



facultad de ciencias
sociales



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba



**“TEJIENDO REDES: POR EL DERECHO A LA
SALUD MENTAL COMUNITARIA EN
TRASLASIERRA”**

Autoras:
Macías, Laura
Nievas, Rocío
Tello, Jimena

Docente De Práctica: Nicora,
Valeria.

Referente: Fernandez,
Clarisa.

Orientadora Temática:
Miranda, Alicia

Córdoba, 2022

Índice

Agradecimientos	3
Introducción	5
1- Reseña Socio-histórica: de la Locura a la Salud Mental en Argentina	11
1.1 La Cuestión Social en el Campo de la Salud Mental. De la Institucionalización de la Locura en Argentina a la Actualidad.	11
1.2 Dos paradigmas en Puja: Modelo Médico Hegemónico - Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.	26
1.3 Sistema de Salud en Argentina y la APS en Salud Mental	31
2- Trabajo Social y Salud Mental	35
2.1 Salud Mental como Proceso Social Complejo. Integralidad e Interdisciplina en el Abordaje.	35
<i>2.1.1 El Lugar del Trabajo Social ...</i>	37
2.2 Potencialidad de las Redes en Salud Mental	40
3- Situándonos en el Territorio. Caracterización del Escenario Institucional	45
3.1 Presentación del Escenario de Intervención: el Campo de la Salud Mental Local.	45
3.2 Acerca del Hospital de Día en Salud Mental Traslasierra.	49
<i>3.2.1 Pandemia y Re-organización Institucional...</i>	54
<i>3.2.2 Líneas de Acción Institucionales</i>	56
3.3 Sobre lxs Sujetxs que Conforman en el “Hospi de Día”	58
4- Reconstruyendo el Proceso de Intervención	65
4.1 Objeto de Intervención.	65
4.2 Estrategias: Internas y Externas	70
4.3 Estrategias Internas	73
<i>4.3.1 Planificación, Realización y Análisis de Entrevistas a Profesionales que Transitaron y Transitan el HDT</i>	73
<i>4.3.2 Proceso de Inserción Institucional</i>	74
<i>4.3.3 Visibilización del Espacio Institucional en el Territorio</i>	77
4.4 Estrategia Externa: Redes Institucionales, Familiares y Comunitarias	80
<i>4.4.1 Acompañamiento Familiar</i>	80
Reflexiones Finales	89



	2
Referencias Bibliográficas	92
Fuentes Documentales	97
Fuentes Primarias	97
Anexos	100
Zonas de integración sanitaria	100
INFORME SOCIAL	101



Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a nuestras familias que estuvieron sosteniendo y acompañando este proceso de aprendizaje y crecimiento desde el inicio de la carrera.

En segundo lugar, agradecemos a las docentes y referentes por la orientación y los espacios de intercambio y discusión crítica que tan generosamente nos proporcionaron a lo largo de todo el proceso de formación académica.

En tercer lugar, a las profesionales del Hospital de Día en Salud Mental de Traslasierra por la confianza depositada que hizo posible la realización de nuestra práctica pre profesional y por los valiosos aprendizajes compartidos. Sobre todo, a cada una/o de las/os participantes de la institución a quienes conocimos durante el tiempo transcurrido. Gracias por los inmensos aprendizajes y por el cariño brindado.

En cuarto lugar, al área de acción social de la comuna de Luyaba con su equipo interdisciplinario, que nos acompañó en el tramo final de la intervención por su predisposición y apertura a brindar sus conocimientos.

Por último, y no menos importante queremos mencionar la importancia de que la universidad pública y gratuita llegue a lugares como Traslasierra donde el acceso a la educación superior enfrenta obstáculos diversos. Efectivizar este derecho fue dar un gran paso a la promoción de equidad y nos permitió convertirnos la primera generación de egresadas universitarias en nuestras familias, como es el caso de muchas de nuestras compañeras.

...y para citar a un gran músico argentino: a todas/os quienes fueron parte de este recorrido

“¡GRACIAS ... TOTALES!” (Cerati)



facultad de ciencias
sociales



Universidad
Nacional
de Córdoba

4

Laura, Jimena y Rocío



Introducción

Introducción

El presente trabajo final de grado es producto del proceso de prácticas preprofesionales, enmarcadas en el quinto año de la Licenciatura en Trabajo Social de la sede CRES Villa Dolores, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. Este proceso de intervención tuvo lugar en el Hospital de Día en Salud Mental de Traslasierra (HDT) durante los meses de agosto de 2021 a marzo de 2022. Esta institución es de carácter público y es el único dispositivo alternativo¹ presente en el territorio; se enmarca en las políticas de Atención Primaria en Salud Mental, formuladas por la Secretaría de Salud Mental dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

El Dispositivo establece un programa ambulatorio de media jornada para personas con padecimiento subjetivo, este concepto involucra un presupuesto epistemológico que instituye la subjetividad como elemento primordial, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer. (Faraone 2013, p 36)

Desde este espacio comunitario, se busca dar protagonismo y participación a lxs sujetxs, fomentando un rol activo en sus Procesos de Salud-Enfermedad-Atención y Cuidado² (PSEAC). Si bien la creación y promoción de este tipo de dispositivos comunitarios -alternativos a los previstos por el modelo tradicional de salud mental- está plasmado en la Ley Nacional N° 26.657 y en la Ley Provincial N° 9848-, en el territorio de Traslasierra sólo encontramos el HDT.

1 A lo previsto por el modelo tradicional

2 Autores como Ferrara y Laurell (S/D): conciben a salud como un hecho dinámico, plantean que estos dos términos (salud-enfermedad) deben enfocarse como momentos de un proceso. Estar sano o enfermo es parte de un proceso en el que intervienen múltiples factores, sociales, medio-ambientales, biológicos y del sistema de salud, así como la historia, la geografía, la cultura, la economía y la política en la que están inmersos el individuo, su familia y su comunidad.

La conformación de nuestro equipo de trabajo, se dio a partir del interés compartido por lograr aprendizajes de mayor profundidad en la temática de Salud Mental. Tal inclinación, surgió de la percepción compartida de que persiste una mirada parcializada de la salud con un enfoque fuertemente biologicista, que en pocas ocasiones incorpora una lectura integral de los múltiples aspectos que atraviesan a los padecimientos subjetivos.

Además, nos movilizó el desconocimiento de la forma en que trabajan las instituciones/organizaciones de Salud Mental en Traslasierra. Lo que generó preguntas e inquietud por develar cómo se implementan las políticas públicas en salud mental, orientadas por las leyes vigentes ya mencionadas. Dichas leyes constituyen un cambio de paradigma que conlleva luchas y movimientos entre lo instituido e instituyente, por lo que su implementación adquiere rasgos singulares en cada territorio. Esta situación nos impulsó a buscar instituciones u organizaciones que trabajan con salud mental en la ciudad de Villa Dolores, lo que hizo posible nuestra llegada al Hospital de Día.

La búsqueda tuvo lugar en contexto de pandemia covid-19, en vigencia de las medidas de DISPO y ASPO³ dispuestas por el gobierno nacional y acatadas en las provincias; lo que implicó pensar estrategias singulares desde la inserción y a lo largo del proceso de intervención. En palabras de Carballeda (2022) el territorio marca el sentido del impacto del Covid-19 dentro de un proceso singular que resignifica a la enfermedad en cada circunstancia de aparición de ésta. Es decir, para la intervención en lo social no hay un Covid19 sino muchísimas expresiones sociales de éste que dialogan con otros problemas sociales de las personas que se contagian o que están desarrollando cuidados para no contagiarse. (p.2)

La inserción en la institución tuvo lugar principalmente en los talleres que brinda el HDT, los cuales mantienen congruencia entre sí y con los objetivos institucionales. La estrategia de intervención diseñada tuvo lugar en la institución y en el afuera, en un

³ Distanciamiento social preventivo y obligatorio (DISPO)- aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO)

espacio de articulación entre el HDT y el área de Acción Social de la comuna de Luyaba, localidad del mismo Valle de Traslasierra.

Es importante rescatar que la institución elegida para llevar adelante la práctica preprofesional no cuenta con un profesional de Trabajo Social, lo que suscitó interrogantes referidos al espacio de intervención profesional y sobre nuestro rol como estudiantes dentro del espacio. En este sentido, la presente tesina se constituye en un aporte para visibilizar la necesidad de ampliar los equipos de Salud Mental en Traslasierra con la integración del Trabajo Social, como aporte para pensar integralmente la interdisciplina en el abordaje de problemáticas complejas.

En el proceso de intervención identificamos situaciones que se constituían como obstáculos en la reproducción cotidiana⁴ de los sujetos participantes del HDT. Para hacer viable la intervención realizamos un recorte teórico que dio lugar a la construcción de nuestro objeto de intervención: **las redes comunitarias debilitadas que dificultan el ejercicio del derecho a la salud mental y el sostenimiento del proceso terapéutico, en el dispositivo Hospital de día de Traslasierra**. En torno a este fueron pensadas y concretadas las estrategias de intervención.

