de densidad en esa red, pero que sigue siendo nodo porque ahora es reconocido por J como un lugar y puede remitir a él cuando lo necesite.

Aclaro que no me gustaría que J necesitase regresar al hospital, pero ¿qué implica desconocernos como parte de esa red? Si alguna institución de salud se hubiera reconocido como un nodo parte de esa red, ¿hubiera llegado a tal instancia de malestar? ¿Quién lo estaba viendo a J y a su hermano además de sus vecinos?

2. La construcción de Redes

Rovere (2014) también nos dice que las redes se construyen. El autor desarrolla y caracteriza cinco niveles: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. Para el análisis y

mejor comprensión voy a vincular los niveles con el nodo de vecinxs, pero al mismo tiempo esta construcción sucede con cada nodo que es parte de esa red. En el primer nivel, de reconocimiento, expresa la necesaria aceptación del otrx. En casos extremos, la dificultad de operar o de interactuar consiste en que no se reconoce que le otrx existe. El barrio y sus vecinxs constituían este primer punto. En línea con lo mencionado anteriormente, J estaba siendo reconocido. Al mismo tiempo, él reconocía la existencia de sus vecinxs y de su barrio. Asocio esto al momento en que J puede intervenir y registrar a su vecina transmitiendo lo que opinaba de los momentos de desorganización y/o descompensación. A su vez, pudo intervenir a esa vecina dejando en claro que en ese momento no estaba siendo posible tomar las decisiones, pero entendía que a pesar de esto había un otrx afectadx.

Atentamos contra la red cuando estamos en línea con representaciones donde fácilmente se descalifica, se inhabilita a lxs otrxs, porque creamos discursos donde sentenciamos que alguien no va a poder y porque no hay lugar para valorar lo singular que permita reconocerlo como sujetx. Son discursos que igualan en el desconocimiento del otrx como tal y en una cierta homogeneización. Infinitudes de discursos se me vienen a la mente que operan como homogeneizadores y permiten

mágicamente otorgar a profesionales el superpoder de suponer destinos, diagnósticos y sentencias. Algunos que resuenan: “usuarix desorganizadx igual a psicóticx”, “psicótico igual a imposibilidades”. Entonces el primer punto para empezar a construir es reconocer que le otrxs existe o, más precisamente, que le otrx tiene derecho a existir, a decir, a opinar, a ser interlocutor (Rovere, 2006, p.46).

En el segundo nivel, de conocimiento, Rovere (2014) menciona que luego de que le otrx es reconocido como par, como interlocutorx válidx, empieza a ser incluidx en nuestra percepción, empezamos a necesitar conocimiento del otrx, lo cual expresa interés: queremos saber quién es, queremos entender cómo se ve el mundo desde ahí. Este nivel está dado entre J y sus vecinas, ya que ambas partes reconocen sus historias de vida y comparten sentimientos e intereses en común con su lugar de pertenencia barrial. También se involucran, piden información respecto a cómo ayudar a J en momentos de desorganización y se predisponen a desandar estigmas relacionados con la locura o con la modalidad de tratamiento de internación en el proceso de externación.

En el tercer nivel, de colaboración, se parte del interés y del conocimiento dando comienzo a la existen-

cia de algunas circunstancias y eventos que nos llevan a la colaboración (en el sentido de trabajar con otrx). “Es una ayuda espontánea. Hay momentos, hechos, circunstancias donde se verifican mecanismos de colaboración que empiezan a estructurar una serie de vínculos de reciprocidad” (Rovere, 2014, p.25).

El cuarto nivel, de co-operación, hace referencia a que “es un proceso más complejo porque parte del supuesto que existe un problema común, por lo tanto hay una co-problematización, y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta” (Rovere, 2014, p. 25).

En estos niveles se reconocen las vecinas de J en el momento en que se construye la idea de que si el barrio lo podría entender, tener una mirada menos estigmatizante, saber y tener a dónde llamar, preguntar y actuar desde su rol de vecinx, la problemática no llegaría a instancias de desorganización tan grandes. Entonces reconocer esto desarma la idea de una problemática individual. La problemática deja de ser de J y pasa a ser en común, pasa a ser colectiva, así como la construcción de soluciones. En principio, porque reconocer al otrx como vecinx implica estar adjunto a los códigos del barrio en donde habita la idea que el problema del otrx es mío también porque “el barrio cuida al barrio”.

En el quinto nivel, de asociación, el último que menciona Rovere (2014) y es donde se profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa poder compartir recursos. En sencillas palabras lo entiendo como compartir con otrx. Dar y recibir algo a unx otrx. Esto lo podemos ubicar en el compartir cotidiano de vecinx a vecinx, compartir una tarde de música, cuidar el barrio, las calles, los lugares que son comunes a todxs, ofrecer una coca y unas galletas, etc. Podría dar múltiples ejemplos, pero algo de esta asociación está en línea con el ser vecinx, hay algo de esa categoría, del rol vecinx que te implica ya en construcción con un otrx, se asume que vas a dar y también recibir. J aporta cómo vecino en su comunidad.

Tal como menciona Rovere (2006), una red tiene diferentes lugares de articulación entre los nodos que la constituyen. Las redes se construyen, los nodos la construyen y articulan entre sí. Es decir que durante la construcción de estos cinco niveles, al mismo tiempo están los otros nodos interactuando e intercambiando en esos niveles de vinculación. Si consideramos a J, su hermano, sus vecinas, el CAPS, el Hospital, el barrio como nodos parte de esa red, cada uno de estos estaría articulando entre sí. Cada uno debería alcanzar los cinco niveles: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación.

La viñeta seleccionada intenta ser representativa de esto pero sigue siendo un recorte, una foto de un proceso dinámico de articulación de esos nodos. Una construcción no es de un día para el otro y necesita que todas las partes reconozcan la existencia de un otrx. Y ese reconocer implica posicionarse desde un lugar horizontal, reconocer errores y faltas, siendo conscientes de que como Estado también tenemos que dar otras respuestas. Lxs vecinxs de J no iban a reconocer nuestra existencia, nuestras palabras, nuestros aportes, si estaban enojadxs porque nunca nadie lxs había escuchado. Asimismo, J no iba a reconocer nuestra existencia si nunca había tenido una experiencia positiva en una institución pública de salud mental ni él ni su familia.

Un punto más que no puedo dejar de lado en este análisis, en línea con la conceptualización de Rove-re (2006, 2014), es que nunca hubiéramos reconocido la existencia del CAPS si no hubiéramos salido de esa noción homogeneizadora de inexistencia expresada y motorizada desde la propia fragmentación del sistema de salud, en los “nada funciona” y “en este territorio no hay nada o lo van a ver dos días y no van a poder más”. Nadie va a poner su cuerpo, su energía, su trabajo a un lugar donde ya está sentenciado que nada puede acontecer.

No pretendo negar una realidad irrefutable de las problemáticas, de las ausencias, la respuesta escasa y muchas veces inalcanzable frente a la realidad y necesidades concretas del territorio. Sin ir más lejos, lxs vecinxs expresan esto de forma muy clara. Pero también esta situación me permitió entender que no da lo mismo reconocer que nada hay, que nada funciona a “esto es difícil, pero ¿qué pasa si vamos? ¿Con que nos vamos encontrar? ¿Qué luchas se están dando o que están pensando desde otras instituciones de salud? ¿En qué podemos sumar?”. El pensamiento en clave de construcción de red fue motor de esas instancias.

Lo que me parece más valioso de la teoría de construcción del autor es que está pensada desde niveles de vínculos, y a modo de aporte personal y profesional entiendo que los vínculos hay que cuidarlos, hay que darles tiempo, hay que ponerles cabeza, presencia y co-razón. Por lo tanto es impensado articular y pensar en esta construcción sin estar presentes en el barrio de J.

Concluyendo y seguir siempre preguntando

Lo potenciador fue en principio el barrio, su gente, el sentido de pertenencia de J, el estar ahí, tener el deseo y la convicción de que era necesario ser parte de esa red. Concebir el trabajo desde una perspectiva de Salud

Comunitaria sin importar el nivel de atención de salud en el cual unx se encuentre desempeñándose. Tal como mencionan Galende y Ardila (2011): “Salud Mental Comunitaria en el primer sentido, y la primera intervención, es preservar en todo lo posible los vínculos, a la vez que toda estrategia debe orientarse a la integración social del sujeto” (p. 47). Trabajar con el malestar, no siempre ser bien recibidxs por lxs vecinxs, disponernos a ser parte, reconocernos como parte del Estado -también con las ausencias previas- fue elemental.

Ahora bien, a todo este escenario potenciador también le caben muchas preguntas, que me gustaría desarrollar o al menos comentar que surgieron. En primer lugar, en este caso tuvimos un escenario particular en nuestra rotación donde la apuesta a este trabajo fue en concordancia, sostenida, acompañada y respetada desde las coordinaciones de dicho dispositivo. Sin embargo, una de las preguntas a destacar es ¿qué pasa cuando esto no es así? O ¿qué pasa cuando esto sí es así pero al mismo tiempo queda a mano de voluntades? El trabajo de construir o ser redes tiene que ser un trabajo transversal. Es la potencia del trabajo colectivo la que permite los posibles. Donde se parte de la singularidad y la voz de cada persona con la que trabajamos. Hablamos de un trabajo transversal a todxs lxs actores considerados parte de un equipo.

Ahora, una vez que tenemos las voluntades y a lxs convencidxs, en segundo lugar y para finalizar, ¿hay condiciones laborales que permitan trabajar desde estos escenarios? ¿La lógica de trabajo actual nos permite dedicarnos toda una mañana o tarde para ir al barrio y las calles de cada unx de lxs usuaries y acompañar procesos por fuera del hospital? ¿Debemos continuar armando espacios de encuentro, a favor de generar redes? Sí. Si no lo hacemos, ¿hacia dónde vamos?

Nos invito a todxs a pensar colectivamente estas preguntas. Y por supuesto a seguir buscando las líneas de fugas.

Bibliografía

Congreso de la Nación Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Noviembre 25 de 2010.

Galende, E. y Ardila, S. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (1), pp. 39-50.

Palacios Tolvett, M. y Pino Moran, J. (2016). Re-construcción del sentido de comunidad y ocupaciones colectivas: “experiencia de transformación de prácticas de salud primaria rural” En Simó Algado, S.; Guajardo

Córdova, A.; Correa Oliver, F.; Galheigo S.M. y García-Ruiz, S. (eds.) *Terapias Ocupacionales desde el sur: derechos humanos, ciudadanía y participación*. (pp. 415-432). Editorial USACH.

Rovere, M. (2006). *Redes En Salud: los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. El Ágora.

Rovere, M. (2014). *Trabajar en redes. Parte II. Grupos y redes de la agencia social a la salud colectiva*. Universidad Nacional de Río Negro.



El armado de redes como condición de posibilidad para un abordaje integral de los consumos problemáticos

ARIAS, Sofia.

Licenciada en Psicología (UBA). Concurrente del Centro de Salud Mental N°3 Dr. Arturo Ameghino. Diplomada en Abordajes Socio Comunitarios de los Consumos Problemáticos con enfoque en Derechos Humanos (SeDroNar - UBA). Forma parte del equipo de salud del Programa Acceso a Derechos de la Asociación Civil Mocha Celis.

Contacto: ariassof93@gmail.com

MARAFIOTI, Julieta.

Licenciada en Psicología (UBA). Especialista en Psicología Clínica. Concurrencia completa en el Hospital Gral de Agudos Ramos Mejía en especialidad de Psicología Clínica. Diplomada en abordaje de los Consumos Problemáticos (AASM - UNT).

Contacto: julietamarafioti@gmail.com

SANCHEZ, Julia.

Licenciada en Psicología (UBA). Concurrente del Centro de Salud Mental N°3 Dr. Arturo Ameghino. Especialista en Salud Mental y Derechos Humanos (Enclaves - UnPaz). Diplomada en Abordajes Socio Comunitarios de los Consumos Problemáticos con enfoque en Derechos Humanos (SeDroNar - UBA). Miembro del equipo de Salud Mental de la Cooperativa de Provision de Servicios para Psicologxs Conjuntas LTDA.

Contacto: juli.m.sanchez@gmail.com

Las tres autoras trabajan como psicólogas comunitarias con perspectiva de género en Casas Comunitarias Convivenciales (CCC) para mujeres y disidencias y Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) de la SeDroNar (Argentina).

Recibido: 15/08/2023; **Aceptado:** 08/04/2024

Cómo citar: Arias, S., Marafioti, J. y Sanchez, J. (2024). El armado de redes como condición de posibilidad para un abordaje integral de los consumos problemáticos. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 146-155

Resumen

El consumo problemático de sustancias y su abordaje sobre la población usuaria ha sido históricamente una temática relegada y/o excluida del sistema de salud, tendiendo a su criminalización y estigmatización. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP) incluye el abordaje de los consumos problemáticos como parte integral de las políticas de salud mental, y establecen a les usuaries de drogas como sujetos de derechos con plenas garantías en su relación con los servicios de salud. Como profesionales concurrentes de psicología clínica y trabajadoras de dispositivos comunitarios de abordaje integral de personas con problemáticas de consumo, nos interrogamos qué lugar tienen hoy estas problemáticas en el sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Nos propondremos desarrollar algunos obstáculos y nudos problemáticos que encontramos en la atención de esta población en el sistema público de salud, y visibilizar la importancia de articular con los dispositivos de abordaje comunitario que se organizan desde grupos de usuaries, familiares y organizaciones sociales para alojar a estas problemáticas. Sostenemos que es necesaria la generación de redes para poder garantizar

un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial como la complejidad de la problemática requiere.

Palabras clave: consumo problemático - atención comunitaria - abordaje integral - interdisciplina

Networking as a condition of possibility for a comprehensive approach to problematic drug use

Abstract

Problematic substance use and its approach to the user population has historically been an issue relegated and/or excluded from the health system, tending to criminalization and stigmatization. The National Law on Mental Health and Addictions and the IACOP Plan include the approach to problematic drug use as an integral part of mental health policies, and establish drug users as subjects of rights with full guarantees in their relationship with health services. As concurrent professionals of clinical psychology and workers of community devices of integral approach to people with drug use problems, we ask ourselves what place do these problems have today in the health system of the Autonomous City of Buenos Aires. We propose to develop some obstacles and problematic knots that we find in the attention of this population in the public health system, and to make visible the importance of

articulating with the community approach devices that are organized from groups of users, family members and social organizations to accommodate these problems. We believe it is necessary to generate networks in order to guarantee an integral, interdisciplinary and intersectorial approach, as the complexity of the problem requires

Keywords: problematic consumption - community care - integrated approach - interdisciplinary.

Sobre el abordaje de los consumos problemáticos en nuestro país: un cambio de paradigma

En Argentina actualmente conviven leyes que responden a paradigmas antagónicos en torno a cómo se aborda y atiende a las personas que presentan problemáticas de consumo de sustancias. Por un lado, una perspectiva punitivista, prohibitiva y asilar que responde al paradigma médico-psiquiátrico en articulación con el campo jurídico-punitivo representado en la Ley Penal de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes (Ley N° 23737/1989). Por el otro, el paradigma de derechos humanos, representado por la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (Ley N° 26.657/2010), junto al “Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos” (Ley N° 26.934/2014, más conocida como

Plan IACOP)¹. Específicamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires contamos con una ley específica, la Ley de Salud Mental (Ley N° 448/2000) y la Ley de Prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo (Ley N° 2318/2007). La normativa perteneciente a este segundo paradigma corre el foco del campo jurídico y acentúa el respeto y la recuperación de los derechos de las personas con consumos problemáticos.

El primer paradigma, que sigue la corriente estadounidense de la “guerra contra las drogas”, penaliza al usuario de sustancias psicoactivas ilegales con una pena que puede ir desde la detención y la privación de la libertad hasta la obligación de hacer un tratamiento terapéutico. Desde esta perspectiva, la justicia es la que indica y decide el tipo de tratamiento, no un equipo interdisciplinario de salud.

El segundo incorpora la perspectiva de derechos y da relevancia a la promoción, la prevención, la interdisciplina y la perspectiva comunitaria como parte de los abordajes integrales de las problemáticas de consumo. La Ley Nacional de Salud Mental establece la sustitución de la atención en espacios de encierro y reconoce a la salud mental como determinada por componentes históricos, culturales, socioeconómicos, biológicos y

psicológicos (Artículo 3º). El cuidado de la salud mental aparece aquí vinculado a garantizar el cumplimiento de los derechos de toda persona. A su vez, incluye a los consumos problemáticos de sustancias como una problemática de salud mental (Artículo 4º), y pone en cuestión una serie de prácticas y abordajes enquistados en los profesionales e instituciones de salud, cuestionando la internación compulsiva, los tratamientos realizados por personal sin capacitación específica; y las prácticas humillantes, lesivas de la dignidad, la voluntad, la intimidad y los derechos humanos.

La inclusión de las problemáticas de consumo en el sistema de salud

De acuerdo con el segundo marco normativo planteado, se asume que todos los centros de atención de salud deberían alojar demandas relacionadas con el uso problemático de sustancias psicoactivas. Esto conlleva el beneficio de que las personas sean atendidas en dispositivos con estructuras de servicios adecuadas, donde haya variedad de especialistas con amplia experiencia disciplinar y herramientas teórico-técnicas que permitan un abordaje integral.

Sin embargo, enfocar el asunto principalmente en el sistema de salud, con la primacía del modelo médico

hegemónico, puede llevar a una jerarquización excesiva de los aspectos psíquicos y biológicos, en detrimento de abordajes que contemplen las dimensiones socio-culturales, considerando que el uso problemático de sustancias está fuertemente vinculado a problemas de vulnerabilidad social.

A nivel de las representaciones de los usuarios de sustancias, persiste la construcción del estigma asociado a ser considerado un enfermo-paciente, se patologiza su consumo y reduce el uso de sustancias a meros factores personales, desatendiendo la complejidad del contexto social en el que está inserto.