Por lo explicitado, esta tesina versará sobre el modo en que se llevó a cabo el proceso de fortalecimiento de las redes comunitarias constituidas por los usuarios, las familias y las instituciones presentes en el campo de la Salud Mental local. Teniendo como propósito al momento de sistematizar esta intervención: habilitar la reflexión sobre las prácticas de intervención preprofesionales llevadas adelante y, al mismo tiempo, producir conocimiento a partir de esta experiencia.

Este escrito está organizado en cuatro capítulos. El primer capítulo, tiene por objetivo realizar una reseña socio-histórica del proceso de institucionalización de la locura Amico (2004) y su devenir en políticas de Salud Mental en nuestro país, pensada desde el campo del Trabajo Social. Además, recuperamos modelos de estado, políticas

⁴ La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción particular y ésta sólo es posible en la medida que ocupa un lugar en la sociedad. (Omill,2015)

públicas y principales paradigmas que tuvieron vigencia en cada período, hasta llegar a la actualidad. Se intentará en este desarrollo entrelazar los devenires de la profesión en cada momento, con la intencionalidad de mostrar la relación histórica entre el Trabajo Social y la Salud Mental.

En el capítulo dos, profundizamos sobre conceptos claves que se utilizarán a lo largo de toda la sistematización y que son el hilo conductor del proceso de intervención. En este apartado retomando diferentes autorxs desarrollaremos con amplitud el concepto de redes en Salud Mental, para dar cuenta de su cualidad potenciadora al momento de intervenir en esta problemática social compleja. Los aportes, provenientes principalmente del campo de la intervención social, nos permitieron ampliar la mirada e invitaron a una reflexión crítica de la realidad que emerge en el territorio.

El capítulo tres refiere al escenario de intervención, habilita un conocimiento más amplio de la institución, sus objetivos y sus formas de trabajo. Para ello, recuperando los registros de los cuadernos de campo y la experiencia grupal realizamos una reconstrucción más profunda de las líneas de acción que se llevan adelante en el HDT. Conjuntamente, utilizamos la pandemia como analizador⁵ para pensar en la falta de cumplimiento de las leyes en materia de Salud Mental. Considerando que en este período pandémico y post-pandémico se profundizaron tensiones, pero también surgieron oportunidades para pensar la situación actual de los servicios de Salud Mental y las transformaciones que se debieran realizar de forma urgente.

Finalmente, en el capítulo cuatro, exponemos nuestro objeto de intervención y las estrategias implementadas a partir de dos líneas de acción: la interna, cuyas intervenciones se enfocaron en la visibilización del espacio HDT en el territorio; y la externa, que tuvo como eje el acompañamiento familiar de forma conjunta con el equipo técnico de la comuna de Luyaba.

En cuanto a la información recolectada para este escrito, la misma fue obtenida a partir de la utilización de diferentes herramientas metodológicas como entrevistas en

⁵ herramienta utilizada para la lectura de la situación actual de la salud mental

domicilio, observación participante, registros de campo y registros propios de las instituciones (historias clínicas), entre otras.

La experiencia de práctica se constituyó un camino de aprendizajes, donde fuimos desarrollando capacidades referidas a la re-flexivilidad⁶, al trabajo en equipo y fue un primer acercamiento al ejercicio profesional. No es fácil ni en este contexto post-pandémico, ni en ningún otro, el tránsito entre dejar de ser estudiante y convertirnos en profesionales, pero lo estamos recorriendo y esta tesis más que un cierre es un comienzo.

A lo largo de la sistematización, durante todo el proceso de escritura utilizaremos la x, porque permite la inclusión de la diversidad genérica y hace más amena la lectura. Siguiendo a autores como Bourdieu, entre otros, desenmascaramos al lenguaje como neutral y comenzamos a entenderlo como instrumento de poder en tanto construye realidades. A través del mismo, se puede contribuir a la reproducción de las estructuras patriarcales de poder establecidas o bien aportar a la representación sociolingüística de los sectores minoritarios⁷. Es por esta razón que en las referencias bibliográficas de esta tesina se colocarán además de los apellidos, los nombres de lxs autorxs recuperados.

⁶ La reflexividad inherente al trabajo de campo es el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente –sentido común, teoría, modelos explicativos– y la de los actores o sujetos/ objetos de investigación. Es esto, precisamente, lo que advierte Peirano cuando dice que el conocimiento se revela no “al” investigador sino “en” el investigador, debiendo comparecer en el campo, debiendo comparecer en el campo, debiendo reaprenderse y reaprender el mundo desde otra perspectiva. (Guber, Rosana)

⁷ En términos de ostentación, de poder, no cuantitativos.



Capítulo I

*Reseña Socio-Histórica: de
la Locura a la Salud
Mental en Argentina*

1- Reseña Socio-histórica: de la Locura a la Salud Mental en Argentina

1.1 La Cuestión Social en el Campo de la Salud Mental. De la Institucionalización de la Locura en Argentina a la Actualidad.

El surgimiento del manicomio en América Latina se puede ubicar hacia fines del siglo XIX, sustentado por los valores de la modernidad⁸ y con una fuerte influencia socio-cultural del positivismo⁹. Las actividades en el manicomio estaban centradas en la regulación religiosa y moral de la conducta. (Amico,2004)

La locura a lo largo de la historia muestra un ejemplo de la forma en que la sociedad se piensa a sí misma y cómo expresa, a través de diversas definiciones de *desviados* y de construcción de *miedos seculares*, las centralidades y las marginalidades que definen en cada momento su identidad y su propia existencia (Sacchetti y Rovere, 2018).

En este punto es menester centrarnos en el concepto de cuestión social, dado que es el eje que sustenta nuestro quehacer profesional y, en este capítulo tal concepto se estructura como una categoría de análisis que permite articular el Trabajo Social con la locura / salud mental como problemática social que requiere de nuestra intervención profesional.

Siguiendo los aportes de Margarita Rozas (2018), coincidimos en la importancia de interpretar y entender la cuestión social dentro de las mediaciones socio-históricas, que tiene lugar en los distintos tipos de Estado. En otras palabras, cómo inciden los regímenes de dominación, los modelos económicos, los mecanismos y dispositivos que desde los Estados se fueron constituyendo para atender la cuestión social.

⁸“la modernidad, en el terreno de la economía significó el nacimiento y la expansión planetaria del modo de producción capitalista”. Asimismo, la modernidad fue un formidable proceso cultural, en su seno se produce el fenómeno designado como “secularización””.

(<https://www.elhistoriador.com.ar/el-pensamiento-de-miguel-cane-y-la-generacion-del-80-por-oscar-teran/>)

⁹ El Positivismo como corriente hegemónica de pensamiento entre 1880 y 1920 construye una serie de explicaciones acerca de lo social y genera lógicas institucionales y dispositivos de intervención (Alfredo Carballada, 2020)

En una aproximación ligada a una posición determinista¹⁰, *lo social* como cuestión se instaura con el sistema capitalista, cuando las desigualdades sociales intrínsecas a éste pasan a formar parte de todas las esferas de la vida social. La cuestión social entendida como la manifestación de las desigualdades y antagonismos políticos, económicos, culturales, y cuestionando al poder hegemónico de la burguesía, la cuestión social es vivida como un atentado contra el orden social establecido (Fossini, 2003); lo que genera en el poder instituido la necesidad de implementar estrategias para enfrentarla, callarla, naturalizarla.

Los manicomios fueron la estrategia que el poder dominante utilizó para acallar la manifestación de la locura en la esfera pública, pero para hablar de los manicomios debemos hacer un recorrido histórico y recuperar necesariamente la Revolución Francesa como un periodo que tuvo gran impacto en la historia de la humanidad y, específicamente, en la historia de la locura.

De este momento revolucionario nos interesa rescatar el cambio ocurrido en la institución hospital, que deja atrás los objetivos¹¹ para los que fue creada y pasa a convertirse en una institución médica; por supuesto, producto de un largo proceso. En el S. XVII surge esta nueva modalidad de hospitales, ya no exclusivamente filantrópicos, sino con funciones relacionadas al orden social y político.

El término *asistencia*, según Castel (2009), recubrió en el transcurso de la modernidad un conjunto extraordinariamente diversificado de prácticas que se inscribían en una estructura común, determinada por la existencia de ciertas categorías de poblaciones carecientes y por la necesidad de hacerse cargo de ellas.

10 las diferentes definiciones de **cuestión social**, pueden ser clasificadas en dos grandes grupos. Por un lado aquellas que la entienden como producto de determinantes ¹ sociales y por otro los que las explican desde condicionantes sociales. Ambas posturas muestran disímiles tratamientos del tema que se expresan en formas diferenciadas de analizarlo e intervenir sobre éste. (Carballeda, 2008)

11 Fue creado en la edad media como institución de caridad que tenía como objetivo ofrecer abrigo, alimentación y asistencia religiosa a los pobres, miserables, mendigos, desamparados y enfermos.

Philippe Pinel, es referente emblemático del alienismo y va acuñar el término de alienismo mental como: un disturbio en el ámbito de las pasiones, capaz de producir desarmonía en la mente y en la posibilidad objetiva del individuo de percibir la realidad. La pérdida de juicio o la capacidad de discernimiento suponen en la alienación mental la idea de peligrosidad. Es así que el propio concepto contribuyó para producir una actitud social de miedo y discriminación. (Amarante, 2007)

Por ello el tratamiento pretendía restituir la libertad sustraída por la alienación, bajo un principio terapéutico tenía que ver con un tratamiento moral¹², produciendo aislamiento del mundo exterior. Debido a que, si las causas están en el medio social, el aislamiento permitiría apartarlas. Para Foucault esto significó la definición de un nuevo lugar social para el loco y la locura en la sociedad occidental. El *gran encierro*¹³ constituía el ejercicio de una práctica sistemática y generalizada del aislamiento y segregación institucional de significativos segmentos sociales.

En 1880 el Estado Nacional Argentino se encuentra en proceso de constitución y busca insertarse en el mercado mundial capitalista como productor de materia prima. En este sentido, comienza a preocuparse por lxs sujetxs, pero pensándolos como un sujetx moral sobre el que había que influir para mejorar su calidad como agente económico. (Amico,2004)

En este contexto,

(...)el manicomio se constituye en un dispositivo disciplinar del Estado para una respuesta científica, moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura, separándose del espacio público para evitar el desorden. La institución manicomial contenía a la locura, a la diversidad y a la marginalidad improductiva, esto permitía por un lado controlar, y por el otro, ocultar. (Amico, 2004, p.26)

12 El tratamiento moral es uno de los aspectos más relevantes. Como institución disciplinar el hospital impuso reglas, horarios, regímenes y aspiraba a una función terapéutica bajo la pretensión de una reorganización de las pasiones. En suma eran principios y medidas impuestas para reeducar la mente.

13 término acuñado por Foucault

La primera Colonia Open Door de alienados se inauguró el 11 de agosto de 1901 usando como mano de obra a quienes serían los primerxs internxs, provenientes de las Mercedes, que cumplieron tareas de albañilxs, herrerxs y carpinterxs. Este proyecto buscó crear una comunidad ideal de trabajo, encarnando los valores propios de una utopía social. (Sacchetti y Rovere, 2018)

La administración de los dispositivos Open Door en Argentina, estaba a cargo de la Sociedad de Beneficencia. La misma fue fundada en 1823 y mantenía “bajo su órbita la “acción social” a través de la administración de este tipo de instituciones paraestatales como hospitales, asilos, escuelas” (Carballeda, 2018, p.17).

La SB estaba conformada por mujeres pertenecientes a la élite económica y política que intervenían sobre lxs pobrxs, enfermxx y trabajadorxs atenuando situaciones que pudieran incomodar el equilibrio o el orden social, respondiendo a la necesidad de disciplinamiento social. Esta intervención se sustentaba en valores como la caridad y la filantropía y, aunque los principales ingresos económicos los proveía el Estado, éste era concebido como un apoyo pasivo.

El sistema ideado por Domingo Cabred¹⁴ se mantuvo fiel a sus principios hasta fines de la década del `20. En el momento de su creación, esta institución (colonia de alienados) no pudo superar las restricciones que se sitúan en el horizonte temporal desde el cual operaban: ha sido tributaria de las concepciones tutelares acerca de la niñez, el retardo mental, fundamentalmente, acerca de los beneficios asociados al tratamiento en las instituciones asilares, que protegían a lxs pacientes al precio de un fuerte aislamiento y exclusión social.

Hacia la década de 1920 comienza a desarrollarse otro movimiento dentro del campo psiquiátrico en Argentina, la corriente de Higiene Mental (movimiento internacional iniciado en EE. UU). Esta corriente planteo el valor del diagnóstico precoz

¹⁴ En Europa, Cabred entra en contacto con el sistema “puertas abiertas” y trae al país el avanzado sistema para tratar a los alienados.

y tratamiento ambulatorio de las psicopatías mentales, proyectó un campo de acción para la población en general destinado a la prevención de factores sociales y biológicos que pudieran desencadenar en la locura (por ejemplo, en el caso del alcoholismo o enfermedades venéreas). “Para ello, se estableció que era necesario intervenir en ambientes sociales y culturales, contar con instituciones de asistencia social, realizar estadísticas y prevenir enfermedades venéreas” (Dovio, 2017, p. 46).

La Higiene Mental recibió institucionalización a partir de la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental en la década de 1930. Lo que configuró el reemplazo progresivo de la Sociedad de Beneficencia, porque fueron los médicos higienistas quienes formularon las primeras críticas hacia las instituciones que ésta administraba. A partir de este momento, se incorporan en el campo psiquiátrico nuevas categorías, sentidos y clasificaciones a las enfermedades y la idea de que la patología mental admitía estados intermedios para lo que era necesario contar con dispensarios y anexos psiquiátricos como complemento del sistema asilar.

La conformación del campo de la asistencia social, como profesión se inicia en Argentina en la década de 1930. La institucionalización del Trabajo Social en las primeras décadas del S XX se encuentra marcada por la fuerte influencia del saber médico higienista y el saber jurídico- penal, que planteaban modelos previstos para atender la pobreza. La intervención social en el campo del alienismo fue una de las primeras prácticas que realizó en Trabajo Social y como especialización demandó a la profesión la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología, sociología y psiquiatría.

El Trabajo Social justificaba las relaciones dadas, el ejercicio del control social, el disciplinamiento, la naturalización y legitimación de las desigualdades de la sociedad. En este sentido, no debemos olvidar que la legitimación de la profesión estuvo ligada a las necesidades de un Estado liberal oligárquico que debía mantener el orden social (Amico,2004)

En el año 1945, con la llegada al Estado del peronismo la política social es integrada como función del estado. Se interviene la Sociedad de Beneficencia y se crea

la Dirección Nacional de Asistencia Social. En tal sentido, retomando los aportes de Carballada (2018):

El discurso moderno de la acción social se funda en nuestro país durante este momento histórico. Logra perfeccionarse y trascender al propio espacio de la salud, llega a la escuela, a la fábrica, a los hogares, al parlamento, a la política, en una sociedad cada vez más convulsionada cuya élite trata de poner todos sus esfuerzos en el ocultamiento del país real. Éste no tardará en aparecer, marcando otras pautas, otros sentidos y significados. Su expresión tal vez más importante se vinculará más tarde con la lucha por los derechos sociales y la dignidad, expresándose a través de la acción social de los planes quinquenales y la Fundación Eva Perón (p. 20).

La reformulación del Estado bajo el influjo del keynesianismo (pleno empleo) generará para las prácticas y concepciones en salud un contexto de profundas transformaciones con el nacimiento de las políticas sociales universales, en reemplazo de la filantropía de los Estados liberales.

En este momento podemos hablar de una aparición sistemática de las políticas sociales. En el año 1946 asume el Dr. Carrillo en el incipiente Ministerio de la Salud Pública, presentando al siguiente año el Plan Analítico de Salud, fundado en una política sanitaria estatal y en la universalidad de las prestaciones; con el fin de igualar las oportunidades de los sujetos en relación a la salud. Dicho plan posibilita la expansión y modernización hospitalaria de nivel público. Es aquí que las colonias y hospitales pasan a llamarse Hospitales Neuropsiquiátricos (Miani, 2016).

Siguiendo a De Lellis (2019):

Ramón Carrillo, entre otros sanitaristas, abogaba por la idea de que los enfermos mentales sean atendidos en los hospitales generales, además de propiciar la



apertura de Centros que permitieran dar forma a esta idea de una psiquiatría preventiva con base en la comunidad (p.43).

En cuanto a las acciones de la profesión en este periodo, coincide con el momento de expansión del Trabajo Social . “La formación de los Asistentes Sociales pasaba por la detección de problemas y el armado de estrategias de socialización desde una mirada más micro social y vinculada a la idea de sociopatía” (Carballeda, 2018, p. 36). Observándose que la capacitación académica se encontraba alejada de la perspectiva y las prácticas de la asistencia legitimada que imprimió el gobierno de Perón mediante las Políticas Sociales.

En 1947, se crea la Dirección Nacional de Asistencia Social y se constituyó la Fundación Eva Perón, cuyos pilares políticos eran la justicia social y la garantía de los derechos sociales. Según Carballeda (2018), la fundación ocupó el lugar que tenía la Sociedad de Beneficencia con una postura abiertamente crítica hacia esta. Surge una nueva concepción del sujeto de las políticas sociales, un sujeto de derecho social, en contraposición de la lógica de caridad y filantropía. Lo que el sujeto recibe se constituye en una cobertura que el Estado está obligado a otorgar por derecho constitucional.

Se produjo un cambio significativo en el período inmediatamente posterior a la posguerra en el área de la salud pública internacional. En muchos países este proceso fue la resultante de intensos movimientos sociales que colocaron la cuestión en la agenda pública y desataron un fuerte debate acerca de cómo debían tratarse las distintas variaciones de la enfermedad y el sufrimiento mental (Lellis, 2019, p. 38).