La accesibilidad a los servicios de salud representa uno de los mayores desafíos, especialmente para quienes viven situaciones de exclusión social. Esto se debe, en parte, a la vigencia de algunos modelos de intervención que no se ajustan a las pautas culturales, posibilidades y necesidades de los usuarios. Ejemplos de esto son los requisitos de abstinencia, las modalidades rígidas de atención, las concepciones de incurabilidad de las adicciones, la falta de reconocimiento de las diferencias subjetivas, la interpretación de “recaídas” como fracaso y, por sobre todo, el uso de dispositivos de encierro que dificultan la reinserción social. La representación social de los usuarios desempeña un papel fundamental

en este problema, ya que a menudo se les asocia con estereotipos de personas irresponsables con su salud, incluso peligrosas o delincuentes. Esto genera procesos de discriminación y estigmatización que afectan tanto su vida cotidiana como la práctica profesional. La reproducción de dichos procesos dentro del sistema de salud impide que las personas con problemas de consumo tengan acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones que el resto de la sociedad. Además, genera un autoestigma en quienes consumen: “el prejuicio produce efectos psicológicos sobre los individuos y/o grupos hacia quienes está dirigido, y aquellos que lo padecen terminan asumiendo e incorporando la imagen negativa que la sociedad tiene de ellos” (Trimboli, 2019, p. 278).²

La especialización de los profesionales involucrados, especialmente en el campo de la salud mental, es un tema de constante debate y tensión. Existe cierto consenso en que se necesita una mejor formación para una mayor adecuación de las intervenciones a la especificidad del problema. Sin embargo, también se debe considerar que algunos profesionales sin formación idónea en este campo pueden percibir la atención por el uso de sustancias como algo inabordable para ellos. Sumado a las representaciones estigmatizantes asociadas, esto resulta en reiteradas derivaciones que dejan

a los pacientes rebotando entre diferentes centros de atención. Resulta necesario poder pensar el rol del sector salud no sólo como receptor, sino también como un actor clave en la iniciativa de generar respuestas activas y eficaces a las problemáticas de salud vinculadas al uso problemático de sustancias, para lograr el ejercicio pleno como derecho.

Modelos de abordaje integral comunitario

En la mayoría de los casos, la adherencia a los tratamientos por consumos problemáticos es errática y difícil de sostener. Para poder trabajar con personas en situación de consumo es necesario hacerlo con propuestas creativas y flexibles, generando estrategias que atiendan la integralidad de cada subjetividad. Generar acciones desde una perspectiva comunitaria y de derechos supone considerar acciones que trascienden la problemática del consumo “per se”, y que tengan en cuenta el contexto en el que se desarrolla la vida de las personas, como el acceso a la educación, la vivienda y el trabajo, entre otros.

Las propuestas de las intervenciones comunitarias en salud son realizadas en conjunto con la comunidad y dentro de la misma, teniendo como punto de partida para el trabajo, el territorio cotidiano de los consumidores.

Desde este modelo, la propuesta no es trabajar sólo sobre la sustancia, sino generar una red de acompañamiento de les usuaries en su singularidad, para generar estrategias terapéuticas flexibles que favorezcan la posibilidad de sostener la continuidad de un tratamiento.

Dentro del marco de atención comunitaria, y como modo de respuesta frente a los desafíos que debe enfrentar el sistema de salud formal (el incremento de la demanda de estrategias específicas y el avance de la vulnerabilidad social), aparecen dispositivos territoriales de abordaje integral como las CAAC –Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario– y las CCC –Casas Comunitarias Convivenciales–, entre otros, con el propósito de atender la dimensión social del consumo de sustancias. Una problemática tan compleja demanda respuestas comunitarias, accesibles para la población de territorios más vulnerables, que trabajen con una mirada integral y sean restitutivas de los derechos.

Tal como las define el Observatorio Argentino de Drogas “las CAAC son espacios de atención de modalidad ambulatoria y comunitaria co-gestionados entre la Sedronar y organizaciones sociales y eclesiales, que buscan facilitar el acceso a la orientación, contención y acompañamiento de personas con consumo problemático de sustancias y en situación de exclusión social”

(2022, p. 5). Son espacios comunitarios con presencia permanente en el territorio y reconocimiento por parte de los actores de la comunidad. Se trata de lugares de encuentro concretos, tangibles y accesibles que funcionan como “puerta de entrada” para el inicio de procesos de recuperación e inclusión social, que posibilitan la construcción de proyectos de vida en comunidad.

Forman parte de los dispositivos que se conocen como de “bajo umbral”, debido a que poseen una exigencia mínima para el acceso al dispositivo. El nivel de exigencia se vincula tanto con el haber dejado el consumo como requisito de ingreso al dispositivo y participación, como también con no necesitar derivación o entrevista preliminar para el ingreso. Cabe señalar que se trata de exigir menos, pero no de una “no exigencia”, en tanto cada dispositivo tiene sus propias normas de convivencia, grupalmente establecidas con les participantes, como la regla básica de no ingresar bajo los efectos de alguna sustancia o con sustancias para consumo. Cada uno de estos dispositivos cuenta con un encuadre de trabajo accesible para les usuaries, como lo es la no obligatoriedad de la abstinencia o la flexibilidad en los contextos donde llevar a cabo las intervenciones, lo cual habilita a que les usuaries puedan tomar la decisión de resolver la situación de acuerdo a sus tiempos singulares. El funcionamiento de cada CAAC depende

del equipo que allí trabaje, de la población participante y el territorio donde está ubicada. El equipo suele estar conformado por operadores socio-comunitarios, talle-ristas, psicólogos y trabajadores sociales. En general funcionan desde las 9hs hasta las 18hs, cuentan con la posibilidad de cubrir tres comidas (desayuno, almuerzo y cena), bañarse y lavar su ropa. La idea es que puedan apropiarse del espacio, lo cuiden y puedan ser parte de las decisiones que allí dentro se tomen para su mejor funcionamiento. Durante las jornadas se dictan talleres recreativos, de ejercicio físico y/o de desarrollo profesional, además de los espacios terapéuticos grupales e individuales. Al entender la salud como integral, se realizan asimismo acompañamientos en trámites, consultas médicas, asistencia con problemáticas con la justicia y familiares, tendiendo siempre a generar autonomía y plena garantía de sus derechos.

Las Casas Comunitarias Convivenciales (CCC) trabajan en la misma línea que las CAAC, pero ofrecen la posibilidad de alojamiento a quienes se encuentran en contextos de alta vulnerabilidad social, realizando un tratamiento por problemáticas de consumo, y que presenten serias dificultades de acceso a una vivienda u otras contingencias de tipo social. Son espacios de atención, contención e inclusión social que buscan funcionar de puente entre los cuidados del sector salud y la

comunidad en general. Su objetivo consiste en lograr la máxima autonomía posible de la persona y el pleno ejercicio de sus derechos (Resolución 312/2020).

Consideramos que tanto las CAAC y las CCC son espacios necesarios dentro del territorio, que propician el acceso a derechos básicos esenciales a les usuaries provenientes de ámbitos de vulnerabilidad y exclusión social, permitiendo así no sólo el trabajo de elles en relación a su consumo, sino también elaborar las herramientas subjetivas necesarias en el proceso hacia su autonomía.

Consideraciones finales

Desde la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, comúnmente conocida como SeDroNAr, proponen como línea de trabajo los abordajes basados en la promoción de modelos alternativos de atención, centrados en la comunidad. Señalan como necesarias las articulaciones entre los diferentes actores intervinientes, con el objetivo de mejorar la salud mental de la población de las personas en consumo y sus redes de apoyo.

Como trabajadoras de dispositivos comunitarios sostenemos y defendemos esa concepción de trabajo, pero no podemos dejar de señalar que, para poder lle-

varla adelante en la actualidad, la única forma posible es hacerlo de forma artesanal. La hegemonía del modelo médico, socialmente enraizado, produce una subestimación del trabajo comunitario en salud. No es un dato menor que, en la mayoría de las instituciones de salud mental, muchas veces se desconoce la existencia y modos de trabajo de los dispositivos comunitarios; situación que dificulta que puedan llevarse a cabo las derivaciones pertinentes.

Trabajar con perspectiva comunitaria implica trabajar desde y con la comunidad, generando acciones que se adapten a les usuaries, en vez de que ellos deban adaptarse a los servicios de salud. La propuesta no sólo es modificar la concepción que se tiene sobre les consumidores de sustancias, sino también la forma en que nos relacionamos con ellos desde las instituciones.

Para Emiliano Galende aquí se encuentra lo rico de las políticas en Salud Mental, que permitió sensibilizar al dispositivo médico en lo referente a lo que sucede en la vida social:

Cada una de las concepciones [sobre el malestar] con sus tratamientos y modelos de asistencia no se reconoce como enfoque o tratamiento parcial de los problemas de salud mental, tiende más bien a

configurarse como totalizantes, abarcativas, por lo que la coexistencia con otras concepciones mantiene abierta la polémica y la lucha por cierta hegemonía. (Galende, 1990, p. 15)

Trabajar desde esta perspectiva también supone que las prácticas llevadas adelante sean desde supuestos básicos: la interdisciplina y la intersectorialidad. El trabajo con usuaries de drogas es una práctica compleja que necesita ser llevada adelante desde la integración de saberes provenientes de diferentes prácticas y disciplinas.

Los programas de atención comunitaria prevén la necesidad del abordaje conjunto, complementario con los centros de salud formales, no como único modo de tratamiento, sino como una forma de facilitar el acceso a derechos vulnerados en la creación de las estrategias para la inclusión social de la persona que consume.

Cada respuesta frente a la problemática posee sus propias limitaciones. Los abordajes en los centros de salud suelen encontrar su límite en las situaciones de vulnerabilidad social y en la concepción de les usuaries de drogas, entrelazada con una valoración moral en tanto que persona enferma. Los abordajes dentro de la comunidad, a la hora de acompañar procesos más complejos, se encuentran con la dificultad de articular con el

sistema público de salud. Para la realización de un abordaje que tenga en consideración a les usuaries como sujetos de derecho, que propicie la inclusión social de les mismes y contemple la promoción de las capacidades y responsabilidades, en pos de favorecer su autonomía, no debemos quedarnos estancades en la dicotomía entre un abordaje comunitario o un tratamiento en un centro de salud solamente. En este sentido resulta clave el trabajo interdisciplinario y en red entre distintas instituciones, para facilitar la conexión de les usuaries de drogas con servicios sanitarios, educativos, jurídicos, asistenciales, y organizaciones de promoción y protección de derechos humanos.

Bibliografía

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.

Ley de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de Otras Prácticas de Riesgo Adictivo, Ley 27.302, Boletín Oficial de la República Argentina, 11 de junio de 2007.

Ley de Salud Mental, Ley 448, Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, 12 de octubre de 2000.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ley 26.657, Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Ley Penal de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes, Ley N° 23737, Boletín Oficial de la República Argentina, 11 de octubre de 1989.

Observatorio Argentino de Drogas. (2019). *Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos*. SeDroNAr.

Observatorio Argentino de Drogas. (2022). *Informe: Casas de Atención y Acompañamiento Comunitarios (CAAC). Crecimiento de la red asistencial, respuestas implementadas y personas atendidas durante 2022*. SeDroNAr.

Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, Ley N° 26.934, Boletín Oficial de la República Argentina, 29 de mayo de 2014.

Resolución 312/2020 "PROGRAMA DE SUBSIDIOS A LAS CASAS COMUNITARIAS CONVIVENCIALES".

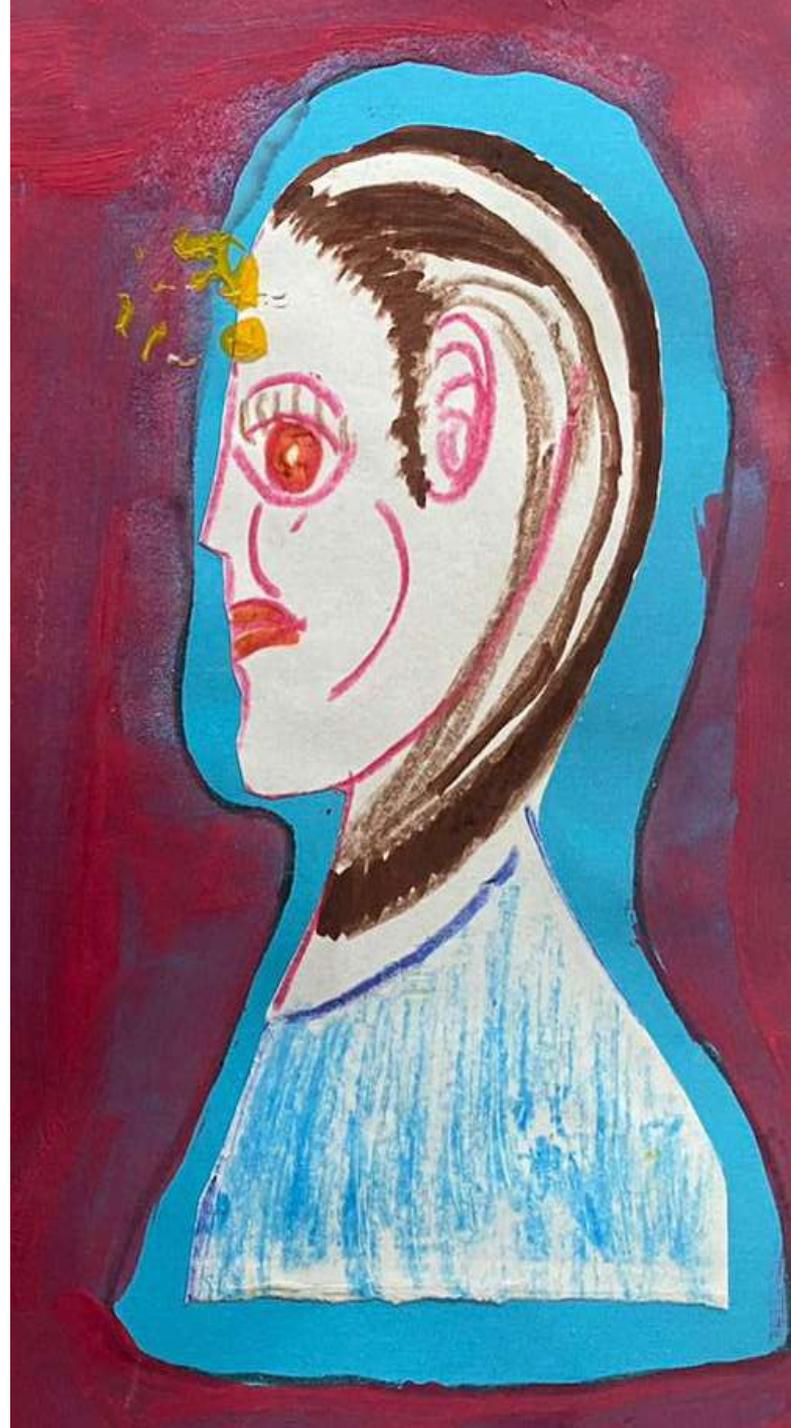
Resolución 426 / 2021 "Programa de subsidios a las casas de atención y acompañamiento comunitario".

Trimboli, A. (2019). *Adicciones, Derechos Humanos y Acceso a la Salud. En El fin del manicomio: construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. Noveduc.

Notas

1. Es importante señalar que la Ley N° 26.934/2014 (Plan IACOP) y la 2318/2002, ambas ricas en cuestiones de planificación y gestión de recursos para el abordaje de los consumos problemáticos, no fueron reglamentadas.

2. A lo largo del trabajo hemos evitado el uso sexista del lenguaje, pero al tratarse de una cita textual respetamos el lenguaje binario allí utilizado.



Intersecciones entre Arte, Salud Mental y Derechos Humanos

BASUALDO, Sonia Malva.

Maestranda en Salud Mental Comunitaria en la Universidad de Barcelona (UB - España). Especialista en Lenguajes Artísticos Combinados (UNA). Licenciada en Artes Visuales (IUNA). Profesora Superior de Artes Visuales (Esc. Sup. de Artes Visuales - Mar del Plata). Psicodramatista. Corpodramatista y coordinadora de grupos. Directora de Colectivo Crisálida: Arte + Salud Mental + Prácticas del Buen Vivir. Proyecto de Extensión Universitaria (UNMDP)

Contacto: soniamalvabasualdo@gmail.com

Recibido: 16/08/2023; **Aceptado:** 08/04/2024

Cómo citar: Basualdo, S. M. (2024). Intersecciones entre Arte, Salud Mental y Derechos Humanos. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 156-166

Resumen

En el presente texto analizamos “intersecciones” entre Arte, Salud Mental y Derechos Humanos y es en el mismo sentido, en los “entres”, donde nuestra práctica concreta y la teoría se hacen uno. Dicha práctica da cuenta del recorrido del Colectivo Crisálida, dispositivo que aborda el trabajo en salud mental desde la cultura y el arte.

Entendemos el arte y sus lenguajes como herramienta de transformación social que opera a nivel singular, grupal y comunitario; que favorece la promoción de la participación comunitaria y habilita transformaciones subjetivas posibles de las personas con diagnóstico, además de permitir nuevos modos de acceso al ámbito cultural, a los procesos de simbolización, a formas vinculares y de ruptura frente a la mirada estigmatizante social.

Partimos de un conjunto definido de interrogantes y desde una postura crítica nos preguntamos acerca del lugar del arte en la cultura occidental. Entendiendo por cultura y sus dimensiones al conjunto de producciones humanas materiales y simbólicas, que incluyen la mirada que tenemos y hemos conformado de las cosas y del mundo, y la manera en que nos insertamos y posicionamos en él.

Si la cultura aparece como producción simbólica que permite construir ideologías, al modificarse esa matriz ideológica en los grupos y las comunidades surgen otras lógicas de articulación social en relación a los estereotipos.

El trabajo desde Crisálida habilita que las personas con diagnóstico modifiquen su rol de *sujetos padecientes* a *sujetos promotores de cultura y ciudadanía*, para generar modificaciones en el imaginario social de la comunidad a lo largo del tiempo y en forma perdurable, por ejemplo, en relación a la locura, al miedo a las personas con padecimiento subjetivo y a pensarnos como sujetos también padecientes.

Palabras clave: arte - salud mental - derechos humanos - intersecciones - cultura

Intersections between Art, Mental Health and Human Rights

Abstract

In this text we analyze "Intersections" between Art, Mental Health and Human Rights and it is in the same sense, in the "betweens" where our concrete practice and theory become one. Our practice accounts for the journey of Colectivo Crisálida, a device that addresses work in mental health from culture and art. Understanding Art and its languages as a tool for social transformation that operates at a singular, group and community level; that favors the promotion of community participation and enables possible transformations in the subjective position of people with a diagnosis, in addition to allowing new forms of access to the cultural sphere, to symbolization processes, to bonding forms, and of rupture in front of the gaze social stigma.

In the text we start from a defined set of questions and from a critical position we wonder about the place of art in Western culture. Understanding culture and its dimensions as the set of material and symbolic human productions, which include the view that we have and have shaped of things and of the world and the way in which we insert ourselves and position ourselves in it.

If culture appears as a symbolic production that allows the construction of ideologies. When this ideological matrix is modified in groups and communities, other logics of social articulation arise in relation to stereotypes. In this sense, the work from Crisálida enables people with a diagnosis to modify their role, from suffering subjects to promoters of culture and citizenship, to generate modifications in the social imaginary of the community, over time and in a lasting way. For example: in relation to madness, the fear of people with subjective suffering and to think of ourselves as subjects who are also suffering.