La recientemente constituida Organización Mundial de la Salud, encarnaba un nuevo orden político mundial que sustentaba su discurso centrado en la protección y defensa de los derechos humanos, propuso entonces una definición de salud que aspiraba a trascender la dimensión puramente biológica, al describirla como *un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad*. A pesar de las reiteradas y fundadas críticas de la que fue objeto esta definición, habilitó nuevas profesiones y alentó la constitución de un nuevo campo de referencia: el de la Salud Mental.

En 1957 en Argentina se crea el Instituto Nacional de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, se prepara teniendo en cuenta las recomendaciones y sugerencias de la O.M.S. “Sus finalidades fueron: a) prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, b) promover la investigación científica de esta materia; c) Prestar asistencia integral a los enfermos mentales d) contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los enfermos” (Falcone, S/D, p. 15).

En paralelo a la creación del INSM se institucionaliza el primer Servicio de Salud Mental de Psicopatología y Neurología por Mauricio Goldemberg, en el Hospital General de la provincia de Buenos Aires (Miani, 2016). Mauricio Goldenberg, llevó a cabo una experiencia pionera de prevención primaria orientada según los preceptos más novedosos de la Salud Mental y en el cual se desarrollaba una propuesta de planificación descentralizada y organizada con un criterio de integración territorial. Esta experiencia buscó en todo momento promover la participación comunitaria en salud y el involucramiento de agentes legos adecuadamente formados (De Lellis,2019).

Los cambios ocurridos proponen otro concepto de salud y enfermedad (deja de llamarse locura y comienza a denominarse salud mental.), al igual que un nuevo rol para la psiquiatría y modificaciones en las instituciones, ya que los procesos de salud y enfermedad serán abordados como fenómenos sociales y colectivos (Falcone, S/D, p.16).

Durante el gobierno desarrollista de Arturo Frondizi (1959-1962) se destaca la creación de la Federación Argentina de Psiquiatría, la misma tuvo lugar el 8 de octubre de 1959 en la ciudad de San Luis, en el marco de la III Conferencia de Asistencia Psiquiátrica, por la iniciativa de la Asociación de Psiquiatría de América Latina. Los cambios que se estaban produciendo a nivel mundial acompañaban el cambio de la psiquiatría manicomial.

Al respecto De Lellis (2019) afirma que:

La primera experiencia importante en Argentina de un Centro de Salud Mental se desarrolló en la Ciudad de Buenos Aires y estuvo liderada por Hugo Rosario,

mientras que la adopción del modelo de comunidades terapéuticas se produjo hacia mediados de los años '60 durante el gobierno de facto del general Onganía en el cual actuaba el coronel Estévez como interventor del INSM y Goldenberg como Director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (p.44).

Durante golpe militar de Onganía (1966), el nuevo sistema de poder que cuenta con funciones ministeriales desarticuladas, tiene un servicio público deteriorado, un sistema de salud fragmentado que limita reformas de tipo universal y propone, la racionalización del gasto y la planificación en cuanto a la asignación de recursos (Miani,2016).

En el año 1972, se constituyó la Coordinadora de trabajadores de la Salud Mental, cuyo objetivo era insertar formalmente a los trabajadores de esta área en los hospitales públicos y Centros de Salud. La CTSM entre sus objetivos implícitos, pretendía disolver la hegemonía que aún tenían los médicos por sobre otras disciplinas profesionales. En este sentido, un aspecto relevante es la creación de equipos interdisciplinarios, en los cuales se jerarquizó la incorporación de enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales (De Lellis,2019).

En 1975 los ataques de la Triple A y luego de la dictadura del '76, llevaron al retroceso de la Federación (FAP). Se producen exilios y la desaparición de Trabajadores de la Salud Mental. Esto obligó a un repliegue de la FAP porque hasta la búsqueda de mejoramiento de la calidad de vida de un paciente podía ser acusada de *subversiva*. “Esta historia continúa atravesando el tejido social. Cuerpos, historias, actores, prácticas, esperanzas, ideas fueron desaparecidas. Por ello sigue siendo necesario echar luz sobre ellas. Otra vez. Porque los efectos siguen vigentes”. (Vainer, 1999)

En los albores de la recuperación democrática el Dr. Aldo Neri, entonces ministro de la cartera sanitaria, encarga a Mauricio Goldenberg un relevamiento de servicios y recursos con el objetivo de formular un diagnóstico de situación y establecer las prioridades para la implementación de políticas públicas. El relevamiento fue presentado en un documento denominado “Lineamientos para un Plan Nacional de

Salud Mental” y que resultó un antecedente directo de la creación, por decisión presidencial, de la Dirección Nacional de Salud Mental (DNSM). (De Lellis, 2019)

Tras declinar el ofrecimiento del cargo de Director de Salud Mental que le propuso el presidente Raúl Alfonsín, el Ministro de Salud en ejercicio designa entonces a Vicente Galli¹⁵. Durante su gestión sensibilizó a las autoridades provinciales para dotar de mayores recursos y aumentar la jerarquía institucional de las áreas de Salud Mental, impulsó la creación de las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM) e intentó, aunque con resultados poco sustentables respecto de las metas planteadas, infundir una visión que recogiera cabalmente la herencia de Mauricio Goldenberg. (De Lellis, 2019)

Los movimientos desmanicomializadores que recuperaron los aportes de Basaglia (Italia 1978), alcanzan en los años '80 una renovada fuerza que junto al advenimiento de la democracia. El movimiento de derechos humanos y el movimiento de Salud Mental encuentran expresión, en este momento, en las políticas públicas sancionadas en dos provincias de nuestro país. Con el retorno a la democracia, en 1984, los principios básicos de la experiencia italiana son retomados en la reforma psiquiátrica de la Provincia de Río Negro; otra experiencia significativa fue la realizada por el Dr. Pellegrini en la Provincia de San Luis.

En 1985, llega el Dr. H. Cohen a Río Negro y pasa a ocupar el cargo de jefe de Departamento de Salud Mental. Con ello, comienza un proceso de transformación del sistema de atención psiquiátrica, que tendrá dos hitos importantes, tal como lo menciona Amico (2004): cierre del manicomio en 1988 y la sanción de la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, en 1991.

Con el cierre del manicomio en 1988, se persigue la externación de los pacientes internados, lo cual inicia en forma sistemática el corte de entrada al sistema. Fue crucial

¹⁵ quien se hallaba fuertemente conectado a los protagonistas del movimiento italiano que participaron en la experiencia de Trieste y liderada por Franco Basaglia pero también con los psicólogos argentinos que habían abrevado en dichas referencias teóricas y algunos de ellos participado en la experiencia lanusina

la conformación de nuevos equipos de trabajo Es decisiva la conformación de nuevos equipos en los hospitales generales intentando implicar activamente a los trabajadores de la salud, y especialmente la decisión política de internar en las salas comunes a los enfermos mentales, hecho que generó conflictos pero que fue necesario para reparar la marginación y depositación en el manicomio. (Amico,2004)

Los equipos de salud mental intentaron reconstruir la red social (incluyendo a los centros periféricos y su personal como primer escalón para la consulta y para el seguimiento de la persona externada, o que estuviese internada en su propia vivienda). Esta forma de trabajo permite, según Amico (2004) lo siguiente:

La consolidación de una modalidad de trabajo en salud mental comunitaria que optimiza las prestaciones de los trabajadores de salud mental y favorece el cambio de la representación social de la locura y la formulación de las estrategias terapéuticas más convenientes para concretar las dos prioridades de la política de salud mental rionegrina: la intervención en crisis y la reinserción social (p. 62).

El otro hito, es la sanción de la Ley 2440¹⁶ de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, en 1991. La construcción de una nueva norma legal permitiría consolidar las transformaciones en curso. Esto se manifiesta en el Artículo 1: Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecúe a los principios individualizados en la presente Ley. La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. En caso de ser imprescindible la internación, proceder con el objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona, debiendo procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible. (Amico,2004)

¹⁶ Ley de salud mental. Tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental.

Por su parte, en 1993, en San Luis se da comienzo a un plan con el objetivo de reformular la atención psiquiátrica en el sistema público provincial. Por un lado, se empezó por personalizar los tratamientos y se inició una política de puertas abiertas, reconectando a los pacientes con la comunidad y su familia. Por otro lado, se puso en marcha un plan de externación, apoyado en una red de atención comunitaria, a la vez que se desplegaron actividades de educación para la salud en la comunidad.

Pellegrini generó un proceso de participación democrática entre los profesionales, por lo que se tomaron decisiones: no internar a pacientes cronicados, poniendo en marcha un plan de externación, contando con el soporte de una red de atención comunitaria y, por otro lado, sacar el hospital a la calle, permitiendo nuevamente una conexión entre los pacientes, sus familiares y la comunidad.

Este movimiento llamó la atención de la población, los partidos políticos, la iglesia católica, los medios de comunicación, etc. generando miradas a favor y en contra. La idea de que la Salud Mental no debe ser separada de la salud en general, llevó a la transformación del viejo hospital monovalente en un hospital polivalente, ya que, al organizarse los servicios de Salud Mental, el hospital pudo sostener planes de atención domiciliaria y ayuda social a los pacientes externados, como el lugar que se le dio a la familia, permitiendo una fuerte red de contención. (Amico,2004)

En la década de los 90' se completa definitivamente el proceso de descentralización comenzado en 1978 y que incluyó la transferencia del nivel nacional al nivel provincial y del nivel provincial al nivel municipal y ciertas medidas de descentralización administrativa y financiera como los hospitales de autogestión. “Como consecuencia del proceso de descentralización, el 75% de la capacidad instalada en el público en el área de la salud se hallaba en el año 1995 bajo la órbita provincial o municipal” (De Lellis, 2019, p.49).

La salud pública se transformó en mercancía y las políticas en Salud Mental se tienden a considerar un *lujo* frente a las necesidades extremas, por lo que es lo que se

recorta en primer lugar cuando hay que reducir presupuesto. Se externalizan pacientes buscando soporte en comunidades precarizadas y en familias con escasas capacidades de contención, ni recursos; lo que constituye en un nuevo desamparo.

En el marco sociocultural de la globalización acompañada por la retracción del Estado (ajustes e influencia de organismos financieros internacionales), las nuevas formas de pobreza y marginalidad, dan lugar a lo que algunos autores denominan “la nueva cuestión social” : pérdida del soporte salarial, desempleo masivo, precarización laboral, exclusión, desafiliación. Las respuestas asistencialistas por parte del Estado se traducen en el campo de la salud mental a la sobre indicación farmacológica y a internaciones evitables (Arito,2001; Castell, 1997).

Luego de la crisis económica, social y política en que culminó este período en el año 2001, durante los sucesivos gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández, se redefinió nuevamente la relación entre estado-mercado y sociedad, reasignándose al estado un rol rector de la economía y tendiendo a un desarrollo basado en la generación de empleo, ampliación del mercado interno y políticas sociales con enfoque de derechos. (Stolkiner,2016)

En 2007, el informe *Vidas Arrasadas*¹⁷ hizo pública la situación de las personas internadas en las instituciones psiquiátricas en el país. Este informe, junto a otras iniciativas nacionales e internacionales, logra instalar el debate sobre la Salud Mental en la agenda pública. En este mismo año y a partir de lo expuesto en el informe se constituye la Mesa de Trabajo Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos, conformada por diversas y numerosas organizaciones e instituciones que se propusieron formular y hacer viable una norma local en Córdoba.

El proceso de elaboración de este anteproyecto contó con instancias de capacitación, difusión y discusión, hasta su presentación en la Comisión de Salud de la Legislatura.

¹⁷ Este informe registra graves hechos de abuso y negligencia en las instituciones psiquiátricas argentinas, y documenta, incluso, casos de personas que han muerto incineradas en celdas de aislamiento, exposición a privación sensorial mediante el aislamiento por un largo período de tiempo y actos de violencia física y sexual. El informe también detalla condiciones de vida peligrosas e insalubres.

La Mesa logra que su propuesta alcance el estatuto de proyecto con la firma de todos los bloques allí representados.

El Estado provincial participó al principio y luego tomó distancia, pero, *sorpresivamente* presentó un proyecto de ley que logró ser aprobado unos meses antes de la sanción y la promulgación de la ley nacional. El Observatorio sostiene que los intereses que impulsaron tal situación tuvieron que ver principalmente con el ahorro presupuestario que esta norma permitía (lo cual también explica la falta de compromiso presupuestario y el fondo de financiamiento a municipios en la ley provincial). Estos dos aspectos difieren con el proyecto presentado por la mesa y a futuro impactan en la implementación de la ley (Buriyovich, Monasterolo, Herranz, Fernández, Caminada Rossetti, Yoma, del Carpio, Ase, Barrault, Berra, Galán, Degoy y Sosa, 2014)

El 20 de octubre de 2010 se aprueba la ley provincial de Salud Mental N.º 9.848, si bien los representantes de la Mesa afirman que la versión final guarda algunos puntos en común e implica un avance en materia de derechos humanos en Salud Mental, al mismo tiempo se presentaban diferencias sustantivas con el proyecto que presentaron originalmente (Buriyovich, Monasterolo, Herranz, Fernandez, Caminada Rossetti, Yoma, del Carpio, Ase, Barrault, Berra, Galán, Degoy y Sosa, 2014).

Lo expresado da cuenta de luchas y tensiones entre actores que ostentan diferentes grados de poder dentro del campo y de los avances y retrocesos que se van forjando. Toda decisión, toda lucha es política y el devenir en la implementación y la asignación de presupuesto para la salud mental también lo son.

La Ley Nacional N.º. 26.657 es la concreción local del marco normativo internacional expresado en la CDPD¹⁸, enmarcadas en el paradigma de los derechos humanos e implican un reconocimiento universal a la dignidad de las personas con padecimiento mental, lo cual requiere una revisión de los servicios y dispositivos que hasta aquí se han sostenido.

¹⁸Nuestro país adoptó en el año 2006 la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En el año 2016, ya en funciones el gobierno de Mauricio Macri, se deroga la resolución; constituyéndose en un claro retroceso al proceso de implementación del nuevo paradigma que imprimía la Ley N°. 26.657 (Redacción La Tinta, 9 de agosto de 2016). Podemos apreciar las disputas entre concepciones, por un lado, la salud pública con enfoque de derechos y por el otro, un modelo de salud focalizado con prestaciones sesgadas; es decir, la salud pública sujeta a los criterios y normas del mercado propio de modelos de gobierno neoliberales.

En síntesis, muchos cambios han acontecido al interior de los que hoy denominamos campo de la Salud Mental y cada lógica o forma de comprender ha impregnado instituciones y prácticas. Lo manicomial aún sigue estando presente en la praxis, en las instituciones y en las políticas públicas.

La realidad es que hasta la fecha la implementación de ley aún tiene zonas grises: la continuidad de los manicomios y el incumplimiento del mínimo presupuestario establecido por la ley. La accesibilidad al sistema de salud no siempre es garantizada, como tampoco la continuidad de los procesos terapéuticos. La Salud Mental es un proceso social complejo, por lo que la mayoría de los usuarios de los servicios de Salud Mental se encuentran en situación de desigualdad, pero, aunque esto es reconocido por el Estado, muy poco se hace al respecto.

1.2 Dos paradigmas en Puja: Modelo Médico Hegemónico - Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

La salud, como un proceso dinámico que se va modificando con cada coyuntura socio-histórica. Según la autora Amico (2004) la definición de salud se construye y reconstruye junto a las prácticas, lo que según la autora tiene que ver con el “máximo bienestar posible en cada momento histórico y es producto de una permanente relación dialéctica entre el sujeto social y su realidad” (p.17).

En este sentido, es interesante recuperar el aporte de Floreal Ferrara (1975), cuando define a la salud de la siguiente manera:

La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental y social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos (p.120).

Rompe con la pasividad de lxs sujetxs y de la comunidad ante la situación de enfermedad, ya que son estos los que accionan frente al contexto físico, psíquico y social en el que viven, para modificar las condiciones que afectan su vida. Luchar contra las inequidades del sistema, es un síntoma de buena salud.

Resultan significativos los aportes teóricos de Carballada (2012) quien retoma a Bourdieu:

El autor aplica la noción de campo para analizar el contexto de intervención en salud mental **-1-** implica entenderlo como un espacio donde confluyen una serie de interacciones. Éstas pueden ser de diferente orden como; conflicto,

colaboración o alianza. De esta manera, el sector salud, como campo presenta también estas características, que llevadas a los espacios institucionales pueden ser entendidos como “escenarios de intervención” -2-, en ellos se expresan una serie de tensiones que concuerdan con la idea de campo antes mencionada pero también interpelan a la Intervención en lo social desde diferentes aspectos como; los disímiles papeles de los actores sociales; los componentes escénicos (en tanto el carácter simbólico de las instituciones, sus espacios, distribuciones y actores sociales); la historicidad de la trama donde se desenvuelven los problemas sociales y su integración con lo económico, social y político (p.3).

Esta construcción teórica es de gran utilidad porque nos permite una lectura amplia de lo que podemos encontrar al momento de llegar y permanecer en dicho campo. Nos permite identificar actores y las interacciones entre estos, las improntas institucionales, los modos de atención como también la legitimidad de las mismas y la relación con la comunidad.

Sin embargo, es imprescindible considerar al campo de la salud, no sólo ni principalmente como un escenario de prácticas, sino como un terreno de luchas simbólicas acerca de las formas de aproximarse al modo en que las personas nacen, viven, enferman, padecen y mueren, y respecto a las respuestas sociales frente a tales procesos (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

En estas luchas simbólicas, identificamos dos grandes modelos de atención en el campo de la Salud Mental, uno hegemónico y otro relacionado a la salud comunitaria. Esto resulta importante porque estas formas de entender los padecimientos condicionan las prácticas y a las instituciones creadas para la atención. Al mismo tiempo, sustentan la construcción de política pública en Salud Mental, a partir de las cuales el Trabajo Social interviene.