Keywords: art - mental health - human rights - intersections - culture

*No soy enfermo. Me han recluso. Me consideran un incapaz. Quiénes son mis jueces...
Quiénes responderán por mí.
Hice conducta de poesía. Pagué por todo.
Sentí de pronto que tenía que cambiar de vida. Alejar me del mundo. Y me aislé. Me fui de todos, aun de mí...*

“Todo lo que uno recibe es pasión”
Jacobó Fijman ²

En este epígrafe de versos autobiográficos, Jacobo Fijman denuncia el lugar de exclusión y reclusión en el que se ha ubicado en la cultura occidental a las personas con padecimiento mental y devela la necesidad del arte, como soporte expresivo y espiritual, para poder dar cuenta de quién es. Estos versos interseccionan los tópicos del arte, la salud mental y los derechos humanos, que dan título a este trabajo, y surge de diálogos fructíferos que hemos ido construyendo junto a Marileen La Haije³, Santiago Barugel⁴, Laura Lago⁵ y quien escribe, en conversaciones que permitieron analizar los diferentes marcos institucionales en hospitales monovalentes y en dispositivos, los contextos políticos y socio-económicos en el campo de la salud mental y las prácticas desde el activismo en salud mental y derechos humanos. De estos encuentros nacen estas reflexiones, que son también intersecciones.

Entendemos por intersecciones el encuentro o cruce de dos o más elementos, teorías, marcos, contenidos, y es en este sentido, en los “entres” donde nuestra práctica concreta y la teoría se hacen uno. Dicha praxis en salud mental comunitaria es a partir de un dispositivo llamado “Colectivo Crisálida: Arte + Salud Mental + Prácticas del Buen Vivir”. En cuanto al marco institucional, es un Proyecto de Extensión consolidado, avalado y subsidiado por la Universidad Nacional

de Mar del Plata desde el año 2006. Conformamos un dispositivo grupal dirigido a personas con diagnóstico en salud mental severo, en situación de vulnerabilidad social, económica y familiar, que han sufrido reiteradas internaciones y situaciones de exclusión, perdiendo el acceso a bienes materiales, simbólicos y culturales. A esto se le suma el padecer y la estigmatización que los sitúa como enfermos, dificultando toda posibilidad de reinención o desarrollo de la potencia subjetiva.

1. Los orígenes

Cuando iniciamos nuestro trabajo hace 18 años, no había sido escrita la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Para construir algo diferente a lo aprendido dejamos de utilizar “calcos” teóricos de discursos médico-hegemónicos y recurrimos a experiencias que se habían desplegado en nuestro país durante las décadas de los 60' y 70', indagamos en dispositivos que fueron innovadores y que la dictadura militar cercenó. De este modo recuperamos y reactualizamos formas de abordaje individual, grupal y comunitaria, siempre artísticas. Estudiamos estas experiencias pioneras en relación al trabajo e investigación sobre arte y salud mental en Argentina, iniciadas por Pichón Rivière, Alfredo Moffatt, Vicente Zito Lema, Kesselman, entre otras.

Hoy somos un colectivo interdisciplinario y numeroso conformado por 60 personas. A los talleres asisten no menos de 40 personas por encuentro. Nuestro espacio de trabajo es un Centro Cultural recuperado llamado América Libre, que se encuentra en pleno centro de la ciudad. La importancia de la ubicación céntrica es estratégica, ya que permite llegar al espacio caminando o tomando un solo colectivo, no es menor, dado que la mayoría de las personas asistentes viven en lugares periféricos. Este establecimiento cultural fue rescatado por un grupo de jóvenes y hoy funciona como punto de encuentro para organizaciones sociales y el dictado de talleres gratuitos. Aquí funcionamos, dónde los significantes *cultura* y *recuperado*, resignifican su sentido, empoderando.

En esta cartografía que se hizo territorio al andar, comenzamos a hablar de *talleristas* y de *coordinadores*. Llamando *talleristas* a las personas que asisten/aprenden en los talleres, y *coordinadores* a quienes coordinamos las diferentes actividades. El no empleo del término “usuaria-usuario” se debe a que consideramos a la salud junto a la educación, derechos humanos esenciales, que no debieran confundirse con un servicio a ser utilizado, sino como un derecho a ser ejercido.

En este nuevo y propio recorrido dejamos de pensar en talleres disciplinares, tal como habíamos aprendido en nuestra formación en centros y hospitales de día, acompañados de frases como: “Hoy martes de 14 a 15 horas se dibuja y de 15 a 16 horas hay música”, para concebir nuevos abordajes desde los Lenguajes Artísticos Simultáneos (LAS), que será explicitado más adelante. Esta metodología de trabajo propia permite que las personas que asisten a Crisálida circulen por las diferentes propuestas artísticas, las exploren, generando experiencias creativas desde las necesidades singulares.

2. Intersecciones entre Arte y Salud Mental

Pensamos el arte como herramienta de transformación social que opera a nivel singular, grupal y comunitario; y permite formas nuevas de acceso al ámbito cultural, a los procesos de simbolización, a las formas vinculares y de ruptura frente a la mirada estigmatizante social.

Los “entres” en Arte y Salud Mental

En Crisálida trabajamos desde los lenguajes del arte propiciando modificaciones en el rol social y también condiciones que habiliten nuevas formas de ser/estar, permitiendo a las personas participantes, el situarse como sujetos deseantes, *promotores de cultura y ciudada-*

nia, y desde allí habilitar transformaciones posibles en la posición subjetiva. Entendemos que el trabajo creativo y artístico tiene la cualidad de ser un organizador vital, dador de sentido y dignidad.

Las prácticas artísticas deseantes aparecen como un instituyente, un espacio de subversión, de imaginación, de creación de espacios dignos; de respeto, promoción y reconocimiento de los derechos humanos. Y aquí también interviene el juego y el arte, para muchas veces dar voz, decir de otras maneras, subvertir lo instituido. Dar cuenta de lo que es y proponer y soñar otros caminos pensados desde la lógica de la ternura.

3. ¿Por qué el Arte?

Porque sirve para ser más humano. Para parecernos más al dios del génesis, dirá Raúl Serrano (2021). En esta idea de dios como demiurgo, alguien que crea algo que no existía y que en la medida que transforma el mundo creando, se transforma.

Porque existe la muerte. Para Moffatt (2000) el arte permite esclarecer y enfrentar lo desconocido desde un sentido estético, permite enfrentar un misterio o la angustia singular y social. Su función aparece expresiva, sublimatoria, comunicacional, crítica de ideas, de diversión, de subversión, de imaginación. Desde Crisálida

también nos preguntamos sobre su función, sin caer en la trampa de la pregunta capitalista, donde el arte aparece como mercancía. Y entonces nos surgen los interrogantes: la función del arte ¿es mágico-religiosa? ¿Propiciatoria? ¿Comunicativa? ¿Es estética? ¿El arte es un “significado encarnado”? ¿En el arte, la belleza revela la verdad absoluta? ¿El arte tiene por deber social dar salida a las angustias de su época? ¿Y si el arte no fuera otra cosa que aquello que normalmente conocemos con ese nombre?

Los interrogantes nos interpelan deviniendo preguntas, nuevas respuestas y aprendizajes, y es en este posicionamiento reflexivo y crítico sobre el arte donde aparece la de-construcción de la idea nacida en el Romanticismo del artista genio, varón, bohemio y loco, que por un lado se esconde, se encierra y luego de su muerte su obra se vende, teorizando sobre su biografía y su producción. Es desde este análisis que proponemos otra estética: lo estético construido en y desde lo comunitario.

Quienes enseñamos teoría del arte observamos que las ideas eurocéntricas de arte y belleza han servido para analizar las producciones artísticas ajenas a occidente, pero también para relativizarlas, oscurecerlas y excluirlas, para devaluar todo aquello que no encaje en

sus cánones curatoriales. Todo lo que no es arte occidental museístico legitimado queda por fuera. Son los contextos de legitimación occidentales los que determinan qué es arte y qué no. Desde Crisálida proponemos aprender a valorar otras poéticas construidas desde la singularidad en comunidad mediante las cuales se da forma al sentir, ver y decir de los sujetos. Ticio Escobar (2012) en “La belleza de los otros” explica que para el pensamiento originario americano el “individuo” no existe; un hombre, una mujer solo es un vacío, un imposible. Es que el trabajo, la creación y la sociedad se construyen en colectivo. Entendemos que los principios ancestrales establecen la armonía entre los seres humanos entre sí y con la naturaleza, sin hegemonías ni dominaciones, en la posibilidad de ser sujetos nacidos de la tierra.

Desde Crisálida proponemos diversas formas de expresión, desde la experiencia estética individual a la producida en comunidad, una estética de la alteridad, de la diferencia, de los imaginarios colectivos y sus distintas formas de representación. Desde universos expresivos no inventariados que no entran en los contextos de legitimación eurocentristas.

Coincidimos con Elliot Eisner en que el arte propone grandes exigencias reflexivas e intelectuales “muchas

de las formas más complejas y sutiles de pensamiento tiene lugar cuando los estudiantes tienen una forma de trabajar de una manera significativa en la creación de imágenes, sean visuales, coreográficas musicales, coreográficas o poéticas, o la oportunidad de poder apreciarlas” (2004, p.14).

Es que las formas complejas del pensamiento se producen cuando se trabaja de manera significativa desde los diferentes lenguajes artísticos, habilitando líneas de fuga desde el cuerpo, la palabra, el color, la textura, el sonido, multiplicando voces y sentires.

Siguiendo a Eisner, “en el fondo la percepción es un evento cognitivo. Lo que vemos no es simplemente una función de lo que tomamos del mundo, sino de lo que pensamos de ello” (2004, p.14). La construcción de sentidos acompaña todo el proceso cultural, por lo cual el arte, como una de las dimensiones de la cultura, favorece y promueve modificaciones subjetivas en procesos singulares, grupales y comunitarios. Pensamos en un arte con potencia práctica, transformadora y emancipadora.

4. El Arte y las prácticas deseantes

En el Colectivo Crisálida, hablamos de prácticas deseantes, trabajamos para que las personas asistan por

deseo. Aunque inicialmente son derivadas por algún profesional tratante, la invitación es a que asistan no solo porque les sugieren el taller y las actividades, sino porque hay algo “de lo que se hace y aprende en los talleres” o en la grupalidad, que genere ganas de participar, de “ser parte”.

También hablamos de prácticas deseantes en la posibilidad de elegir, desde qué lenguaje del arte se desea participar ese día. Nuestra metodología es la de Lenguajes Artísticos Simultáneos (LAS), y es un dispositivo que estamos diseñando para grupos numerosos, que consta de componentes y momentos, bajo la metodología de taller. A partir de los diferentes lenguajes artísticos (verbal, corporal, sonoro y visual) se trabaja con emergentes y/o consignas generales en los talleres simultáneos. Desde aquí, y desde los talleres, se requieren profesionales especializados en las diferentes áreas de las artes: cuerpo, artes visuales, escritura creativa, sonido.

En el taller esta forma de abordaje que habilita el poder elegir no es menor, permite que personas que no han estado decidiendo en sus tratamientos ni en sus vidas, por años de internación, por estar bajo curatelas que deciden por ellas, o por participar de hospitales de día con propuestas disciplinares estancas, puedan

expresarse desde uno o varios lenguajes, puedan recorrerlos y optar, en definitiva puedan apropiarse de su deseo.

5. Ordenadores básicos para las prácticas deseantes

El tiempo y el espacio aparecen como ejes y encuadre de las actividades del dispositivo, que favorecen su eficacia. Desde nuestros inicios, todos los martes hubo y hay taller, y desde hace 8 años sucede en el mismo sitio. Hemos incorporado otros días para nuevas actividades y para el desarrollo de las acciones artísticas en comunidad, pero la continuidad del martes en el mismo espacio físico, permite que ese día, aún en las condiciones climáticas más adversas, como lluvias copiosas o paro de colectivos, haya actividades de taller, porque siempre asisten talleristas. Relato una anécdota a modo de ejemplo: hace unos meses hubo un martes de lluvia torrencial y en medio de la lluvia, aparece Pablo que hacía no menos de 2 años y medio que no participaba.

Llegó muy mojado, nos contó que estaba bien, que se acordaba del taller, compartió unos mates y pintó. Quienes integramos el dispositivo sabemos que los martes siempre hay taller, que este es un espacio grupal seguro, que sostiene y alberga. Entendemos que los

organizadores tiempo/espacio generan condiciones de cuidado en la subjetividad de las personas participantes.

6. Modificación del rol social

En el mismo sentido de lo ya enunciado, el modelo que se trabaja es el de la transformación posible de la posición subjetiva de las personas con diagnóstico, modificando su rol social, del lugar de “paciente”, etimológicamente entendida como “sufriente”, propia del modelo médico hegemónico, al de sujeto de aprendizaje y agente de transformación cultural.

Entendemos la cultura en todas sus dimensiones como el conjunto de las producciones humanas materiales y simbólicas, junto a los sueños individuales y colectivos. La cultura aparece como una invención humana que se edifica socialmente, incluye la mirada que tenemos y hemos conformado de las cosas y del mundo, y la manera en que nos insertamos y posicionamos en él. Ernani Fiori en el prólogo al libro de Paulo Freire, *Pedagogía del oprimido*, afirma que “no hay hombre absolutamente inculto: el hombre se ‘hominiza’ expresando y diciendo su mundo. Ahí comienza la historia y la cultura” (1973, p.17).

Es por esto que, partiendo de la propia representación del mundo y la propia valorización, en un princi-

pio el objetivo es el de un trabajo enmarcado en lo personal/singular, que genere confianza en el propio decir y hacer, para después poder concretar proyectos culturales y de acción comunitaria, elaborados grupalmente. En esta línea, Alvarez Gomez explicando a Gramsci, indica que la clase dominante “construye hegemonía reproduciendo su patrón de dominación a través de la cultura usando como herramientas la educación, medios de comunicación, etc.” (2016, p.154) y que no solo las propias contradicciones del capitalismo son las que conducirán a su derrumbe “sino también las ideas (...) la cultura tienen un rol importante que cumplir para la transformación” (p.154). Por lo que la cultura aparece como producción simbólica que permite construir ideologías. Al modificarse esa matriz ideológica en los grupos y las comunidades, surgen otras lógicas de articulación en relación a los estereotipos sociales, pudiendo ser modificados a lo largo del tiempo y en forma perdurable, por ejemplo, en relación a la locura, al miedo a las personas con padecimiento subjetivo, a pensarnos como sujetos también padecientes, entre otros.

Es en el ámbito de la cultura, y en concreto del mundo del arte, donde existe un creciente interés de acercar la experiencia cultural y artística a todas las comunidades, sobre todo a quienes se encuentran en situación de padecimiento subjetivo y vulnerabilidad. Entendemos

a la cultura como una dimensión fundamental para el desarrollo de los sujetos. Desde el posicionamiento donde trabajamos, no se busca necesariamente “generar artistas”, sino desarrollar la capacidad humana de potenciar la creatividad a través de los lenguajes del arte, de estéticas emergentes y de construir en común, permitiendo otras miradas más amplias del mundo. Es desde esta amplitud que pensamos la intersección entre Arte, Salud mental y Derechos Humanos.

7. Un arte instituyente

Entendemos el arte como proceso, como herramienta de transformación que habilita desde la singularidad el lazo social. Todo lo que se aprende y/o construye, se resignifica y enseña en las plazas, en barrios, en escuelas, en facultades. Frente a la inmediatez de la cultura capitalista de producir mucho y rápido, en los talleres nos damos el tiempo necesario del encuentro, de la escucha, de elegir desde qué lenguaje expresar, la posibilidad de trabajar con cada producción singular, donde cada una, cada uno, pueda encontrar/se en su forma. De este modo abogamos por la escucha, la coincidencia, los materiales y el tiempo necesario analizados como instituyentes. Aquí aparecen trabajos únicos y diferentes. El dispositivo se caracteriza por encontrar en el grupo, la producción artística singular de cada

tallerista. En escritura observamos producciones que van desde el poema breve a la prosa no ficcional, haikus, textos narrados; en cuerpo, las corporalidades aparecen tímidas, frágiles, resistentes; y desde el lenguaje visual el espectro permite encontrar colores saturados o propuestas acromáticas, figuras humanas o imágenes oníricas.

De esta forma surgen las producciones, que no quedan en el espacio del taller, sino que se resignifican en ámbitos de la comunidad. Todo lo que se aprende y se realiza en los talleres, se comparte en espacios comunitarios. Asimismo, son los propios talleristas quienes co-coordinan las actividades en barrios, hogares de ancianos, escuelas y plazas, entendiendo que enseñar y aprender no son procesos separados, sino articulados como una unidad. Pichón-Rivière afirmaba que “esta concepción del aprendizaje como praxis, como relación dialéctica, nos lleva necesariamente a postular que el enseñar y el aprender constituyen una unidad” (1995, p.209).

El sostenía que el que enseña no sabe todo y el que aprende no ignora todo, y este proceso se replica, porque hay dos procesos de enseñanza/aprendizaje: uno en el taller y otro en la comunidad. Finalmente, hablamos de promoción de ciudadanía porque la modificación

del estigma social, las violencias, la salud, el miedo a las personas en tratamiento y el buen trato son algunas de las temáticas que se despliegan en estas actividades colectivas.

8. Cierre

El delirio son instantes. Puede durar toda la vida.

Mi poesía es toda medida.

El arte tiene que volver a ser un acto de sinceridad

“Todo lo que uno recibe es pasión”

Jacobo Fijman

Para finalizar y regresando a Fijman, planteamos un arte como posibilidad, para que las personas, como texto y contexto, desde su biografía, su historia corporal, su trama, propongan formas estéticas a fin de dar voz a su propio mundo. Para esto son necesarios abordajes desde la potencia creativa, desde el vínculo y desde la ternura como posicionamiento ético y político. Es por ello que no proponemos un arte edulcorado, que embellezca el horror o que lo disfrace, sino que lo denuncie o desenmascare, y que sí permita soñar y crear mundo nuevos, bellos y habitables... mundos otros.

Bibliografía

Alvarez Gómez, N. (2016). El concepto de Hege-
monía en Gramsci: Una propuesta para el análisis y la
acción política. *Revista de Estudios Sociales Contemporá-
neos*, (15), pp. 153-219.

Eisner, E. (2004). *El arte y la creación de la mente. El
papel de las artes visuales en la transformación de la con-
ciencia*. Paidós.

Escobar, T. (2012). *La belleza de los otros: arte indíge-
na del Paraguay*. Fondo Editorial Casa de las Américas.