El modelo médico hegemónico (MMH), siguiendo los aportes teóricos de Menéndez (1988) contiene como características principales:

Biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (p.2)

Este paradigma habla de enfermedad mental y la atención de esta aparece como único horizonte, es decir, se centra en la enfermedad más que en la promoción de la salud. La aparición de las instituciones dirigidas a la atención de pacientes con enfermedades mentales, nacen bajo esa misma concepción y son el lugar donde la sociedad ocultaba lo que no quería ver. Esta noción legitimó durante mucho tiempo violaciones a los derechos humanos de las personas allí institucionalizadas. El MMH aún hoy domina el tratamiento de la Salud Mental, en la praxis las internaciones y la medicalización de la vida cotidiana siguen siendo los abordajes principales.

En una perspectiva contrapuesta a la anterior, encontramos el modelo comunitario en Salud Mental. El cual se basa en la promoción de la salud, los cuidados, la prevención, atención y rehabilitación psicosocial de lxs sujetxs; apela a un abordaje integral, comunitario, interdisciplinario e intersectorial. Esta perspectiva, al contrario del MMH, se centra en las personas y la compleja relación con los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados, en los territorios donde ellxs desarrollan su vida cotidiana (Fraifer, Garate, Grasso, y Rovetto, 2019).

En este paradigma ocurre un cambio semántico con la incorporación de la noción de padecimiento subjetivo, es decir, la subjetividad se erige como un elemento central más allá de lo patológico. Este cambio trae consigo la posibilidad de incorporar la lectura de lo histórico-social, en tanto el padecimiento se vincula con la producción de sentidos y significados por los cuales lxs sujetxs organizan y simbolizan sus prácticas (Rossi y Bustos, 2018).

Ardila y Gallende (2008) enuncian que la noción de *comunidad*, surge en el contexto del desarrollo del liberalismo como oposición a las formas de relación que éste propiciaba y que a su vez lo hacían posible. En cierto sentido todos los movimientos que se han opuesto al liberalismo comparten en algún punto cuestiones referidas a lo *comunitario*; los cuestionamientos referidos al tratamiento de las personas con trastorno mental surgidas tras la segunda guerra mundial y representadas en los movimientos de reforma psiquiátrica, presentan como uno de sus elementos comunes la referencia a la comunidad o a lo comunitario.

El modelo de abordaje basado en la comunidad acompaña la promoción de los derechos humanos, apuntando a superar la cronificación y la estigmatización y propiciando acciones en los equipos de salud que acompañen el ejercicio efectivo de esos derechos. Es prioritario para este modelo la articulación en red, prevé equipos de Salud Mental interdisciplinarios en el primer nivel de atención, hospitales generales, sanatorios y clínicas, centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, dispositivos para la inclusión sociolaboral, entre otros (Fraifer, Garate, Grasso y Rovetto, 2019).

La Salud Mental en la Comunidad postula como eje central la atención y la rehabilitación, preservando o recuperando en el sufriente mental su capacidad de relación con lxs otrxs de su comunidad, la vida en común con sus semejantes, en la sociedad que le toca habitar. La primera intervención es preservar en lo posible los vínculos comunitarios, familiares y sociales del paciente, a la vez que toda estrategia de rehabilitación debe orientarse a la integración social del sujetx afectado.

Esta perspectiva consiste en atender en primer lugar el *lazo social*, en el que radica la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros que le permitan la vida en común. El lazo social es un elemento que influye, atraviesa y determina la construcción de las subjetividades a través de las formas en que se establecen las relaciones y los intercambios entre los/as individuos/as de una determinada sociedad (Carballeda, 2012).

Además, se trata de un giro de la atención en tres dimensiones: a) pasar de la hospitalización psiquiátrica asilar a servicios próximos a la comunidad y al territorio de vida del paciente; b) pasar de una práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional a una consideración del sujeto en toda su dimensión y complejidad, es decir, el paciente debe ser tratado como un semejante, respetando su dignidad y reconociendo sus derechos; c) pasar de un enfermo como sujeto pasivo de su tratamiento a un sujeto activo, partícipe y protagonista de su tratamiento, lo cual además de contar con su *consentimiento informado* para toda decisión de tratamiento se trata de incluir a su familia, y en lo posible a miembros significativos de su comunidad, en el proceso de atención (Ardila y Galende, 2008).

En el marco de estas confrontaciones entre paradigmas en torno a la Salud Mental, llegamos a la definición que propone el artículo 3 de la ley Nacional N°. 26.657, que reconoce a *la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.*

Esta definición no sólo se aleja del concepto de salud como ausencia de enfermedad, sino que también legitima la intervención de profesiones hasta el momento subalternizadas en el campo de la Salud Mental, como es el caso del Trabajo Social. Aquí lxs sujetxs son sujetxs de derecho capaces de tomar decisiones en cuanto a sus tratamientos y este debe atender a la integralidad propia de sus PSEAC.

Así retomando diferentes construcciones teóricas y aportes de autorxs, vamos sumando miradas y conceptos para poder acercarnos a lo que grupalmente concebimos como proceso de salud. Esta forma de comprender influirá profundamente en el proceso de intervención, la forma de entender a lxs sujetxs y la construcción de las estrategias.

1.3 Sistema de Salud en Argentina y la APS en Salud Mental

El sistema de salud de Argentina está conformado por 3 sub sectores: el estatal con un acceso universal y público; el privado o de mercado y el de las obras sociales que incluye a los seguros obligatorios por ley.

Varios estudios coinciden en señalar que una de las características principales de este sistema es la fragmentación, representada por la existencia de muchos agentes no integrados, que actúan sin sinergia alguna. Otra característica a destacar es la segmentación del sistema, es decir, la existencia de diversos subsistemas de salud con diferentes arreglos de financiamiento, afiliación y provisión en segmentos de población determinados según su nivel de ingresos y posición económica (Berra, Rivera, Nicora y Pasarín, 2018).

El primer nivel de atención se refiere a las acciones más elementales o básicas del sistema. El segundo y tercer nivel de atención se refieren a agrupaciones de respuestas de diferente grado de complejidad y especialización ascendente que actúan sobre la base de referencia detectada en el primer nivel de atención.

De este enfoque surge la referencia a los niveles con el desarrollo de una categorización de servicios que se complementan y articulan entre sí, y permite intentar cubrir la atención de todas las necesidades de la comunidad. Los niveles de atención son, en síntesis, planos o instancias tecnológicas para la atención de los problemas de salud, que se distinguen entre sí por la combinación de contenidos. (Programa de Capacitación en Análisis e Implementación de Políticas de Atención Primaria de la Salud.S/R)

Producto de las reformas ocurridas en el sistema de salud, se han delegado competencias desde el nivel federal a las provincias para la atención de la salud y en algunos casos las provincias descentralizaron la atención hacia el nivel municipal.

Como describe Iván Ase la descentralización de los servicios sociales, y en particular los de salud, fue parte explícita de la agenda de modernización del estado provincial de Córdoba a partir del año 1987 y se concretó efectivamente a finales del año 1995. Por lo expresado, son los gobiernos locales los responsables de la formulación e implementación de las políticas de APS¹⁹ de su población. (Berra, Rivera, Nicora y Pasarín, 2018)

El ingreso al sistema de salud se encuentra obstruido por diversos obstáculos, en particular, para los segmentos poblacionales más vulnerables y estos obstáculos se incrementan si hablamos del acceso a los servicios de salud mental. En esta línea los enunciados de Alma Ata tendían a la ampliación de la cobertura y al incremento de la participación, pero las metas no se lograron. Bajo la influencia del pensamiento económico neoclásico, la Atención Primaria de la Salud fue equiparada a un primer nivel de prestaciones esenciales para pobres (Stolkiner y Solitario, 2007).

Esta interpretación de la Atención Primaria de la Salud como un primer nivel esencial para poblaciones desfavorecidas con prestaciones de bajo costo, fuertemente sostenidas en la colaboración voluntaria de miembros de la comunidad –especialmente de las mujeres-- fue considerada por algunos críticos de la propuesta como *medicina barata para pobres o atención primitiva* (Testa, M., 1985). También en las políticas de salud mental impactaron estas ideas. La propuesta de hacer recaer en las unidades familiares, e indirectamente en las comunidades, una buena parte de las acciones que antes financiaba el estado.

Se produjeron básicamente dos implementaciones de la atención primaria de la salud: una de sustento neoliberal que la definiría como un primer nivel de servicios esenciales o básicos, que fuera denominada Atención Primaria Selectiva (Cueto M, 2004) y una –con más ideario keynesiano, contenida en el documento original de Alma

19 La Asamblea General de la OMS desarrollada en 1977, cuando se plantea la necesidad, transformada luego casi en una consigna institucional, de garantizar la "Salud para todos en el año 2000". Durante el año 1978, en la reunión llevada a cabo en Alma Ata, quedó establecido que para el logro de esta meta era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como atención primaria de la salud (APS), estrategia a la que adhirió el estado argentino.

Ata-- que la considera una estrategia reordenadora de los sistemas con lógica universalista y basada en la idea de derecho , que suele denominarse Atención Primaria de la Salud Integral (Stolkiner y Solitario, 2007).