Fijman, J. (2019). *Libro de la cántiga de pasión*. Edi-
torial Duino

Freire, P. (1973). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.

Moffatt, A. (2000). *Viajes por los bordes de la razón*.
Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo.

Moffatt, A. (1988). *Psicoterapia del oprimido*. Edito-
rial Humanitas.

Pichon-Rivière, E. (1995). *El proceso grupal. Del psi-
coanálisis a la psicología social (1)*. Ediciones Nueva Vi-
sión.

Sapetti, A. (2012). *De Locura y Arte: demonios y pesa-
dillas de los artistas que hicieron más bella a la humanidad*.
Lea S.A

Serrano, R. (28 de mayo de 2021). *Arte y Marxismo*.
Expositores Raúl Serrano, Marina García y Manuel Santos.

Zito Lema, V. (2001). *Conversaciones con Enrique Pi-
chon-Rivière sobre el arte y la locura*. Ediciones cinco

Notas

1. Texto trabajado a partir de la ponencia presentada en
la 1ra Jornada de Ciencias Sociales, Derechos Humanos y Sa-
lud Mental del 29 y 30 de junio de 2023, Facultad de Ciencias
Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

2. En Sapetti, A. (2012). *Locura y arte: demonios y pesa-
dillas de los artistas que hicieron más bella a la humanidad*.
Buenos Aires. Ediciones LEA S.A

3. Investigadora postdoctoral del Proyecto “Arts in Mind:
Artistic Practices of Mental Health and Human Rights Acti-
vism in Latin America” (Alemania).

4. Equipo de Recreación, Hospital Tobar García.

5. El cisne del arte (La Plata, Buenos Aires, Arg.)

Salud mental y perspectiva de género: notas sobre un festival comunitario

GOMEZ KUM, Cecilia.

Licenciada en Psicología (UCES). Diplomada en Gestión de proyectos culturales con perspectiva comunitaria y territorial (UNCAUS). Diplomada en Abordajes Socio Comunitarios de los consumos problemáticos con enfoque en Derechos Humanos (UBA- SeDroNAr). Programa de Actualización en Psicodrama (UBA). Docente JTP en la cátedra de Salud pública salud mental (UCES- Sede Resistencia)

Contacto: ceciliagomezkum@gmail.com

Recibido: 31/08/2023; **Aceptado:** 08/04/24

Cómo citar: Gomez Kum, C. (2024). Salud mental y perspectiva de género: notas sobre un festival comunitario. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 167-173

Resumen

El presente escrito relata una experiencia acerca de la realización de un festival comunitario con el objetivo de visibilizar la violencia de género en una comunidad de Puerto Tirol, provincia de Chaco, Argentina. Este evento se llevó adelante gracias al trabajo en red de manera intersectorial e interdisciplinaria. Esta experiencia reúne algunas coordenadas para pensar la relación entre salud mental comunitaria, perspectiva de género y cultura, desde una mirada crítica y territorial.

Palabras clave: salud mental – comunidad – perspectiva de género - participación

Mental health and gender perspective: notes on a community festival

Abstract

The present writing relates an experience about the realization of a community festival with the objective of making visible gender violence in a community of Puerto Tirol, province of Chaco. This event was carried out thanks to networking in an intersectoral and interdisciplinary manner. This experience brings together the coordinates to think about the community mental health relationship, gender perspective and culture, from a situated thinking and a critical look.

Keywords: mental health - community - gender perspective - participation

Introducción

La experiencia relatada a continuación se enmarca dentro del Curso de capacitación en servicio “El rol del psicólogo y la psicóloga en A.P.S.”, el cual es llevado a cabo por el Área Socio Comunitaria del Centro Integrador Comunitario de la localidad de Puerto Tirol en conjunto con el Colegio de Psicólogos y Psicólogas de la provincia del Chaco.

El Área Socio Comunitaria se crea como tal tras el pedido conjunto de una asociación y de personas de la comunidad en general, quienes notaron un profundo

aumento de problemáticas de salud mental en la localidad. Tales problemáticas giraban en torno a los consumos problemáticos y suicidios, pero sobre todo en relación al aumento de la violencia de género. Es así que con el apoyo municipal se conforma un equipo interdisciplinario en el Área, el cual está integrado por psicólogos, trabajadores sociales y operadoras en psicología social.

De esta manera, para poder dar respuestas a las problemáticas de la comunidad se crearon una serie de dispositivos, entre ellos el grupo “Mujeres participativas”. Tal grupo reúne mujeres víctimas de violencias, promoviendo los lazos sociales al interior del grupo como así también favoreciendo espacios de emprendedurismo y participación en la comunidad. Como consecuencia de ello se realizan ferias de ropa usada que las participantes restauran con el fin de ser vendidas semana de por medio.

De este modo, el Área Socio Comunitaria no podía dejar pasar inadvertido una fecha de gran relevancia para la comunidad como lo es el 3 de junio, día del “Ni Una Menos”. Tal consigna es encabezada por un movimiento feminista iniciado en Argentina en 2015 como un modo de manifestarse contra la gran cantidad de femicidios acontecidos. Es así como surge la iniciati-

va de realizar una actividad que reúna a las mujeres del pueblo, para concientizar sobre la violencia de género como una problemática de salud mental, pero sin revictimizar a quienes hayan atravesado dicha situación.

De esta manera, surge la idea de realizar un festival cultural, donde se pueda mostrar lo que las mujeres realizan y producen, como así también que sea un espacio de encuentro y reflexión que, lejos de llevar un tinte de amargura por la temática a tratar, más bien resalte los aspectos participativos y la organización colectiva como única manera de encontrar respuestas frente a tanto dolor causado por los femicidios, las violencias y el patriarcado.

Así fue que surgió el “Femi Activa”, festival que llevó adelante el Área Socio Comunitaria, el grupo “Mujeres Participativas”, y que además contó con el apoyo de la municipalidad de Puerto Tirol, de la agrupación feminista “Vivas”, como así también de emprendedoras, artistas y comunidad en general, realizándose en un espacio público muy transitado y de mucha trascendencia para la localidad.

Con este escrito proponemos subrayar, en primer término, la importancia de la construcción de redes con diferentes sectores en el trabajo en salud mental

que promuevan la participación comunitaria. En segundo lugar, generar espacios de visibilización sobre la importancia del lugar de la mujer en la comunidad, desnaturalizando la violencia. Por último, resaltar los efectos que genera en la comunidad el encuentro entre vecinos y vecinas, como así también el encuentro intergeneracional.

Salud mental comunitaria y perspectiva de género

En primera instancia, para abordar la violencia de género como una problemática en salud mental debemos remitirnos a la perspectiva de género. Esta mirada nos permite reconocer las desigualdades estructurales que viven a diario las mujeres y disidencias solo por su género, que determinan el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (Tajer, 2014). Estas asimetrías no sólo se observan en el campo de la salud, sino que operan en todas las esferas de la vida, generando roles que reproducen inequidades. Es así, que desde esta perspectiva se pueden deconstruir estereotipos que producen malestar y sufrimiento, como así también tratar con mujeres víctimas de violencia de género desde una mirada integral. Ahora bien, teniendo en cuenta la complejidad de esta problemática es que consideramos de suma importancia recordar el día del “Ni Una

Menos” de manera creativa y colectiva. La idea de que el festival se denomine “Femi Activa” intenta resaltar el rol activo de las mujeres en su cotidianidad como así también en su comunidad. Al abrir la convocatoria para invitar a emprendedores al festival, no se realizó ninguna aclaración en cuanto al género o la exclusividad de las mujeres; sin embargo, fueron mujeres en su totalidad las emprendedoras que se presentaron con sus diversos productos al evento. De la misma manera ocurrió con la convocatoria para artistas, siendo mujeres en su mayoría jóvenes las que se ofrecieron gustosamente a participar.

Estas convocatorias nos hicieron ver como equipo la importancia de las mujeres en la localidad, como así también el protagonismo que tienen en la economía popular y en la escena local. Cabe destacar que al evento concurrieron múltiples familias, niños, niñas y jóvenes reunidos en grupos de amigos o transeúntes que se quedaban en el evento cuando reconocían entre la multitud algún rostro familiar.

El reconocimiento al lugar que ocupan las mujeres en la comunidad promovió de una manera diferente la conmemoración del día, haciendo de una jornada teñida de música y alegría un lugar de concientización y reflexión.

Entre redes y territorio

Para la organización del evento fue necesario contar con la participación de distintos sectores de la sociedad tales como una asociación civil, una agrupación feminista y el Área de Cultura de la Municipalidad de Puerto Tirol. El grupo de emprendedoras “Mujeres participativas” en conjunto con los profesionales del Área Socio Comunitaria, lograron trabajar de manera mancomunada en pos de un objetivo en común.

Este posicionamiento posibilitó una construcción colectiva que supone el intercambio de saberes y experiencias promoviendo nuevos objetivos en torno a la problemática que preocupa y ocupa a cada sector involucrado. En este sentido se observa el elemento aglutinador de tal trabajo en equipo, ya que se comparten una serie de creencias y valores (Bang y Stolkiner, 2013).

Si bien no se constituyó de manera formal una red, aun así, se puede decir que hay un trabajo articulado con estos sectores de la comunidad, aportando una mirada intersectorial e interdisciplinaria a las problemáticas. Rovere (1999) propone al concepto de redes desde una perspectiva vincular que aloja a las heterogeneidades de manera organizada. Se genera de este modo un proceso dinámico de lo común que no está dado de an-

temano, sino que se construye vincularmente a partir de las diferencias (Bang y Wajnerman, 2010).

Además, es fundamental mencionar la importancia de la realización de tal evento en un espacio público donde se disputan tensiones en torno al poder. El espacio es entendido como aquel telón donde se produce la red de intercambios propios de la economía popular en el que están inmersas las mujeres, no solo para intercambiar bienes sino también saberes. El fortalecimiento de esos intercambios a nivel colectivo es fundamental, más aún si se trata de una problemática tan compleja como la violencia por motivos de género, dado que es una situación que interpela a múltiples actores y que su concientización conlleva la promoción de relaciones más justas. La apropiación del espacio público implica el fortalecimiento de la comunidad en tanto reconoce sus potencialidades como así también aquello que le pertenece; además, hacerlo mediante expresiones culturales se constituye en actos cuidadores de salud, ya que es un mecanismo de afianzamiento de micropoderes comunitarios (Bang, 2016). En este caso, el lugar elegido fue una plazoleta rodeada por el Río Negro, es un lugar de paso, de encuentro, de historia de toda la localidad. Para pensar el trabajo en redes desde una perspectiva comunitaria es imprescindible la noción de territorio en tanto es un espacio que enmarca

a lo colectivo, un espacio cargado de afectos compartidos e individuales. Es bajo esta idea que fue elegido ese lugar para llevar adelante el festival, siendo un espacio sumamente significativo para la comunidad.

Encuentros

Una vez iniciado el evento se pudo observar a todas las emprendedoras ya en sus puestos, como así también a las artistas, quienes concurrían acompañadas de otras que querían participar también del evento. Todas mujeres de diferentes edades, con distintas historias, pero reunidas en un espacio común bajo una misma causa.

Es así que se dio un encuentro intergeneracional en mujeres adultas, jóvenes y disidencias permitiendo el intercambio y la posibilidad de pensar espacios más justos. De esta manera, mujeres más jóvenes dialogaban acerca de la problemática con otras adultas posibilitando un intercambio entre vecinas y vecinos de la comunidad.

Este festival, que se realizó de manera íntegramente comunitaria, contribuyó a promover la concientización y producción de cuidados en relación a las violencias. Para Merhy (2006) el propósito en el campo de la salud es la producción de cuidado, ya que es de esta manera que se llegará a la promoción de la salud. Esta concep-

ción de cuidado denota las relaciones horizontales y participativas, y se contrapone a la noción de cuidado liberal en donde las acciones quedan libradas al individuo; por el contrario, el cuidado es una categoría relacional en donde intervienen diversos actores. Como agentes de salud mental lo comunitario nos atraviesa y nos posiciona en un lugar diferente, desde una manera distinta de escuchar sufrimientos subjetivos, como así también de leer fenómenos a nivel colectivo. La salud mental comunitaria implica una apertura epistemológica a nuevas formas de concebir la salud mental y el rol de los profesionales en este campo.

Hablamos entonces no solo de un encuentro cara a cara entre vecinos, sino también de un encuentro entre comunidad y todos los sectores que hicieron posible este evento. Encuentros con otros seres humanos que hacen posible pensar nuevas maneras de encontrarnos.

Ahora bien, si se retorna al objetivo principal del evento, se puede pensar que es indispensable la gestión de estos espacios de encuentro. En palabras de Percia: “la ilusión de estar en común se ofrece como huida del desamparo: proximidades que no se alcanzan, lejanías que se atemperan intentando hablar (...) alivian lo que un cuerpo no puede” (2017, p. 225).

Abordar las violencias, más precisamente la violencia por motivos de género, implica trabajar con mujeres que probablemente hayan perdido gran parte de sus vínculos cercanos más significativos. Es así, entonces, que se vuelve fundamental posibilitar el fortalecimiento de la comunidad entendiendo que la base de este proceso emancipador es la acción conjunta y solidaria de los miembros que comparten objetivos y expectativas, y enfrentan las mismas necesidades y problemas (Montero, 2003). Este festival es una expresión cultural, que produce tanto identidades como relaciones sociales. La cultura funda en los sujetos una epistemología desde donde interpretar y relacionarse con el mundo (Vich, 2014). Se trata, entonces, de construir una cultura del encuentro, solidaria, donde se puedan promover procesos participativos que pueden ser un factor en sí mismos de salud mental.

Conclusiones

A modo de síntesis se puede decir que la realización de este festival promovió el espacio de encuentro intergeneracional entre mujeres adultas y jóvenes. Un encuentro entre sus modos de vida y sus puntos de vista, una manera de contribuir enormemente a la visibilización del lugar de la mujer en la comunidad, como así también visibilizar la problemática de la violencia de

género, haciéndole frente al aislamiento, al individualismo, con espacios de encuentro, diálogo y reflexión.

Esta clase de eventos constituyen actos cuidadores de salud, a través del cual las mujeres y todos los participantes evidencian su capacidad de acción, de creatividad y de encontrar solución o salida a situaciones problemáticas con sus propios saberes (Bang, 2016). Además, son espacios fundamentales para cuestionar y reflexionar prácticas naturalizadas que perpetúan violencias y malestar. Este festival, y todo lo que implicó su realización, nos demuestra lo heurístico del trabajo comunitario del que habla Montero (2003), una amplitud epistemológica desde donde pensar nuestra práctica para responder de manera creativa y trabajar con la comunidad.

Bibliografía

Bang, C. (2016). *Salud mental comunitaria y creatividad: tejiendo redes desde la participación comunitaria y la creación colectiva*. Lugar editorial.

Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en Salud/Salud Mental desde la perspectiva de redes. *Revista Ciencia Docencia y tecnología*, (46), pp. 123-143.

Bang, C. y Wajnerman, C. (2010). Arte y transformación social: La importancia de la creación colectiva en intervenciones comunitarias. *Revista Argentina de Psicología*, 48, pp. 89-103.

Rovere, M. (1999). *Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.

Montero, M. (2003). *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria*. Paidós.

Percia, M. (2017). *Estancias en común*. Ediciones La Cebra.

Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud. En D. Tajer (Coomp.) *Género y salud, las políticas en acción*. Lugar Editorial.

Vich, V. (2014). *Desculturalizar la cultura: la gestión cultural como forma de acción política*. Siglo XXI.

Salud Mental en tiempos libertarios

GORBACZ, Leonardo.

Licenciado en Psicología (UBA). Matrícula N° 17558.
Diputado Nacional (MC). Autor de la Ley Nacional de
Salud Mental 26.657

Contacto: leonardogorbacz@gmail.com

Recibido: 31/08/2023; **Aceptado:** 08/04/24

Cómo citar: Gorbacz, L. (2024). Salud Mental en tiempos libertarios.
Revista Salud Mental y Comunidad, (16), 174-181

1. Determinantes sociales actuales en salud mental

Asistimos a una etapa de profundos cambios en Argentina y en el mundo. La profundización sostenida de las desigualdades hacia dentro de cada sociedad y entre los países y las regiones, el predominio de los poderes económicos concentrados por sobre los poderes político-democráticos, y la debilidad de los organismos internacionales, ha producido un mundo con mayores niveles de violencia a escala interpersonal, social y planetaria.

Al mismo tiempo, el desarrollo de la tecnología de la comunicación ha puesto a las personas en situación de acceso ilimitado a la información disponible (sin posibilidad de distinguir la veracidad de la misma) y también ha posibilitado que cada una de ellas, sin perjuicio de sus posibilidades económicas, tenga acceso a opinar en foros de potencial alcance mundial.

Las redes sociales sin duda son un factor potente que impacta en la construcción de nuevas subjetividades. Permiten aparentemente mayores interacciones sociales, pero basadas más en la demanda de reconocimiento (*likes*) que en el enriquecimiento mutuo, al tiempo que dejan fuera los cuerpos y sus tensiones.

Esta combinación entre la disminución de la calidad de vida que la política no ha podido resolver, y la posibilidad de contar con una tecnología que excluye la implicación de los cuerpos y brinda la ilusión de autonomía individual absoluta ha generado el “advenimiento de subjetividades revanchistas, subjetividades que se acaban de equipar con nuevas herramientas y que arden en deseos ahora, cueste lo que cueste, de construir su propio relato de las cosas, de hacerse escuchar (...) Llegó la hora de una voluntad masiva de resarcimiento.”¹

Este proceso, entre otras variables de nuestra propia historia reciente, desembocó en nuestro país en la elección de Javier Milei como presidente de la Nación, quien al cabo de 5 meses de gestión ha ido tomando decisiones y generando discursos y gestos que tienen pleno impacto en el campo de la salud mental, no sólo en el orden de las determinaciones sociales del malestar subjetivo sino también en cuanto a las posibilidades

de respuesta del sistema de salud y de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. La violencia y el individualismo han aumentado a nivel mundial, pero en Argentina en particular -con la llegada del nuevo gobierno- constituyen una verdadera política de Estado, con impacto directo en la salud mental individual y colectiva.

El discurso oficial es violento y, por tanto, habilita la violencia y la naturaliza. Si la principal responsabilidad de un liderazgo es administrar la tensión que siempre existe entre los intereses individuales y colectivos, asistimos hoy en nuestro país al ejercicio de un liderazgo inédito que bajo la propuesta de una libertad individual absoluta y un anarco-capitalismo radical rechaza hacerse cargo de esa responsabilidad y deja a cada quien a cargo de resolver sus propios problemas en el mercado. El interés colectivo es señalado como una restricción indebida de lo individual y desdeñado como un “colectivismo” al que hay que combatir.