En territorio encontramos que la forma en la que el Estado sustenta al dispositivo HDT está ligada a una concepción de APS selectiva, donde la mayor parte del sostén cotidiano depende de las unidades domésticas, la comunidad y lxs trabajadorxs de la salud. Esto expone a un Estado que desatiende del financiamiento de una política pública que debería ser considerada una estrategia crucial para asegurar el tratamiento de las personas con padecimiento subjetivo, la continuidad de los cuidados y sobre todo la equidad en el acceso a la Salud Mental.

La Ley Nacional de Salud Mental recoge la estrategia de APS integral y apuesta a la articulación entre los niveles de atención en salud. En este sentido, para lograr inercia entre ambas es preciso potenciar la APS integral porque implica pensar en redes de atención de la salud, donde los prestadores de los distintos niveles se encuentren articulados para aumentar la eficacia y la eficiencia, aumentando su capacidad resolutive. Es pensar en un sistema de referencia y contrarreferencia aceitado, con vistas a superar la fragmentación del sistema de salud. En este marco, las redes resultan condición de posibilidad para lograr una articulación sólida entre la APS y la SM.



Capítulo II

*Trabajo Social y Salud
Mental*



2- Trabajo Social y Salud Mental

2.1 Salud Mental como Proceso Social Complejo. Integralidad e Interdisciplina en el Abordaje.

Comenzamos el presente capítulo rescatando a Carballeda (2012), que presenta a:

La salud y la enfermedad como problemática social compleja, dialogan con la vulneración de derechos, la incertidumbre, entre otros factores. Lo que implica elaborar nuevas formas de comprender y explicar los fenómenos, desde esta interpretación de la nueva complejidad se construyen interrogantes que interpelan a las formas típicas de intervención, presentando nuevas perspectivas de análisis, que lleva a mostrar la intervención en el campo de la salud mental como continente de un proceso complejo y cambiante (p.4).

“Las problemáticas sociales son complejas debido a que se encuentran en constante movilidad y permanente metamorfosis, sobrepasando la especificidad de cada institución, de allí la necesidad de pensar la intervención en escenarios complejos atravesados por múltiples lógicas”. (Carballeda,2007, p.3) Lo cierto es que, debido a esta multiplicidad de factores en movimiento y cambio, el abordaje de la Salud Mental no puede pensarse sino de forma interdisciplinar, intersectorial e integral.

En el transcurso de nuestra intervención y en concordancia con esta perspectiva, intentamos mantener en todo momento una mirada integral y una apuesta a la interdisciplina como potenciador de la intervención, lo que resultó difícil porque los equipos de salud contaban con escaso número de profesionales por lo que se realizó un trabajo interinstitucional.

Lxs autorxs Rosseti, Monasterolo y Yoma (2018) afirman que:



La integralidad, es un concepto que va de la mano con la intersectorialidad implica el desafío de construir y compartir visiones más integrales, propiciando redes de responsabilidad institucional con nuevas formas de cooperación vertical y horizontal. Requiere de una acción mancomunada, con un sistema de responsabilidad de carácter interdependiente e interactivo. (p. 224)

Retomamos y ampliamos la idea de que la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. 35 legitima la interdisciplinariedad del trabajo en Salud Mental, promoviendo la ejecución abordajes e intervenciones que involucren e integren diferentes disciplinas con su propia especificidad y bagaje teórico. En ese sentido Muñiz (2014) sostiene que:

La idea de interdisciplina implica un esfuerzo de diálogo permitiendo trascender las fronteras de cada disciplina para generar un enfoque novedoso, creativo y crítico. El nivel de riqueza interdisciplinaria se da por el número de disciplinas involucradas, la distancia teórica entre ellas, la creatividad y el grado de integración alcanzado. (p.2)

Para Cazzaniga (2002) la interdisciplina es necesaria para la intervención social, atender y dar respuesta a la diversidad de demandas que llegan a las instituciones, no es posible ni desde la subalternidad en los equipos, ni mucho menos desde el aislamiento profesional. Consecuentemente, a la falta de profesionales en las instituciones es menester el trabajo interinstitucional para construir equipo, teniendo como horizonte la construcción interdisciplinaria y trascendiendo la mera articulación y/o derivación /consulta.

2.1.1 El Lugar del Trabajo Social ...

Para referirnos específicamente a la disciplina de Trabajo Social en el campo de la Salud Mental y siguiendo a lxs autorxs Andrada y Barrera (2020), nuestra disciplina atravesó procesos de disputas y conquistas para alcanzar un rol legitimado dentro de los equipos de salud interdisciplinarios.

La participación del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, no se produjo a través de una invitación sino por la necesidad que ese campo tiene de integrar lo que el Trabajo Social sabe hacer. Como parte de las profesiones que intervienen en este campo, requiere desarrollar habilidades, conocimientos y prácticas, contemplando los principios de integralidad e intersectorialidad para que sea posible una intervención orientada a la ampliación de ciudadanía.

Para dar cuenta de estos procesos, Madeira y Fernández (2011) consideran que:

Actualmente la intervención de nuestra profesión al interior del campo de la Salud Mental, debería proponerse los siguientes principales ejes: Promover una mirada integral de la situación planteada, generar un espacio de escucha y contención, favorecer la reconstrucción de redes sociales y familiares de los sujetos con los que se trabaja, generar estrategias que permitan el acceso a los recursos que la situación demanda, propiciar la articulación intra e interinstitucional, viabilizar la construcción de alternativas y/o estrategias intersectoriales de intervención. (p. 16)

Continuando con esta línea argumentativa, afirmamos que el Trabajo Social hace su aporte atendiendo a la historicidad de lxs sujetxs, su trama relacional y su comprensión como sujetxs de derecho más allá del diagnóstico con que se lo etiqueta.

Al respecto, Carballeda (2012) expresa que:

La intervención en lo social en tanto aplicación de la Política de Salud como Política Social, puede ser entendida como una oportunidad que entrelaza; la Protección, el Lazo Social y los Problemas sociales, si es vinculada con una estrategia de recuperación de la historia, de lo colectivo, en sociedades fragmentadas, desde miradas singulares, desde donde surgen nuevos derechos a partir de nuevas necesidades. En este aspecto, la Intervención del Trabajo Social y de las demás disciplinas del campo de la salud tienen la oportunidad de alejarse del lugar de lo normativo, para aproximarse al de los derechos. (p.9)

Teniendo en cuenta que la construcción de los procesos de salud-enfermedad se encuentra en los espacios de la vida cotidiana²⁰, la cual, a su vez es condicionada por el contexto social que lo atraviesa y determina en las significaciones y sentidos que adquiere dicho proceso; podemos pensar la intervención social a partir “(...) de su interpelación entre lo macro social y la singularidad de lo micro” (Carballeda; 2012; p.3).

El mismo autor plantea que *lo social* en términos de intervención puede ser pensado en tres órdenes, estos son: protección, lazo social, problema social/necesidad.

El primero, es *la acción interventiva* de nuestra profesión que se desenvuelve en los distintos dispositivos de *protección social*, es decir la intervención del Trabajador Social incluye diálogo, encuentro y transformación en los sistemas de protección que posee una sociedad (instituciones, políticas, planes y programas).

En un segundo orden encontramos el Trabajo Social intrínsecamente *interviniendo en las tramas sociales que rodean, construyen y generan desde la singularidad del sujeto de intervención*. El lazo social construye subjetividad entre los individuos mediante diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de

²⁰ La vida cotidiana aparece como la “[...] base de todas las reacciones espontáneas de los hombres a su ambiente social, en la cual frecuentemente parece actuar de forma caótica” (Lukács citado por Heller 1977, 12). Es en ese contexto que los sujetos sociales en sus confusas y complejas relaciones sociales, dinámicas y dialécticas, cargan en sí múltiples determinaciones (historicidad, contradicciones, estratificación, estructura social, ultrageneralizaciones, inherencias, etc.).



reciprocidad. Entonces, la intervención en lo social genera desde lo micro social el encuentro entre sujeto, sociedad y cultura en cada circunstancia singular.

Finalmente, un tercer orden que delimita “lo social” del campo del Trabajo Social es *la noción de necesidad social y problema social*. Es decir, de un tiempo a esta parte el trabajo social interviene con problemas sociales que pueden o no contener necesidades y con necesidades que pueden contener problemas sociales. Es por esto que en el campo de la salud mental estas cuestiones son más visibles y en donde la construcción de la demanda de intervención en lo social atraviesa el conflicto con la Ley, el consumo problemático, la deserción escolar, las pericias judiciales, además de lo material y simbólico de la aplicación de políticas sociales de diferentes características. (Carballeda,2012)

Así, la intervención social en salud mental en clave de derechos conjuga: ser asistido, recibir más que una prestación/subsidio, ser escuchado y valorado en sus apreciaciones. Es decir, algo más que un caso psiquiátrico, ser escuchado en clave social y ser visibilizado, es por esto que la inclusión social se relaciona intrínsecamente con la salud mental. (Carballeda, 2012, p.7-9)

En síntesis, al momento de intervenir es sustancial formular estrategias desde una concepción integral de la salud de las personas, es decir, considerando su trayectoria de vida, el contexto en el que viven, sus redes y recursos (educativos, culturales, vinculares, económicos etc.), la relación con el sistema de salud; como también la forma en que conciben sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

2.2 Potencialidad de las Redes en Salud Mental

En un contexto donde la comunidad se encuentra atravesada por un proceso de fragmentación, debilitamiento de identidades, representaciones y de intereses contradictorios que influyen en la subjetividad de lxs sujetxs, es importante reconocer que hay determinadas condiciones de vida que aumentan las situaciones de vulnerabilidad de las personas.