Es esperable entonces que la enorme dificultad para la construcción de sentidos y proyectos deseantes en un contexto de competencia feroz, individualismo exacerbado (con la contracara de la desconfianza en el otro que eso genera), además de la ansiedad marcada por los tiempos urgentes de las nuevas tecnologías y la idealización

zación ilimitada del dinero, generen cada vez mayores padecimientos e incluso nuevas formas de presentación del malestar.

En la jornada sobre “Salud Mental, Violencia Social y de las Instituciones”, organizada por el Instituto de Estudios Avanzados de la Universidad de Sao Paulo (Brasil) este año, propuse 7 ideas para pensar el impacto de la violencia en la salud mental en nuestra sociedad actual:

1. La prevalencia de la proyección como mecanismo defensivo: se presume que el otro es una amenaza antes que un apoyo. La idea extendida, de ciertos discursos psi que circulan en las redes, sobre lo tóxico (el tóxico siempre es el otro), dan fe de ello, como también algunos discursos que leen los conflictos en términos de culpables por un lado y víctimas por el otro. Esta tendencia que viene desde hace al menos una década incluso desde sectores progresistas, es hoy también tomada y exacerbada por el discurso presidencial, que tiende a depositar masivamente el mal en otro y no hacerse cargo de lo propio.²
2. La tendencia a reducir la cultura al mer-

cado, excluyendo las dimensiones del afecto, la identidad y el orgullo nacional y la solidaridad, y limitando la dimensión de ciudadano a mero consumidor.

3. La pretensión de la existencia de una sola verdad, lo que habilita a suprimir al que piensa distinto (“no la ven”³)
4. Una falta de confianza extendida en todas las instituciones que representan el consenso social, reflejada en muchas encuestas de opinión, y su reemplazo por una fe ciega en liderazgos mesiánicos.
5. La consistencia de goce inherente al ejercicio de la violencia, que se consolida frente a las barreras para el despliegue de la dimensión del deseo (que siempre debe pasar por el otro).
6. Una identificación a la violencia del líder a través de la violencia como rasgo.
7. Un aumento de las demandas sociales punitivas ante la imposibilidad de pensar la interacción desde el respeto de las diferencias para la solución de conflictos, que también se dirige al sistema de salud mental.

Freud nos advierte que efectivamente existe una dimensión de conflicto estructural irresoluble entre lo individual y lo colectivo, y que a lo máximo que podemos esperar es a un equilibrio inestable. En *El Malestar en la Cultura* describe lo que sin dudas constituye el clima que estamos atravesando actualmente:

*"Cuando en una comunidad humana se agita el ímpetu libertario puede tratarse de una rebelión contra alguna injusticia establecida, favoreciendo así un nuevo progreso de la cultura y no dejando, por tanto, de ser compatible con ésta; pero también puede surgir del resto de la personalidad primitiva que aún no ha sido dominado por la cultura, constituyendo entonces el fundamento de una hostilidad contra la misma. Por consiguiente, el anhelo de libertad se dirige contra determinadas formas y exigencias de la cultura, o bien contra ésta en general."*⁴

Este nuevo escenario, de escala global pero marcado particularmente por la propia gestión gubernamental de nuestro país, constituye un contexto de generación de malestar que con frecuencia toma la forma de padecimientos en salud mental, que lamentablemente se irán agravando en la medida en que, además, quienes hoy padecen carencias materiales pero mantienen sus

expectativas de mejora (la esperanza es lo último que se pierde) se sientan decepcionados y alimenten un malestar generalizado sin demasiadas vías, por ahora, de construir espacios colectivos de tramitación de ese malestar y de acción concreta para revertir positivamente las condiciones de vida.

2. Las medidas del nuevo gobierno con impacto en salud mental

Una sola referencia hizo el actual presidente a la cuestión de la salud mental durante su campaña cuando dijo, respecto al consumo de sustancias, que como "libertario" entendía que ese era un problema estrictamente personal y que el Estado no tenía que intervenir de ningún modo, entendiéndose que eso significaba desentenderse en lo sanitario, pero también abstenerse de la criminalización.

Una vez en gestión quedó en evidencia que la única abstención iba a ser respecto de la respuesta sanitaria, pero no de la represiva, que se iba a pretender restaurar a partir de una modificación de la legislación vigente.

El proyecto de la llamada "Ley Ómnibus" presentado por el gobierno en el marco de las sesiones extraordinarias del Congreso de la Nación, incluyó sorpresivamente un capítulo de modificación de la Ley de Salud

Mental 26.657, orientado a restituir el viejo modelo manicomial a partir de modificaciones tales como la rejudicialización de las internaciones, la habilitación de monovalentes y la subordinación de la interdisciplina al saber psiquiátrico.

La rápida movilización del colectivo de salud mental frenó esa posibilidad, que sin embargo sigue latente a partir de distintos proyectos de ley presentados en el marco del período ordinario de sesiones.

Sin embargo, el clima generado le ha permitido al Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Jorge Macri, hacer una campaña publicitaria sobre el orden y limpieza en las calles porteñas mostrando, con una crueldad sin precedentes y sin ningún tapujo, fotos que mostraban un antes y un después de la limpieza donde lo que desaparecen son las personas en situación de calle.

La Ley Nacional 26.657 no ha sido modificada a la fecha, pero el gobierno nacional en sólo 5 meses tomó sendas medidas que impactan directamente en el sistema de salud mental. Para enumerar sólo algunas: la desregulación de la medicina prepaga (que dejó sin cobertura por imposibilidad de pago a miles de personas), la entrega del control del sistema a referentes de las

empresas, la caída de programas de apoyo financiero a las provincias, la desregulación del precio de medicamentos, el ataque a las universidades (donde se forman los futuros profesionales del campo de la salud mental y se capacitan los que ya están recibidos), el desmantelamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Técnica [CONICET] (donde se realizan importantes investigaciones en ciencias sociales), el desfinanciamiento de Obras Sociales por caída del valor de los salarios de los trabajadores, la paralización de la obra pública (incluyendo la infraestructura sanitaria), la amenaza de desregulación del sistema de prestaciones a personas con discapacidad y el freno a la entrega de pensiones.

Párrafo aparte merece la iniciativa de la ministra de seguridad de facilitar la tenencia de armas de fuego entre la población civil, emulando políticas que en países como, por ejemplo, EEUU agravan las consecuencias de la violencia social y sin dudas que, de concretarse, se verá traducida en aumento de las tasas de suicidio, femicidios e incluso matanzas de tono reivindicativo.

Sólo la dimensión del federalismo de nuestro diseño constitucional permite que algo del sistema se pueda seguir sosteniendo desde los niveles locales, pero bajo una presión cada vez mayor.

Por otra parte, no podemos dejar de señalar que a cargo de la Dirección Nacional de Salud Mental ha sido designada una médica proveniente del ámbito de las clínicas privadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), sector que hace algunos años han llevado a la instancia judicial su negativa a adecuarse a los términos de la Ley de Salud Mental, en particular a su Artículo 27°. Así las cosas, en un contexto social altamente patógeno caracterizado por el individualismo, la violencia y las condiciones sociales en franco deterioro (despidos masivos, aumento desmedido de la canasta básica, etc.), un sistema de salud mental debilitado es llamado a responder bajo una doble presión: no sólo aumentan las consultas, sino que también aumenta la demanda de soluciones rápidas, aunque estas sean de tipo custodial-manicomial.

3. Ideas para orientar un debate en tiempos difíciles

Sé que el apretado análisis de situación que hicimos hasta aquí es bastante desolador, pero siempre es mejor ser franco en la etapa del diagnóstico.

Es preferible que las ganas de creer no distorsionen la mirada sobre la realidad y se depositen en la confianza sobre la capacidad de acción que podamos construir.

Enumero algunas ideas, que sólo pretenden desencadenar conversaciones y debates:

1. El colectivo de salud mental y derechos humanos tiene una larga trayectoria en nuestro país y ha sabido construir transformaciones, incluyendo la Ley Nacional 26.657, y también ha sabido resistir a los intentos de retroceso de estos últimos años. Es preciso mantenerse movilizado, generando permanentemente espacios de participación y discusión sobre la situación de la salud mental en cada territorio.
2. Debemos evitar reducir la discusión de la cuestión de la salud mental a la ley 26.657, y ampliar lo más posible el debate a todas aquellas cuestiones que identificamos como centrales: determinantes sociales, financiamiento, prestaciones, etc. Enfocarse en la discusión de la ley de salud mental hoy, aún para defenderla, es funcional al ocultamiento de los determinantes sociales productores de sufrimiento y de las medidas económicas y sanitarias que han empeorado notablemente la situación.
3. Es importante aumentar nuestra parti-

cipación en los espacios públicos (medios de comunicación, redes sociales), no sólo para denunciar las políticas que deterioran el sistema sino también para interpelar a la sociedad sobre las formas del individualismo y la importancia del lazo social para la salud mental, confrontando con las teorías de la auto-estima que sólo generan mayor malestar (es paradójico que la época de proliferación de los discursos de la autoestima sea la que más eslavos de la mirada del otro ha generado).

4. Ubicar la potencialidad, pero también las limitaciones del sistema de salud mental, corresponsabilizando a los distintos sectores y a la comunidad en su conjunto.

5. Fortalecer alianzas con las organizaciones de la sociedad civil que salgan a dar respuestas comunitarias a la gente en mayor vulnerabilidad: comedores, programas de apoyo a personas en situación de calle, cooperativas.

6. Multiplicar los talleres sobre salud mental en escuelas y barrios, entendiendo que todo espacio amigable que se pueda generar para la circulación de la palabra y una escucha que

evite el juicio de valor es productor de salud.

7. Alentar las investigaciones sociales sobre los intereses vitales de las nuevas generaciones y sus formas de construir lazos, como aportes imprescindibles a la clínica.

Esta lista podría seguir, y sería muy positivo que podamos seguir agregando propuestas y contenidos.

Cada vez se acude más a la consulta demandando un diagnóstico más que una cura. Tal vez esa demanda, que considero un analizador interesante de la época, constituya el intento fallido de una búsqueda de reconocimiento, que se puede analizar junto a otras demandas identitarias presentes en los últimos tiempos en la sociedad.

Por eso propongo discutir si en este contexto el concepto de “cuidados” en salud mental -tan presente en nuestros discursos actuales- alcanza para repensar nuestras prácticas, frente a sujetos que demandan reconocimiento y rechazan toda propuesta que se perciba como un obstáculo para la autodeterminación.

Notas

1. Sadin, E. (2022). *La era del individuo tirano-El fin de un mundo común*. Caja Negra.

2. Sobre este punto recomiendo el siguiente libro *El Conflicto no es Abuso-Contra la Sobredimensión del Daño* de Sarah Schulman (Ed. Paidós, 2023).

3. Fórmula usada habitualmente por el presidente de Argentina Javier Milei y sus seguidores.

4. Freud, S. (1929). *El Malestar en la Cultura*.



Los cuidados "Después de Hora"

MALGÁ, Martín Sebastián.

Subsecretario de Salud Mental y Adicciones,
Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de
La Pampa. Licenciado en Psicología. Estudiante de la
Especialización en Salud Mental Comunitaria (UNLa).

Contacto: martinmalgalp@gmail.com

Cómo citar: Malgá, M. S. (2024). Los cuidados Después de Hora.
Revista Salud Mental y Comunidad, (16), 182-187

Como responsable de las políticas públicas en salud mental y consumos problemáticos, quiero agradecer a mis compañeros y compañeras Lautaro García, Soledad Gauna, Analía Ripoll, Manuel Pizarro, Malén Lujan, Soledad Masolo, Lucía Rodríguez y Andrés Oyarce, por permitirme llevar adelante esta vocería sobre el trabajo que realizamos de manera conjunta. Pido disculpas a los/as trabajadores/as del área y a mis compañeros/as si en algo pueden molestar las limitadas palabras que tenemos sobre algo tan sagrado, y que nos convoca a todos/as, como es la voluntad por el trabajo hacia nuestro pueblo.

Un estado nacional democrático con una gestión que “destruye el estado desde adentro” (Milei, 2024)

En el actual contexto donde la extrema derecha gobierna a nivel nacional y también con experiencias de gobiernos que accedieron por la vía democrática al poder en el ámbito internacional (Bolsonaro en Brasil

2019-2023 y Donald Trump en EE.UU. 2017-2021), vemos con suma preocupación cómo en nombre de la soberanía popular los gobiernos asumen características racistas, xenóforas y de violencia política. El riesgo en sí mismo de esta situación es que se habilita la represión bajo el supuesto de un “consenso popular” (Gentile, 2019). Asistimos a tiempos de profundización de las pedagogías de la crueldad (Segato, 2015), políticas de descuido, abandono e indiferencia. Sufrimos una modalidad de gobierno que suspende derechos consagrados en la Carta de las Naciones Unidas (1945), en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948), e incluso en nuestra Constitución Nacional.

Vemos cómo se impugnan principios básicos constitucionales como es el de Justicia Social; las personas electas democráticamente por nuestro pueblo para procurar el bien común y dirigir los destinos de la Patria reniegan abiertamente, entre otras cosas, de la obligación que tiene el Estado Argentino de proveer acciones para promover la equidad e igualdad de oportunidades entre la población, principalmente en favor de las personas con derechos vulnerados. Una gestión que crea caos en el tejido social mientras busca asegurar estabilidad y previsibilidad para los grupos concentrados del capital nacional y transnacional.

El riesgo radica justamente en esa contradicción. Son gobiernos democráticos que no respetan, incluso detestan, los fundamentos de los estados democráticos.

Justicia Social y Salud Mental Comunitaria

Si “pensamos a la Salud Mental Comunitaria como el nivel alcanzado de bienestar psicosocial de una población, su capacidad de organización y participación en la vida social-comunitaria, enmarcados en un contexto de democracia, solidaridad y convivencia armónica, que permita un desarrollo autónomo, potenciador de las capacidades individuales y colectivas, preparado para sostener y aceptar las diferencias individuales y colectivas, realizando actividades que garanticen el bien común para las actuales y las futuras generaciones” (Lodieu et al., 2012)¹, entonces asumimos como desafío articular un trabajo que nos permita actuar en el campo comunitario de manera intersectorial e interdisciplinaria, sistemáticamente y de manera conjunta operar sobre las determinantes sociales de la salud mental mientras montamos las estrategias preventivas, de promoción y abordajes específicos e inespecíficos en salud mental.

En este contexto y con estos principios estratégicos, desde el Gobierno de la provincia de La Pampa lleva-

mos adelante diferentes acciones y políticas, algunas que buscan morigerar los efectos devastadores de las políticas nacionales. Una en particular de los últimos años que quisiéramos compartir: la creación, puesta en funcionamiento y ampliación del programa provincial interministerial “Después de Hora La Pampa”.

Se trata de una iniciativa de gobierno que tiene por objeto aumentar, “posibilitar y promover diversos espacios comunitarios y deportivos para el acompañamiento a las trayectorias de niños, niñas, adolescentes y a sus familias, en diferentes barrios y localidades, con el fin de fortalecer procesos de inclusión y participación social, robusteciendo y democratizando el acceso a bienes culturales y simbólicos, a actividades artísticas, culturales y deportivas favoreciendo la descentralización y un mejor acceso a las mismas por parte de niños, niñas, adolescentes y familias” (Gobierno de La Pampa, 2023).

Esta es una iniciativa que se caracteriza por la interdisciplinariedad y la intersectorialidad, integrando para la ejecución del mismo a la Subsecretaría de Educación, dependiente del Ministerio de Educación; las Subsecretarías de Deportes, Recreación y Turismo Social, y la de Niñez, Adolescencia y Familia, ambas dependientes del Ministerio de Desarrollo Social y Derechos Humanos, las Subsecretarías de Salud Mental y Adicciones y la de

Salud Social y Comunitaria, dependientes ambas del Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Lucha contra el Narcotráfico del Ministerio de Seguridad y Justicia, y por último, la Subsecretaría de Gobierno y Registros Públicos dependiente de la Ministerio de Gobierno y Asuntos Municipales

La propuesta nace a partir de una situación problemática que se identifica en un grupo de barrios de la ciudad de Santa Rosa, con una población predominantemente joven, de 30.000 personas aproximadamente, con una amplia mayoría de familias que habitan viviendas sociales construidas por el estado pampeano con apoyo de fondos nacionales desde el año 2007 a la actualidad. El escenario que promueve la implementación del programa se fundamenta en que existía un grupo de adolescentes que en los días de diciembre de 2022 y unos meses antes también, ocupaba en las tardes/noches las instalaciones de la escuela primaria y el colegio secundario, ambos edificios linderos y que se encuentran en un punto central de los barrios en cuestión. No se tenían grandes precisiones de quienes eran los adolescentes y qué hacían en el lugar, pero de esta situación referentes educativos y barriales manifestaban que eran cada vez más frecuentes roturas de vidrios que permitían el ingreso a las instalaciones, la vandalización del lugar y se refería la presencia de situaciones

de consumo de alcohol y otras drogas. El Ministerio de Educación convocó a la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones junto con las reparticiones más arriba mencionadas para pensar el problema y construir respuestas.

En las reuniones de armado donde participaron referentes comunitarios, funcionarios/as del Municipio de Santa Rosa, equipos de educación, salud y seguridad que tienen presencia en el barrio, se propusieron diferentes iniciativas como generar un equipo de operadores barriales que pueda hacer el seguimiento de esos grupos de adolescentes que ocupaban las escuelas para ofrecer los abordajes y recursos que pudieran requerir; se propuso articular con instituciones del barrio y con el Ministerio de Seguridad y Justicia para identificar a los adolescentes y a partir de ellos poder garantizar un abordaje de cada uno. Los diferentes actores convocados y participantes definimos la necesidad de apoyar a las y los adolescentes con recursos y asistencia, de acompañamiento y cuidados y no una respuesta punitiva, y coincidimos en la necesidad de conocer a las/os adolescentes y sus situaciones colectivas y particulares.

Se convocó al Ministerio de Seguridad y a la Subsecretaría de Energía y Minería a los fines de mejorar la iluminación del predio y dialogar sobre las estrategias

que emplea la Policía cotidianamente en estas situaciones. Del intercambio en estas mesas de trabajo de nutrida participación (gran parte de estas reuniones se tuvieron en el mes de diciembre de 2023 en las propias instalaciones de las escuelas) se generaron acuerdos entre los actores comprometidos a fin de nutrir de presencia y participación el espacio y ofrecer iniciativas que pudieran convocar a los/as adolescentes en cuestión.

Un Verano Activo

Nace así la iniciativa de “Verano Activo”, el antecedente del Programa Provincial “Después de Hora”. La iniciativa “Verano Activo” fue planificada para ser desarrollada durante el receso escolar hasta el inicio de clases, mediados de marzo 2022. Se abrieron las escuelas durante el verano con espacios grupales de participación en el barrio, de lunes a viernes desde las 18:30hs con gran participación de niños niñas y adolescentes, hasta 350 por día. El gobierno convocó a adolescentes del barrio para generar un espacio propicio de cuidados, abordajes específicos e inespecíficos para la promoción, protección y restitución de derechos. La Subsecretaría de Deportes planificó diferentes espacios de fútbol, voley, arco y flecha, judo, boxeo, entre otras; espacios donde poder circular y conocer las diferentes

disciplinas y experiencias de juego. Desde el Ministerio de Salud se aportó trabajadores de salud; profesionales de Psicología, Trabajo Social y Promotores Comunitarios con el objeto de ensamblar estrategias de acompañamiento y cuidados en el ámbito de las actividades, identificar pedidos y deseos de los niños, niñas y adolescentes que asistían para que fueran tenidos en cuenta en la formulación de nuevos espacios. Estos perfiles también se ocuparon de diseñar abordajes a situaciones de vulneración que eran identificadas por la institución educativa y por el Centro de Salud del barrio. De este modo, se comenzaron a procurar intervenciones como ir a invitar a niños, niñas y adolescentes a sus casas, preguntarles cuando venían, qué era lo que más les gustaba y qué no les gustaba, también qué pasaba y cómo ofrecerles espacios a quienes yendo regularmente no permanecían en ninguno de todos los espacios ofrecidos. Como producto de estos intercambios desde Salud Mental aportamos talleres de Freestyle, dibujo de manga y animé, pensados para adolescentes que no se sentían convocados por las actividades deportivas, luego con la misma lógica de continuar indagando sobre los gustos y deseos de las y los adolescentes, la Subsecretaría de Juventud aportó talleres de baile k-pop, maquillaje. Niñez construyó un espacio de “circo social” dirigido por profesionales de la dependencia. Se gestionaron los recursos para instituir coordinadores/as

responsables de las actividades y merienda. Durante las primeras semanas también se dió difusión del espacio en jornadas de visita casa por casa organizadas con la Municipalidad de Santa Rosa, una actividad cultural popular orientada a jóvenes “Verano Joven” realizada en la plaza lindera al escuela organizadas por la Municipalidad, todo ello en articulación y con el fin de que el espacio se llene de participación.

Comienza “Después de Hora”

Para cuando terminó el receso escolar de verano se había multiplicado la participación de niñas, niños y adolescentes con una sede más en otro barrio de la ciudad de Santa Rosa, y también la necesidad de pensar desde una lógica provincial la iniciativa, ampliando la estrategia a más barrios y ciudades de la provincia. En la actualidad son cuatro las sedes en diferentes barrios de Santa Rosa donde se desarrolla el programa con la participación cotidiana de más de 800 destinatarios/as.

En el transcurso del año 2023 y en 2024 se ampliaron progresivamente la cantidad de sedes en las ciudades de Santa Rosa, General Pico y Toay, se privilegiaron esos barrios en los que se identificaban menor presencia de instituciones comunitarias, población joven y con mayores niveles de vulnerabilidad social. La

particularidad fue que los municipios fueron adoptando un rol más protagónico en las decisiones, logística y desarrollo de las propuestas, a la vez que ensamblaron este programa con otros preexistentes como es el caso de General Pico, que contaba con un programa enfocado en adolescentes y Toay que contaba con el programa Escuelas Deportivas. Aún hoy sigue siendo un desafío esta complementariedad entre las lógicas y programas preexistentes para lograr abordajes integrales interinstitucionales, y con eje en brindar cuidados en un contexto de participación comunitaria de nuestros niños, niñas y adolescentes.

A modo de Cierre

Asumimos como un gran desafío, en el contexto de una política nacional que promueve el descuido y la restricción de los derechos, el fortalecimiento de procesos de apropiación de “lo público” por parte de niños, niñas y adolescentes, sus familias y las organizaciones e instituciones comunitarias, a través de espacios de trabajo articulado y estratégico entre diferentes áreas y reparticiones del Estado. En este contexto nos parece relevante sostener y profundizar estrategias que implementen, monitoreen y evalúen políticas de protección, promoción y restitución de derechos desde la Salud Mental Comunitaria.

Bibliografía

Gago V. (29 de mayo de 2015) Entrevista a Rita Segato. La pedagogía de la crueldad. *Página 12*. Disponible en

Gentile, E. (2019). *¿Quién es fascista?*. Alianza Editorial.

Gobierno de la Provincia de La Pampa. (2023). Decreto N° 787 “Programa de actividades culturales, sociales, deportivas para niños, niñas, adolescentes y familias”. 12 de mayo de 2023.

Lodieu M. T.; Longo R.; Nabergoi M. y Sopransi M. B. (2012). *M1. U1. Tema 1. Conceptualización de la salud mental y la salud mental comunitaria*. Universidad Nacional de Lanús.

The Free Press. (6 de junio de 2024). *Argentina's President Javier Milei Has a Plan for His Country—Will It Work? Honestly with Bari Weiss*, [Archivo de Vídeo]. <https://www.youtube.com/watch?v=RjycDtrCDuI>

Notas

1. Lodieu en base a las conceptualizaciones de Berman, Clara, Galende y Stolkiner.

Periodistas quemados en una sociedad quemada

LECCHI, Agustín.
Secretario General del Sindicato de Prensa de Buenos Aires (SiPreBA)

Contacto: contacto@sipreba.org

Cómo citar: Lecchi, A. (2024). Periodistas quemados en una sociedad quemada. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 188-194

*Quemás tu vida en este día,
en esta tibia, tibia fila.
¿Cómo te va en estos días,
humano roto y mal parado?
(Patricio Rey y sus Redonditos de Ricota)*

El 7 de junio fue el día del periodista en Argentina. Para esa fecha, todos los años desde el Sindicato de Prensa de Buenos Aires (SiPreBA) publicamos un relevamiento sobre la situación económica y social del sector, esta vez sobre una base de más de mil periodistas, aproximadamente un 20% de la actividad.

El dato saliente fueron los salarios de pobreza y la precarización laboral. Pero cada vez con más fuerza, particularmente desde la pandemia, cuando nuestra actividad fue declarada esencial y nuestros compañeros y compañeras cubrían noticias en la calle o compartían

un estudio de radio, de TV o un control, mientras la mayoría de la población sostenía al aislamiento preventivo, comienzan a aparecer problemas vinculados al padecimiento psíquico y mental.

En la encuesta 2024, el 22% de las personas afirmó haber sufrido problemas de salud vinculados al trabajo. Entre los síntomas que mencionan se encuentran la ansiedad, el estrés, la imposibilidad de olvidarse de los problemas laborales, alteraciones del estado de ánimo, tensión, depresión, irritación, alteraciones del sueño y falta de concentración.

En esa misma línea, hay problemas vinculados a nuestro oficio, tales como las presiones por contenidos periodísticos (un 19%), violencia psicológica (9,5%), o directamente agresiones por ser periodista, sufridas por el 22,5% de los encuestados. De ese grupo, un 51% sufrió agresiones o amenazas de parte de personas desconocidas, un 67% por trolls en redes sociales, un 22% por las fuerzas represivas (un dato que se agrava en 10 puntos respecto al año anterior), un 14% recibió agresiones de políticos y un 18% por funcionarios del actual gobierno, un dato que también duplica al 2023.

Es la economía

Sin dudas, el dato estructural que más destroza a las y los periodistas y que afecta su salud mental es el de los salarios y la precarización laboral, un tema que se arrastra desde hace varios años pero que se agravó brutalmente en el último: en 2023 el 45% tenía ingresos por debajo la línea de pobreza, mientras que en 2024 el 76% está en esa situación y más de la mitad del gremio tiene dos, tres o más trabajos para poder llegar a fin de mes.

Nicolás Fiorentino tiene 43 años y hace 19 trabaja de periodista. En la actualidad tiene cinco trabajos, dos programas de radio diarios de lunes a viernes, de tres y de dos horas por día, de 7 a 10 de la mañana y de 4 a 6 de la tarde. Además, realiza un programa de radio semanal de una hora, un programa de stream dos veces por semana de dos horas y una columna semanal en un portal de entre 7 y 10 mil caracteres. “Para la organización de mi vida es determinante el pluriempleo, los espacios de tiempo libre se reducen considerablemente, que tampoco son libres porque estoy trabajando, buscando información, generando reuniones o llamados con fuentes. Prácticamente no hay tiempo para el ocio y casi tampoco para dormir. Esto influye en la alimentación, la comida es rápida y al paso, en horarios raros y principalmente influye en problemas de estrés, porque

la demanda laboral hace que en cuanto dejas un trabajo en lugar de desconectar ya estás pensando en el trabajo que viene, entonces eso me implica por ejemplo pérdida de sueño. Aunque esté muy cansado, aunque haya dormido muy poco, me acuesto pensando en qué temas voy a hacer mañana, en qué voy a escribir el miércoles para la nota que va a salir el jueves, aunque sea lunes, porque tengo que pensar qué información me falta, con quién me tengo que reunir. La principal caracterización que tengo de cómo impacta en mi salud mi trabajo es en cuestiones de estrés, tuve episodios de vértigo y mareo, me hice estudios y la conclusión médica es que es una cuestión de estrés”.

Además de la problemática personal, en su vida cotidiana, esta situación se extiende a su familia y a la posibilidad de organizar otras cuestiones como las vacaciones. “Mi hija ahora es adolescente y por mis horarios me terminé transformando en un papá de fin de semana, cosa que en estos trece años nunca había pasado. Y en vacaciones, combinar tantos trabajos es una tarea titánica, porque además tengo que combinarlo con las vacaciones de mi hija y la de su familia materna”.

La situación se agrava entre las mujeres y diversidades, así como en las juventudes. En el caso de la población sub 30, casi un 40% tiene condiciones de precarie-

dad laboral y más de un 90% salarios por debajo de la canasta básica. Las mujeres y diversidades representan el 40% de personas que trabajan en la actividad y sólo un 30% accede a los sectores en donde hay mejores salarios y condiciones.

Cecilia Claps es productora periodística y trabaja en los medios desde 2006. Es madre de dos hijos, uno de once y otro de seis. Hasta hace un mes tenía tres trabajos, la primera mañana en un canal de noticias, el cierre del día en una radio/tv y un servicio de clipping. Tuvo que dejar uno de esos trabajos porque le demandaban diez horas de manera presencial y era insostenible. “La vida familiar sino te la destruye te la complica. No podés ir a los actos con tus hijos, a una reunión, nunca llegas a sus actividades extracurriculares. Tu pareja no sabe a qué hora te despertás o a qué hora estás en tu casa, estás todo el tiempo ocupada. Encima trabajamos con la computadora y el celular, que te genera una dependencia total, por más que estés en tu casa, porque siempre alguien de algún laburo te está escribiendo. Lo que uno siempre termina resignando es tiempo de ocio, de sueño, con tus hijos, tu pareja y tu familia. Nunca estás disponible para ir a tomar algo con un amigo. Y tampoco esa cantidad de laburo te genera un ingreso extra como para estar tranquilo, lo haces para llegar al día a día”.

Se supone que el trabajo es el ordenador de la vida social y en comunidad, pero en el caso de prensa, en la era del pluriempleo para sobrevivir, se convirtió en el gran desordenador: “Para trabajar en un canal y en un radio de lunes a viernes, en alguno de los dos toca hacer la primera mañana, que implica levantarte a las cuatro de la mañana, y tu último trabajo termina a las ocho de la noche. Y esto repercute en el sueño, en la alimentación, ansiedad, como que te volvé intolerante, te empieza a caer mal la comida y se te genera un desorden hormonal”.

La incertidumbre permanente

La incertidumbre es otra de las grandes características de esta etapa. “En mi caso lo arrastro del macrisimo -dice Cecilia- en donde atravesé muchos conflictos gremiales, inclusive fui despedida estando embarazada. Después de eso, hasta te vas de vacaciones pensando que la empresa en la que trabajas puede cerrar cuando volvés”.

En etapas políticas como ésta, las y los trabajadores de medios públicos tienen un plus de presión: conviven con la incertidumbre permanente producto de la amenaza constante atada a la mirada anti-estado de la expresión más brutal del neoliberalismo. Sus días com-

binan declaraciones agraviantes de funcionarios, intentos de cierres y privatizaciones, notas periodísticas que en realidad son operaciones mediáticas y que también operan psicológicamente sobre ellos y sus familias.

Un jefe de estado como Milei, que tiene a la prensa como blanco, que agrede periodistas por las redes sociales por su tarea profesional, no hace más que aumentar la vulnerabilidad de un sector estructuralmente castigado.

Aunque por otros motivos, la incertidumbre se convirtió en algo habitual entre quienes trabajan de manera “autónoma”, un eufemismo de la precarización laboral y que le impone al trabajador o la trabajadora estar permanentemente en negociación por su continuidad.

Según el convenio colectivo de trabajo, un redactor en la Ciudad de Buenos Aires en abril cobraba 300 mil pesos en mano, mientras que la canasta básica estaba en torno a los 800 mil. Claro que gran parte de trabajadoras y trabajadoras de la actividad no está amparada en esa norma y directamente discute su situación salarial y laboral de manera individual con el empleador, un hecho que desde el sindicato no podemos obviar y debemos discutir cómo revertir. Es parte de una estrategia del empresariado, en consonancia con las reformas

laborales regresivas y la reivindicación de una ideología “emprendedurista”, que tiene como objetivo estratégico barrer con los derechos laborales. Todo eso que genera una dificultad mayor y que todo el tiempo prime un supuesto valor meritocrático, según el cual no puedes enfermarte, no puedes tener situaciones particulares que te eximan de estar permanentemente “arriba” en la rueda, algo imposible no sólo en el periodismo sino en cualquier disciplina social. Esa presión por generar notas, producir, tener visualizaciones en redes sociales, también genera estrés y frustración, porque es imposible ser siempre el mejor o uno de los mejores. Además, expone a las y los periodistas a tener que tener una relación con sus empleadores en la cual difícilmente puedan cuestionarles algo.

Cuando hace 80 años se sancionó el Estatuto del Periodista, con Juan Domingo Perón como secretario de Trabajo, una de las características distintivas de esa norma fue la indemnización especial, con la declarada intención no de que cobren una indemnización más suntuosa, sino que a partir de ese “costo” no fueran despedidos. El objetivo era resguardar la libertad de expresión. Hoy eso está totalmente desdibujado, porque la depreciación salarial generó que incluso las indemnizaciones especiales, que muchos empresarios desconocen y que los trabajadores y trabajadoras de prensa muchas

veces deben exigir a través de un litigio judicial -lo que también te expone a ser marcado por otros dueños de medios, en un ambiente relativamente chico en el que todo se conoce-, terminan siendo pequeños consuelos para el trabajador.

La precariedad laboral afecta gravemente la calidad periodística, porque los trabajadores y trabajadoras no tienen tiempo ni condiciones para garantizar una cobertura como corresponde. Y también afecta la posibilidad de organizarse colectivamente, porque reduce la posibilidad de participación activa, algo que se agravó en pandemia con la reducción de espacios comunes entre periodistas en las redacciones, al profundizarse como nunca antes el teletrabajo, que en algunos casos nunca se revirtió. Para quienes tienen salarios de pobreza, la virtualidad se convirtió en la posibilidad de juntar varios empleos y/o ahorrar en viáticos, que las empresas nunca o casi nunca absorben. Y el teletrabajo también genera problemas de organización familiar. Un círculo vicioso negativo.

Un problema social y de clase que requiere una mirada colectiva

Lejos de ser algo particular del gremio de prensa, en actividades como la docencia y la salud, o los trabajos en

fábrica con turnos rotativos, sufren situaciones similares o peores, por eso decimos que es una problemática social y de clase. En el caso del periodismo, tampoco es un fenómeno exclusivo de nuestro país: en distintos puntos del globo afecta de diversas maneras a una actividad con un rol social relevante para la democracia, y esa combinación de situaciones adversas repercute en la calidad periodística, atacando un derecho de toda la sociedad como es el de la información. En una sociedad con peor periodismo hay un terreno fértil para *fake news*, operaciones mediáticas y crecimiento de discursos antidemocráticos y autoritarios, racistas, sexistas, de odio, etcétera.

Como lo demuestra Raquel C. Pico¹, a partir de estudios en España y Canadá, “Las ‘jornadas largas y horarios difusos’ son uno de los lastres de la profesión. En esto pesan las mitologías sobre el periodismo, como la que asume que no se puede tener un horario cuando lo que importa es la información —cuando en realidad las redacciones deberían tener personal suficiente para que se pudiese trabajar a turnos— o como la de que la profesión debe ser vocacional y por ello merecedora de todo sacrificio (...) Esto no solo lleva a que desaparezcan voces sino también a que quienes se quedan en la profesión lo hagan en ocasiones saturados y sobrepasados. Es muy difícil hacer periodismo de calidad cuando

se tiene un muy bajo salario y se vive en un pozo de estrés y ansiedad”.

Florencia Págola pone el foco en situaciones similares que atraviesan periodistas en Perú, Venezuela y Ecuador², donde además indaga qué respuestas encontraron para combatir esa situación de estrés permanente. Todas las respuestas remiten a salidas individuales, como por ejemplo hacer deporte, terapia, encontrar momentos personales de esparcimiento, todas opciones válidas y necesarias pero que por sí solas no logran atacar un problema social y clasista.

En nuestro país se puso en discusión la reducción de la jornada laboral, a partir de proyectos legislativos de diputados de extracción sindical. Sin dudas es un debate absolutamente progresivo, más aún como contraparte a la reforma laboral impulsada por el gobierno de Javier Milei y a proyectos de las grandes corporaciones de barrer con todos los derechos que nos resguardan. En el caso de la prensa, donde existen convenios colectivos con jornadas de seis horas diarias de trabajo, esa discusión se vuelve abstracta porque los salarios de pobreza condicionan las jornadas laborales legalmente establecidas, como observamos en los casos mencionados. Por lo tanto, la necesidad central es la recuperación del poder adquisitivo de los trabajadores y trabajadoras,

algo que sin dudas excede nuestra actividad particular. La devaluación de diciembre volvió pobres a millones de personas en la Argentina. Luego sí, la reducción de la jornada laboral, o el cumplimiento efectivo de las jornadas establecidas, podría ser una herramienta que genere una mejor situación para la vida de nuestros compañeros y compañeras.

Desde nuestro sindicato, comenzamos un humilde e incipiente trabajo con la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, una asociación que trabaja con diferentes gremios y que se puso a disposición, por ejemplo, en el macro del conflicto de Télam, cuando el presidente Milei anunció el cierre de la agencia pública y desde la Asamblea de trabajadores junto al sindicato organizamos un acampe en la puerta de los edificios que lleva más de cien días.

Es necesario que la organización sindical interprete la situación de las y los trabajadores, y la salud mental como una problemática central en este contexto, desde una perspectiva social y de clase. Empezar a poner estos temas sobre la mesa es al menos un paso. Los espacios de coordinación y articulación con espacios profesionales son necesarios y es imprescindible profundizarlos, junto con la necesidad de sostener la pelea por recomponer los salarios y las condiciones laborales. Porque de lo que

se trata no es de vivir para trabajar sino de trabajar para vivir mejor, en una sociedad mejor.

Notas

1. Pico, R.C. (12 de febrero de 2024). La Salud Mental de los periodistas: el reportaje pendiente. *ethic*. Disponible en
2. Pagola, F. (3 de mayo de 2024). Sin libertad de prensa, la salud mental está en riesgo. *Vita activa*. Disponible en



La derecha, al delirio

SANTACRUZ, Nelson.

Periodista de la Villa 21-24, integrante de La Garganta.

Contacto: lagargantapoderosa@gmail.com

Cómo citar: Santacruz, N. (2024). La derecha, al delirio. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 195-200

195

Escribir sobre "políticas de cuidados en salud mental en tiempos de descuido gubernamental" para nosotras y nosotros, como La Garganta, nos retrotrae a un relevamiento que ya en 2021 era crítico. Todavía transitando la pandemia, supimos denunciar que, por ejemplo, en el barrio Yapeyú de Córdoba había una sola psicóloga para 10 mil habitantes. En la Villa 21-24, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que tiene más de 80 mil habitantes, tenía solo 12 profesionales de la salud mental y más al sur, en Río Gallegos, en el barrio Madres a la Lucha directamente no había ninguno. Las políticas de salud mental siempre fueron relegadas para la gente empobrecida. Tanto así que si uno hace una encuesta puerta a puerta, el 90% ni siquiera considerará que la salud mental es salud o no concibirá la idea de ir a una salita u hospital para pedir una consulta psicológica. El dolor pasa por otro lado, la urgencia en general es comer. Ese escenario de 2021, tres años después, empeoró.

La era Milei se caracteriza cada vez más por el desfinanciamiento de la salud pública, que en nuestros barrios se traduce en faltante de insumos, profesionales que vienen cada tanto o directamente faltantes de personal médico de cualquier disciplina. Los que están, están colapsados y laburan en precariedad. Pero hay un fantasma que viene recorriendo nuestros pasillos hace rato y ahora, con más miseria y negligencia gubernamental, está más latente que nunca: el consumo problemático de drogas. La libertad no avanza, el narcotráfico sí. Y con la falta de profesionales interdisciplinarios que atiendan esto en el territorio, se vuelve un combo explosivo para el futuro de nuestras juventudes.

Más allá de este “flagelo” de las drogas, ¿qué implica comer en la actual Argentina? ¿Cómo se inscribe la prensa comunitaria de La Garganta en esta situación? ¿Qué tiene que ver la salud mental con todo esto?

Voy a hacer un repaso rápido, apenas fugaz, de los puntos claves para analizar la salud mental en los barrios desde las discusiones que venimos teniendo en términos colectivos. No es sino una mirada, un pantallazo que queda corto para comprender qué pasa por nuestra cabeza, nuestra cotidianeidad, cuando hablamos del contexto en el que sobrevivimos.

Los pibes se consumen

Basta con caminar villas, como en el núcleo de Zavaleta, Isla Maciel o en los márgenes de la 1-11-14, para ver con el corazón cómo se retuerce el presente de cientos de pibes y pibas que no logran salir del círculo de la pobreza, del espiral del consumo, del bucle de la negligencia histórica del Estado argentino. No es casual que el vicio aumenta cuando al país le va mal, no es casual que haya más noticias de inseguridad cuando hay más desigualdad, no es casual que no haya perspectivas u horizontes para nuestros vecinos. “A mí me gustaba la música, yo quería ir por ahí pero ahora ya está. Para mí ya se terminó todo”, me dijo un pibe de Zavaleta este mes. Juancito tiene solamente 20 años.

La gestión libertaria acelera estas realidades. La receta para curar tanto estrago, para la doctrina Bullrich, es el método Bukele. Al clásico “cierre de bunkers” se le suma que estas semanas las Fuerzas de Seguridad echan jocosamente a enormes grupos de vecinos en cualquier lado al suelo para “inspeccionar”. Nunca hay un policía herido, jamás un narcotraficante preso, y aún peor... los presos y los muertos son chicos jóvenes de los barrios. ¿Cómo cuida su salud mental uno al crecer en este contexto? No hay cuidados.

A la violencia estructural como la falta de agua potable, falta de trabajo digno, contaminación ambiental, constantes cortes de luz, inundaciones, cloacas rebalsadas, viviendas precarias, alimentación tercerizada... se le suma una violencia estatal directa. Desde la llegada de la democracia a la fecha ya hay más de 8000 casos de gatillos fáciles por parte de la Policía en nuestro país. Sin embargo, la mano dura, la “guerra contra el narcotráfico”, no viene funcionando para mitigar ni la inseguridad ni el consumo de drogas en los pibes. La prueba está en los hechos. El concepto de “Guerra contra el Narcotráfico” viene de EE.UU. y acá lleva al menos 30 años en “acción” sin efectos estructurales.

No se puede pensar sin comer

¿Qué es el hambre? Para nosotros va mucho más allá del ruido de la panza. Pero, en orden. La mayoría de los 5 mil barrios populares que existen en Argentina presentan serios problemas de vivienda que traen consigo la deficiencia del alimento fundamental: el agua potable. Solo mi barrio, la Villa 21-24, se vio golpeada por la burocracia entre Aysa, el Instituto de Vivienda de la Ciudad y todas las obras públicas paralizadas por Javier Milei. Acá hay 65 mil personas que no tienen agua segura: sale con sabor o color dependiendo de los sectores. Del total, 27 mil son niñas, niños y adolescentes.

Las promesas de reactivar las obras están, pero son solo eso: promesas.

Hago énfasis en todos estos puntos porque el desarrollo educativo y cognitivo de nuestras juventudes empobrecidas y atacadas por esta situación, lejos de mejorar, año tras año empeora.

Es de público conocimiento que mientras todo lo anteriormente narrado sucedía en las villas de nuestro país, el Ministerio de Capital Humano tenía dos galpones con seis mil toneladas de alimentos sin distribuir para los comedores. Todavía hoy, más allá de algunos espacios religiosos, no llegó ni un paquete de arroz a los 150 comedores y merenderos que tenemos como organización. Hay un claro hambreamiento por cuestiones ideológicas del gobierno nacional, siendo Sandra Pettovello quien encarna tanta saña.

En este punto quiero detenerme, fundamentalmente, en la salud mental no solo de los comensales. La Poderosa, brazo territorial de nuestra revista villera La Garganta, cocina 40 mil platos (entre almuerzos, cenas y meriendas) al día en toda Argentina. Si coartan eso, ¿cómo se imaginan que respondemos cuando las y los vecinos vienen con su tupper? ¿Cómo la idea de hacer fila, pedir un numerito para retirar la comida, estar

frustrado sin poder tener un empleo digno beneficia a la salud mental de quien va a una olla popular?

Sin minimizar esta realidad, el hambre, insisto, es más que el ruido de la panza... es también el rugido de la cabeza. Cuando uno va a un comedor para comer muchas veces lo hace porque tiene que comprar los útiles a sus hijos, tiene que comprar una bolsa de cemento para levantar la casita o tal vez priorizar otras cosas urgentes en casa antes que comer. Si tenés que elegir entre arreglar la ducha de agua caliente para el invierno o comer, porque ambas cosas no se pueden, al existir un comedor cerca uno elige arreglar la ducha. Ahí el rol de una cocinera comunitaria es fundamental.

¿Quién se pregunta si una cocinera de un comedor tiene o no acceso al psicólogo? Ellas, que hacen “malabares” para multiplicar el pan con alimentos que no llegan, no solo cumplen ese rol de cocineras. Muchas veces, ¡también son las psicólogas de muchos pibes! Su tarea no muere en lo gastronómico, se extiende en términos culturales, sociales, económicos y políticos en un barrio. Pero nadie vela por su seguridad económica ni emocional.

Hasta el año pasado, desde La Poderosa, se ha intentado meter la Ley de Cocineras Comunitarias que reco-

nociera su trabajo y por ende percibieran un salario y otros derechos fundamentales como: vacaciones pagas, licencias de maternidad y estudios, un seguro para accidentes, un sistema jubilatorio digno, etc. Pero nada de eso salió, ni saldrá tampoco. Cuando a inicios de este año hicieron una fila de 30 cuadras en las oficinas de Capital Humano fueron recibidas con gas pimienta en los ojos.

También podríamos hablar largo de esta parte, pero me gustaría cerrar con una idea que da pie a la última parte de este texto urgente. Ellas, esas cocineras comunitarias, siendo mi mamá parte de un merendero en mi barrio, son hostigadas constantemente por los medios de comunicación. *Vagas, planeras, negras, chorras, delincuentes* son algunos adjetivos que se bombardean todos los días sobre la figura política de una cocinera de un comedor. La subjetividad argentina contra ellas es construida cotidianamente con violencia o romantización. Pocas veces es desde un costado de derecho o de empoderamiento.

Cuando comunicar se vuelve peligroso

De las 50 cooperativas de trabajo que tenemos, La Garganta, como cooperativa de comunicación de La Poderosa, es la que tuvo más resonancia. No estamos

ajenos a las particularidades económicas de la prensa actual. Se rema en dulce de leche cuando no hay incentivos estatales para la pluralidad de voces, cuando la situación país afecta a nuestros suscriptores y cuando, además, tenemos que lidiar con todo lo escrito anteriormente dentro de los barrios populares. Hoy el tono persecutorio del gobierno de turno profundiza algo que podríamos resumir en: el Estado, además de ausente, nos ataca.

Los datos del Sindicato de Prensa de Buenos Aires son contundentes y nos salpican directamente como medio comunitario: 3 de cada 4 periodistas son pobres. A esta realidad se le suma que hay una persecución caníbal de parte del Estado a la prensa porque solo a inicios de año, por ejemplo, reprimieron con balas de goma y gases a más de 30 periodistas, entre ellos un compañero nuestro, que cubrían diferentes manifestaciones en contra de la Ley Ómnibus. Los números no se quedan ahí: el 50% de los que construimos en medios autogestivos subsistimos con otros empleos que no son de prensa.

Por su parte, los jóvenes periodistas que tenemos menos de 30 años en un 96% también somos pobres. El 76% de los trabajadores relevados afirmó que fueron atacados virtualmente al mostrar sus notas o conteni-

dos. Este es un punto que me interesa destacar como consecuencia del trabajo que realizamos todos los días en medios públicos y sobre todo en la prensa independiente: hay un 42% de periodistas que expresaron síntomas constantes de ansiedad, un 13% depresión y un 8% tuvieron ataques de pánico.

Trabajar con el hambre, el gatillo fácil, los femicidios, manifestaciones, represión y muchas otras noticias similares expone al periodismo comunitario a muchas instancias de violencia. Y si a esas secuencias cotidianas de noticias crueles se le añade no llegar a fin de mes, y los ataques físicos y virtuales del Estado, se arma un combo peligroso para nuestra salud mental.

La comunicación territorial, desde nuestra óptica, reúne todos los puntos que tratamos de sintetizar en este texto. Hay mucho más, y a medida que uno se adentra en Argentina, lejos de las grandes ciudades, puede encontrar muchas más desigualdades y más Gargantas tratando de narrar nuestro tiempo. El desafío es grande, pero para empezar a transformarlo tenemos que dejar de entender a la frase de “los últimos serán los primeros” como un eslogan. De este gobierno, así como gestiona, uno no espera nada. El buen vivir, en una democracia democrática -alejada de esta falsa democracia-, tiene que priorizar la salud mental de quienes

menos tenemos para que nuestro rol social, económico, cultural y político funcione. Somos la porción más productiva de Argentina, somos quienes más consumimos en el mercado interno, y somos hoy el 55% que está debajo de la línea de la pobreza esquivando balas de goma y al libre mercado que con una Ley de Bases aterrizará con fuerza estos tres años y medio que quedan de Milei, en detrimento de nuestra salud.

Otra vez: las villas, los barrios urgentes, necesitan ayuda. Todos lo necesitamos, y si no podemos contar con el Estado, ¿con quién si? Con nosotras y nosotros mismos. Un abrazo, un mimo, una Argentina que no puede perder el terreno de la ternura.



Reseña del libro “Praxis en Salud Mental. Abordajes y Procesos de Cuidado”, publicado en EDUNLA Editorial¹

WILNER, Alejandro.

Médico (UBA). Especialista en Planificación y Gerenciamiento en Salud (ENSP FiOCruz, Río de Janeiro, Brasil). Docente Titular concursado en la Universidad Nacional de Lanús. Docente de grado y posgrado en diferentes Universidades del país y en Organismos Internacionales. Director de la Especialización en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Co-Coordinador de la Diplomatura Universitaria Superior en Salud Mental Comunitaria.

Contacto: alejandrowilner@gmail.com

TORRICELLI, Flavia.

Licenciada en Psicología (UBA). Doctora en Psicología (UBA). Residencia en Psicología del Hospital General de Agudos Manuel Belgrano (Pcia. de Buenos Aires). Docente e Investigadora (Facultad de Ciencias Sociales, UBA, UNLa, UNER). Co-coordinadora de la Diplomatura Superior Universitaria en Salud Mental Comunitaria.

Contacto: flvtorri@gmail.com

Cómo citar: Wilner, A. y Torricelli, F. (2024). Reseña del libro “Praxis en Salud Mental. Abordajes y Procesos de Cuidado”, publicado en EDUNLA Editorial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 201-205

Si hubo desde un inicio, y aún hoy hay un deseo claro con el libro “Praxis en salud mental: Abordajes y Procesos de cuidado” es el de la *transmisión y el legado*. Sostenemos que uno de los modos de transformar las prácticas es aprehendiendo, reflexionando junto con otras y otros. Hoy no hay nada más revolucionario que poder escuchar a ese “otro” e intercambiar con él o ella generando pensamiento y masa crítica. Desde ese punto de partida compilar los seis capítulos que se desarrollan en el libro con saberes, experiencias y personas con experticia y trayectoria resultó un ejercicio -en acto- de construcción de diálogos que se fueron hilvanando con la idea común de transmitir a otras generaciones. Transmitir -en especial- bajo la idea de atraer a las y los estudiantes a un ejercicio de co-construcción conjunta de saberes concebidos desde una perspectiva compleja y de compartir el entusiasmo por experimentar que lo colectivo produce intensidades que van en el sentido de la transformación. La posibilidad de generar esas transformaciones en la micropolítica del trabajo y de

las prácticas va de la mano de legar voces, decires, palabras, y escritos que propongan reflexionar e interpelar lo cotidiano, lo naturalizado, lo ya “sabido”.

La elaboración y compilación de este libro se realiza en el marco de un convenio acordado entre el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y el Ministerio de Salud de la Nación (por el que se formuló e implementó la Diplomatura Superior Universitaria en Salud Mental Comunitaria). Este posgrado tuvo la peculiaridad de ser desarrollado en el marco de una Red Federal de Universidades en/por la Salud Mental Comunitaria constituida en 2022 e integrada por diez universidades nacionales².

Este libro, tiene entonces, la impronta de la UNLa que, bajo la conducción de Emiliano Galende, se constituye como usina formadora e investigadora en salud mental comunitaria en América del Sur, siendo pionera desde hace más de un cuarto de siglo y teniendo un sello de idoneidad y de experticia en el campo.

En una lectura transversal del escrito podemos encontrar que el campo de la salud mental tiene sus raíces en los determinantes sociales, históricos, culturales, económicos y que, por lo tanto, los distintos grupos so-

ciales construyen explicaciones para comprender y definir la salud y la enfermedad, lo normal y lo anormal, y también elaboran y producen modos de respuesta y de abordajes, programas y dispositivos para apaciguar o sanar aquello que padece.

También –en ese recorrido– puede leerse cómo el sistema de salud se ha estructurado y sostenido, históricamente, en un entramado de relaciones asimétricas de poder que se tejen entre diferentes actores que representan al Estado y a la Sociedad Civil, como también a trabajadoras y trabajadores y a otros que integran a la comunidad. Reconocer las asimetrías que impregnan cada vínculo de la sociedad –entre las cuales se encuentra el campo de la salud/salud mental– y desprenderse de lógicas manicomiales larvadas y ramificadas bajo otros ropajes, son una parte esencial de las denuncias y de los compromisos contraídos por los autores de los seis capítulos con la finalidad de colaborar con los procesos de reforma y de generación de saberes y de reflexión crítica y situada de las prácticas.

El libro guía en el primer capítulo, “Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria”, –de la mano de Alicia Stolkiner y Melina Rosales– el análisis de los nodos centrales para entender la salud mental comunitaria, mediante un recorrido vinculado a los enclaves históri-

cos que van desde la instalación del modelo asilar en el mundo, para llegar al escenario local con la elaboración y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental atendiendo a todos sus postulados y artículos. En este recorrido resultan un eje insoslayable los procesos de medicalización y biomedicalización del sufrimiento mental, la mercantilización y financiarización de la salud. El rol de los organismos internacionales y su posicionamiento respecto de las tensiones inherentes al campo de la salud mental.

Después de esas claves –base del campo– el libro invita en el segundo capítulo, “Estrategias para el Abordaje Comunitario de las Problemáticas de Salud Mental” –desde la voz de Carla Pierri y Brenda Riveros– a conocer los abordajes comunitarios más emblemáticos de nuestro país concebidos en el marco de la Ley 26.657, incluyendo una gama de actores y organizaciones que participan activamente construyendo procesos de cuidado en salud mental. Ambas proponen un análisis minucioso de dichas estrategias permitiendo rastrear la concepción de integralidad, intersectorialidad, interdisciplina, comunidad y derechos. Elaboran y acompañan la lectura con una caja de herramientas para pensar el abordaje comunitario de absoluta utilidad. El capítulo tercero, “Abordajes transversales de salud mental a lo largo de la vida”, se divide en dos par-

tes. En la primera, Alejandra Barcala, Leandro Luciani Conde, Marcela D’Angelo y Marcela Parra definen de manera exhaustiva las niñeces a la vez que comparten todo el plexo normativo ligado a derechos inherentes a ese grupo. Desde un inicio proponen taxativamente abandonar miradas y posturas adultocéntricas, y escuchar directamente las voces de ellas y ellos en primera persona. Enfatizan la importancia de adoptar un enfoque basado en los derechos, en las prácticas de salud mental que prioricen las necesidades, los territorios que habitan los y las niñas, niños y adolescentes respetando sus antecedentes culturales y sociales. También invitan a reflexionar sobre la institucionalización en las infancias y adolescencias.

Luego, en la segunda parte de ese mismo capítulo, Silvia Molina nos introduce en las problemáticas de las personas mayores y los procesos de envejecimiento de nuestras sociedades, enfatizando en nuestro país, y estimulándonos a reflexionar acerca de cómo los estigmas impregnan las prácticas con esta población a la vez que describe las particularidades del consumo y la institucionalización como temática frecuente.

Posteriormente, en el capítulo cuarto, “Abordajes de los consumos problemáticos”, Luciana Rubel, Leandro Sabatini, Milena López Bouscayrol y Matías Seg-

torri nos llevan a problematizar los estereotipos, mitos y prejuicios acerca de los consumos problemáticos y las personas que los padecen, y cómo estos interfieren a la hora de trabajar y pensar dispositivos y políticas públicas. Recorren los marcos normativos para ubicar las tensiones y resistencias que se generan y se reproducen al interior de los modelos de atención, así como también en las prácticas. Nos plantean los diferentes paradigmas para pensar la temática y por ende las líneas de respuesta y abordaje emanadas de cada uno. Las y los autores subrayan la necesidad de plantear la conceptualización de los consumos como problema de salud pública y la necesidad de actuar en conjunto con otros sectores del Estado y de la sociedad.

En el capítulo quinto, “Des/institucionalización: procesos de externación, dispositivos intermedios y de promoción de salud mental comunitaria”, Silvia Faraone, Ana Valero y Flavia Torricelli nos proponen explorar los procesos desinstitucionalizadores abordándolos desde sus raíces en la medicina social latinoamericana y la salud colectiva. El capítulo incluye tanto las experiencias internacionales europeas como otras locales previas a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 para ver los contextos de surgimiento, las particularidades y las necesidades de cada territorio incluyendo tanto el rol del Estado como los diferentes

actores intervinientes (diversas organizaciones civiles, movimientos sociales y comunidad). Es una invitación a pensar la realidad actual para reproblematicar las prácticas cotidianas brindando enclaves necesarios para atender a las necesidades de reforma del sistema y para desmontar las lógicas manicomiales que aún hoy persisten.

Finalmente, en el capítulo sexto, “Planificación, gestión y evaluación en salud mental”, Alejandro Wilner, María Eugenia Tablar, Sebastián Murua y Cecilia Ros invitan a incluir la “planificación y la gestión” en cada uno de los lugares de trabajo, habituarnos y familiarizarnos con ella. Enfatizan en la necesidad de desarrollar procesos de planificación y evaluación de las prácticas, visualizándonos como gestoras y gestores de las iniciativas que desarrollamos cotidianamente, considerando los límites y las posibilidades que impone cada lugar. La tarea de planificar es abordada como un proceso relacional, cotidiano, como una práctica de vinculación con actores sociales en el territorio donde se construye cotidianamente la salud y la salud mental. El capítulo brinda diversas herramientas para pensar las intervenciones, su implementación, el monitoreo y la evaluación, asumiendo la complejidad e incertidumbre que la realidad y los tiempos siempre plantean.

Si bien este texto fue pensado para aunar y facilitar el acceso a materiales de primera línea pensando como meta la formación de las y los estudiantes de la Diplomatura, trabajadoras y trabajadores que desarrollan sus prácticas cotidianas en el sistema público, en modo alguno pensamos que es una versión acabada de la salud mental comunitaria, sino una cartografía posible para recorrerla y problematizar cada práctica, desarrollada en cada rincón y en cada territorio.

Podrían haber sido otros los itinerarios, pero el elegido fue este. Basado en convicciones y posiciones ético-políticas con una lectura de la historia de la salud mental comunitaria y con atravesamientos fundados en la conceptualización de los cuidados, la complejidad, la integralidad, la participación de la comunidad y el compromiso sensible con los padecimientos de las personas y con la promoción de sus derechos. Así como también consustanciado con la plena implementación del plexo normativo que dispone la Ley Nacional de Salud Mental.

El libro es una invitación a seguir pensando colectivamente con y junto a actores sensibles y críticos, base de toda transmisión que se propone performativa.

Notas

1. Praxis en salud mental. Abordaje y procesos de cuidado. (2024). Wilner, A. D. y Torricelli, F. 1a ed. Ediciones de la UNLa (EDUNLa) - Universidad Nacional de Lanús.

2. Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; Facultad de Psicología y Prosecretaría de Salud Mental y DDHH, Universidad Nacional de La Plata; Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata; Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario; Maestría en Salud Mental, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos; Maestría en Salud Mental, Facultades de Psicología y de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba; Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán; Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones; Escuela de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Río Negro.

Salud Mental y educación en contextos de encierro: la experiencia del Centro Universitario Devoto

HENNIG, Bruno.

Docente investigador. Magíster en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural, Universidad Nacional de San Martín (UNSaM). Doctor en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Trabajador de salud mental.

Contacto: brunohennig1@gmail.com

Presentación de Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria

Año de defensa: 2024

Cómo citar: Henning, B. (2024). Salud mental y educación en contextos de encierro: la experiencia del Centro Universitario Devoto. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 206-211

Este trabajo, fruto de una investigación que llevó 6 años y derivó en mi tesis doctoral, emergió a partir del interrogante sobre las relaciones entre el campo de la salud mental, la pedagogía, el sistema penal y la educación en contexto de encierro. Como modo de procurar algunas respuestas a esta inquietud, me propuse describir y analizar de qué forma se vinculan los postulados sobre la salud, el sistema carcelario y la educación en prisión, desde una metodología transdisciplinaria. Para ello, abordé la experiencia del Centro Universitario Devoto (CUD), en general, y las prácticas del Programa de Extensión en Cárceles (PEC), en particular. El Centro Universitario Devoto consiste en la presencia de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en la cárcel de Devoto, en Buenos Aires, en el marco del Proyecto UBA XXII, y busca garantizar el derecho a la educación en contexto de encierro punitivo, ya que -supuestamente- el único derecho que perderían las personas privadas de la libertad es el derecho a circular libremente. El Centro Universitario Devoto nació formalmente en 1985,

mientras que el Programa de Extensión en Cárceles es un Programa que brinda cursos y talleres extracurriculares, constituido como tal en el año 2011.

En cuanto al problema de investigación, éste puede ser enunciado del siguiente modo: ¿cómo la oferta universitaria en la cárcel dinamiza y afecta las relaciones de los presos con el servicio penitenciario, en lo concerniente a salud y educación en términos amplios? La presente investigación contó con dos supuestos. El primero de ellos consiste en enunciar que la educación en cárceles coadyuvaría en la promoción de la salud de los sujetos presos. El segundo supuesto radica en sostener que la educación universitaria en la cárcel de Devoto introduce enunciados críticos y no convergentes con aquellos que se perciben como los preconizados por el Servicio Penitenciario Federal en lo relativo a salud y educación.

En la tesis me propuse, como objetivos generales, en primer lugar, estudiar los modos en que la oferta universitaria en la prisión dinamizan las relaciones de los presos con el servicio penitenciario en lo referido a salud y educación y, en segundo lugar, analizar los elementos comunes respecto a las posibilidades de opresión y emancipación entre los postulados de la salud mental y, principios y fundamentos de las pedagogías

críticas en una experiencia educativa en contexto de encierro. Específicamente, mi investigación consistió en explorar los discursos pedagógicos que emergen en el marco del Programa de Extensión en Cárceles a la luz de los postulados de la salud mental. Para ello, pretendí establecer de qué manera los sujetos que atravesaron la experiencia pedagógica en cárcel la vinculan con la malla comunitaria, las estrategias de cuidado y el sufrimiento intramuro. A su vez, procuré explorar cuáles son las reflexiones de los sujetos que experimentaron procesos pedagógicos en prisión respecto de la medicalización del encierro y la producción de subjetividad. De igual modo, perseguí el objetivo de indagar en las reflexiones de los docentes universitarios sobre el ejercicio de su actividad en contexto de encierro.

En cuanto a la metodología, el estudio llevado a cabo consistió en un diseño analítico y estuvo enmarcado en un abordaje metodológico cualitativo (De Souza Minayo, 2013; Vasilachis, 2006). Se llevaron adelante entrevistas en profundidad y análisis bibliográfico, realizando un análisis interpretativo crítico-reflexivo, desde la reconstrucción a partir de las narrativas personales (Vasilachis, 2006). También, realicé una investigación documental. Acorde a Tamayo y Tamayo (2003) la investigación documental es aquella que se lleva a cabo con base a la revisión de revistas, actas científicas,

documentos, periódicos y cualquier tipo de publicación que se considere en tanto fuente de información. El análisis de los datos fue estructurado diseñando una matriz de interrelaciones conceptuales para un análisis crítico que buscó comprender algunas relaciones en el campo de la salud, atendiendo a las instituciones totales, las instituciones disciplinarias, la medicalización en el encierro, la producción de subjetividad y los procesos de salud-sufrimiento-enfermedad-cuidado.

Respecto al entramado político-conceptual que enmarcó la investigación, exploré en el campo de la salud mental, el cual es diverso y presenta tanto dimensiones como definiciones plurívocas, que no se reducen a los saberes “psi” (psiquiatría, psicología, etcétera). Es en ese sentido que sus fronteras son porosas y, a la vez, su anclaje se encuentra muchas veces en problemáticas sociales disímiles que no se agotan en los límites de la locura ni en el individuo como eje sino que existen varias aristas que pueden ser abordadas (Hennig, 2022). Una de las consignas en Salud Mental es contribuir al proyecto de la desinstitucionalización. Esta última es comprendida no sólo como el proceso de cierre y sustitución de instituciones monovalentes por diversos dispositivos de salud que no reproduzcan prácticas deshumanizantes, de disciplinamiento y control social ni aislen a los sujetos de sus potenciales espacios vitales de pertenencia

ni de sus referentes socio-afectivos que componen su trama biográfica —lo que es situado como atención en la comunidad— sino que también se trata de visibilizar que no alcanza con desarmar los muros del manicomio, ya que sus lógicas persisten, se reproducen, se propagan y pueden operar a través de ciertos vínculos en diferentes espacios, lo que posibilita su arraigo en el tejido social (Hennig, 2022). Por ello, desinstitucionalizar atañe a propender y procurar desmontar las lógicas manicomiales, y no solo a desmanicomializar. Es en ese sentido que llegué a formular un concepto propio: el *Manicomio Comprimido Itinerante*, esto es, la circulación desregulada de medicación psiquiátrica a través del tejido social que posee sus atributos y lógicas encapsuladas, y representa cierto triunfo de la psiquiatría positivista de corte biologicista.

Retomando, es importante señalar que el campo de la Salud Mental implica un pluralismo epistemológico y un vasto campo de estudios, sectores, organizaciones y colectivos que lo componen. Desde el andamiaje político-epistémico-teórico que sustenta este trabajo, la salud mental, por constituir parte de las Ciencias Sociales, emerge como un prisma desde el cual es posible indagar en ciertas dinámicas relacionales, prácticas, instituciones y el modo en que están configuradas, fomentando la problematización de diversas experiencias y discurs-

sos en general y de las nosografías psiquiátricas dominantes en particular. Ello es así pues estas últimas no sólo clasifican enfermedades sino que además pueden ser comprendidas como fruto de una construcción social que debe ser revisada, en tanto producen sentidos sobre la experiencia de vivir y de padecer, tales como el estigma que experimentan sujetos diagnosticados y afectados por las etiquetas diagnósticas (Hennig, 2022).

Durante mi investigación, indagué acerca de qué piensan algunos informantes clave sobre lo que sucede con los cuerpos en la cárcel, tomando al cuerpo como totalidad existencial. Algunas respuestas concretas me condujeron a reflexionar sobre otro concepto propio que denominé *la corporización de la experiencia de encierro carcelario*. Se trata de una categoría que, operalización mediante, ilustra algunos de los efectos de la cárcel, donde esta última se hace cuerpo en los sujetos, muchas veces poniéndose en juego una vez que las personas salen en libertad, pero con diversas consecuencias por el encierro punitivo. Por ejemplo, uno de los informantes clave reflexiona sobre cómo algunas cárceles tienen la visión restringida hacia el horizonte, ya que cuando hay ventanas son muy pequeñas, siendo el objetivo de éstas que entre un poco de aire pero nunca se le permite a la persona privada de la libertad mirar el horizonte generando una pérdida de perspectiva en los internos

y los efectos que eso provoca incluso visualmente, por ello hay testimonios de personas que salen de la cárcel y expresan que no se animan a cruzar una calle porque no pueden medir la distancia del auto que viene o el tiempo entre el auto que viene y la distancia que tienen que cruzar. En la misma sintonía, otra informante clave revela que muchos presos comienzan a tener en los ojos *como unas telitas, medio transparentes, medio blanquecinas*, ya que están en espacios oscuros todo el tiempo, porque no sólo es entre escasa y nula la luz natural sino que muchas veces la luz eléctrica es poca, es deficiente, entonces les afecta la visión.

Un primer resultado que arrojó la investigación fue producto de una de las dimensiones de análisis, por ejemplo, la *Medicalización del encierro carcelario*, según el cual expuse cómo frente a la angustia en la prisión, se gestiona el sufrimiento, habiendo una desregulación de medicación psicofarmacológica y sustancias ilegales con el fin de adormecimiento de los sujetos privados de la libertad. Otro de los resultados a rescatar de la pesquisa atañe a referir que, a partir de la investigación llevada a cabo, se desprenden algunos indicios respecto a aprendizajes variados y de distinto tipo según las experiencias singulares de cada estudiante que atravesó la experiencia pedagógica en cárcel. Es decir, en el Centro Universitario Devoto no se aprenden solamente sabe-

res medibles y cuantificables, sino que son procesos que en algunos casos calan hondamente en los educandos y los aprendizajes son variopintos. En particular, en una entrevista realizada, se puede notar cómo una persona (ex-estudiante del CUD) deja ver la apropiación de la experiencia educativa. Particularmente, se destaca su mención sobre la historia del CUD como resistencia contra la violación de los Derechos Humanos en el encierro. Es interesante recuperar su vivencia, porque conjuga las lecturas de los materiales, las clases, y todo ese conocimiento propiciado por el estudio expresando que todo ello posibilita un repensarse a sí mismo, un cuestionarse y desnaturalizar distintas ideas y creencias a las que estaba acostumbrado. Un tercer resultado a sostener fue la importancia de la revista *La Resistencia* que es producto del Taller Colectivo de Edición. Específicamente, lo que se halló es que por medio de la revista *La Resistencia*, que es un espacio donde de manera activa participan como autores los sujetos prisionizados o que tienen y/o tuvieron relación con la cuestión carcelaria, los presos pasan de ser autores de hechos delictivos a autores de textos, en un movimiento de transfiguración identitaria mediante una operación simbólica, donde el hallarse en privación de la libertad es un aspecto más en la vida de sujetos que se encuentran en prisión pero no siendo su única marca biográfica.

En cuanto a las conclusiones a las que se llegó como fruto de esta pesquisa, una de ellas consiste en afirmar que la educación en cárceles porta un elemento de salud mental, dado que implica, aunque de manera sinuosa, la promoción de la salud de los sujetos presos, enfrentando en el proceso distintas luchas, impedimentos y presiones que hacen a la complejidad de la problemática. Una segunda conclusión, en cuanto al tema propio de esta tesis, es decir, respecto a la salud y la educación en sentido amplio, radica en sostener que se trata de comprenderlas y leerlas como un prisma que propicia estudiar los códigos que operan en la sociedad y los intersticios posibles para estallarlos. Epistémicamente, concebir a la educación y a la salud como prisma más amplio consiste en percibir *algo más* que su mera enunciación temática, donde ese *algo más* atañe a las formas en que una sociedad funciona, sus códigos, sus concepciones dominantes y alternativas en la búsqueda por comprender, hacer y explicar, es decir, sus luchas y disputas por el poder. Por medio de estos campos de conocimiento, y ya que no se agotan en las instituciones analizadas, se trata de desburocratizar los canales tradicionales del Estado para imaginar nuevas formas de modulaciones subjetivas frente a los dramas humanos. Se trató de tomar a la salud y la educación como formas que habilitan interactuar de otro modo respecto a los discursos hegemónicos. Así, puedo afirmar que

este trabajo consistió en resituar y reproblematicar las posibilidades de emancipación frente a la opresión a través del campo de la salud y de la educación.

Bibliografía

De Souza Minayo, M. C. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial.

Hennig, B. (2022). Algunas reflexiones político-teóricas sobre el campo de la Salud Mental. *Question/Cuestión*, 3(72), E720. <https://doi.org/10.24215/16696581e720>

Tamayo y Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa.

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.





Eduardo Nicolai

Título: “¿dónde están las bolitas?” (1999)

Tamaño: 1,60m x 1,20m

Técnica mixta de materiales diversos sobre el fondo y acrílico para pintar las figuras

Ig: nicolai.eduardo | **F:** artenicolai | dibunico@gmail.com



Aniversario de Madres de Plaza de Mayo [Fotografía] Agradecemos a Enfoque Rojo por la imagen

Diseño de publicación

Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa

Edición de este número - Germán Falke

Correspondencia

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar



Marcelo Menna]

Año de obra: 2023

Materiales: acrílico.



Álvaro Raini

Año de obra: 2019

Técnica mixta



Participante de
Colectivo Crisálida
Año de obra: 2020
Técnica mixta.

Colectivo Crisálida es un proyecto de Extensión de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP). Está destinado a personas con diagnóstico mental severo y/o que hayan atravesado reiteradas internaciones y, en consecuencia, situaciones de vulnerabilidad socioeconómica y familiar. Entendemos el arte y sus distintos lenguajes como una herramienta de transformación singular y social. Realizamos grupalmente actividades artísticas y de acción comunitaria, que cuestionen críticamente el estigma que recae sobre la persona con padecimiento; modificando su rol, co-construyendo redes y lazos sociales en pos de una transformación subjetiva y social posible. Nuestra metodología de trabajo es de taller y de trabajo grupal, con actividades de lenguajes artísticos simultáneos y talleres artísticos abiertos al público, enmarcándonos en las prácticas del Buen Vivir.

Dirección | San Martín y 20 de septiembre (Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina)

Facebook | Colectivo Crisálida: Arte Salud Mental Prácticas del Buen Vivir

Instagram | @colectivocrisalidamdmp

Correo | colectivocrisalidamdmp@gmail.com