Consideramos que una comprensión más profunda de lxs sujetxs en su totalidad, es decir como sujetxs históricos-sociales no sólo padecientes o usuarixs, llega cuando podemos acercarnos a su cotidianidad y escuchar los cuestionamientos que hacen sobre ella e identificar la trama social en la que están insertos.

Asimismo, Rovere (1999) aporta el concepto de redes definiéndolas como el lenguaje de los vínculos, ya que tiene una lógica heterogénea e imagina heterogeneidades organizadas, esto implica la aceptación de lo diverso, de la asimetría y de la autonomía.

Para su construcción es necesario, en primer lugar, un *reconocimiento*, es decir la aceptación del otrx, reconocer que el otrx existe. En segundo lugar, el *conocimiento*, una vez que el otro es reconocido se lo empieza a incluir, por lo tanto, existe un interés en conocerlo. En tercer lugar, la *colaboración*, en el sentido de trabajar con otrx. Luego la *cooperación*, la existencia de un problema común que requiere de actividades compartidas para su resolución y por último la asociación, evidenciado acuerdos que permitan compartir recursos. (Rovere,1999)

Por su parte, desde la psicología social comunitaria, Montero (2003) agrega la noción de *redes comunitarias* como aquellas presentes en los procesos de organización comunal, afirmando que:

Las redes de organización comunitaria serían un entramado de relaciones que mantiene un flujo y reflujo constante de informaciones y mediaciones

organizadas y establecidas en pro de un fin común: el desarrollo, fortalecimiento y alcance de metas específicas de una comunidad en un contexto particular. (p. 175)

Las redes comunitarias son ámbitos de participación, a la cual promueven y canalizan, y una de sus funciones es movilizar a la comunidad, incorporándola a la solución de conflictos. Desde esta perspectiva, las redes comunitarias no involucran necesariamente a todos los miembros de una comunidad. La organización comunitaria refiere al proceso que desarrolla un grupo de personas involucradas en el trabajo con una comunidad, para distribuirse las actividades, delegar las responsabilidades, comprometerse con las normas del grupo y sistematizar, de alguna manera, los datos y las informaciones producidos en la tarea, a fin de lograr metas de interés para la comunidad que conduzcan a una mejor calidad de vida. (Montero, 2003)

El padecimiento subjetivo toma formas inscriptas en procesos socio-históricos y culturales de subjetivación, cuya vivencia luego se particulariza en lo cotidiano. La importancia del vínculo y la contención del sufrimiento ha dado paso al reconocimiento de la necesidad de prácticas de Salud Mental comunitarias, como una herramienta útil para la inclusión.

Según Bang (2014):

La transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación hacia la constitución de la propia comunidad como sujetos activos de transformación de sus realidades, fortaleciendo las redes comunitarias y generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados (p.114).



La trabajadora social Bresso (2011) y citando a la Lic. Dabas, plantea la importancia de reconocer en salud al menos los siguientes niveles de *redes*:

-Red personal: que es confiable, sensible, activa y protege a las personas de las enfermedades. Afecta la pertenencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida. Está compuesta por cuatro grupos: familia, amistades, relaciones laborales o escolares y relaciones comunitarias, de servicios o de credo.

-Red institucional: a través de la formulación de proyectos institucionales en el interior de cada organización con la participación de todos sus integrantes.

Este proceso conlleva una promoción e incremento de las relaciones entre los integrantes, ya no solo a nivel informal, sino en torno al proyecto institucional. Dando lugar a la construcción de un campo interdisciplinario. Y finalmente, pensar al paciente atendido por la institución y no por la sumatoria de servicios.

-Red de servicios: implica una articulación entre los subsectores públicos, de la seguridad social y privado a nivel local, provincial, regional y nacional. Esta articulación es una de las más difíciles de lograr, ya que implica cuestiones presupuestarias provinciales y/o municipales, las que a la vez implican políticas de gobierno.

-Red intersectorial: pensada desde la complejidad en la que se considera la comunidad, tomando el ámbito local, provincial, regional y nacional. En este nivel de construcción de redes, resulta fundamental pensar la complejidad desde la que se considera a la comunidad

-Red comunitaria: que implica

1) historizar el diagnóstico sanitario, convirtiéndose en diagnóstico socio- sanitario y ambiental.

2) considerar a la población destinataria como al equipo de salud como actor social.



- 3) utilizar el Sistema de Información Georreferencial (SIG) el cual se define como un conjunto de herramientas integradas en un sistema automatizado capaz de recolectar, almacenar, manejar, analizar y visualizar información referenciada geográficamente.
- 4) Confeccionar carpetas de las familias, priorizando la actividad comunitaria y de la visita domiciliaria.
- 5) Posibilitar la accesibilidad de la población a la información obtenida.
- 6) Organizar procesos sistemáticos y participativos de monitoreo y evaluación de los programas y difundir sus resultados.

Las redes permiten una conexión con otras personas, con las que a su vez crean lazos. En la práctica y desde el Trabajo Social, visibilizar, fortalecer y ampliar estas conexiones se constituye en algo fundamental para sostener procesos terapéuticos, al ser insuficientes los recursos aportados por la política estatal y el desarticulado sistema sanitario. Es decir, que la salud comunitaria no es posible sin redes porque las redes generan tramas de contención para luchar contra la desafiliación social.

El desarrollo teórico hasta aquí expuesto, es el insumo de análisis de nuestra intervención, la cual es presentada en el capítulo 4 como estrategia externa.



Capítulo III

*Situándonos en el territorio.
Caracterización del Espacio
Institucional.*

3- Situándonos en el Territorio. Caracterización del Escenario Institucional

3.1 Presentación del Escenario de Intervención: el Campo de la Salud Mental Local.

El acercamiento grupal al campo de la Salud Mental en Traslasierra se enmarca en el Seminario de Diseño de Estrategias de Intervención²¹, y es el momento de formación en el que termina de consolidarse el interés compartido por esta temática. Luego de entrevistas e intercambios más informales identificamos actorxs, organizaciones e instituciones que trabajan con personas con padecimiento subjetivo en el Valle, precisamente en Villa Dolores²².

Para dar un pequeño panorama de dicho campo, a fines explicativos proponemos precisar lxs actorxs con mayor relevancia dentro de él, caracterizando brevemente a cada unx.

El Hospital de Villa Dolores centraliza la recepción de demandas en su área de Salud Mental. Quienes acuden a esta institución provienen de la misma ciudad, localidades aledañas e inclusive de provincias cercanas como San Luis. Además, recepta demandas indirectas de otras instituciones como Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), Juzgado, Municipalidad de Villa Dolores, Hospital de Día en Salud Mental de Traslasierra, etc. El área de Salud Mental cuenta con diversos profesionales como psicólogxs, psiquiatras, enfermerxs, pero en su planta permanente no hay unx Trabajadorx Social.

Otro espacio es en el equipo interdisciplinario de Atención Primaria en Salud Mental, a cargo del área de Acción Social de la Municipalidad de Villa Dolores. Sin

²¹ Asignatura perteneciente al cuarto año de la Licenciatura en Trabajo Social, FCS, UNC.

²² Municipio perteneciente al Dpto. San Javier, Córdoba, Argentina. Es el centro económico y comercial del Valle de Traslasierra.

duda, que este equipo pertenezca al área social evidencia un giro hacia una mirada sobre la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado de las personas, ya que previamente el equipo pertenecía al área de salud y Trabajo Social no formaba parte como profesión.

El equipo es relativamente nuevo y contribuye a descongestionar, parcialmente, las demandas que recibe el Hospital de Villa Dolores. Aunque lleva adelante un trabajo diferenciado, en el primer nivel de atención realiza tareas ligadas a la prevención, promoción, acompañamiento con intencionalidad de fortalecer las redes comunitarias y familiares de las personas con este padecimiento. Este espacio trabaja con todas las edades y desde una perspectiva familiar y territorial.

Entre 2020-2021, la Mesa de Trabajo por los Derechos Humanos Traslasierra, junto a familiares y usuarixs de los servicios de Salud Mental, impulsaron la conformación de una Casa de Medio Camino de modalidad autogestiva. La misma era gestionada mediante recursos económicos provenientes de las pensiones de quienes allí vivían y aportes de la familia y la comunidad. Esta forma de funcionamiento se concretó ante la ausencia de recursos que debía proporcionar el gobierno provincial, quien habría avalado el proyecto, pero posteriormente no destinó presupuesto, ni recursos de ningún tipo. Actualmente *La casa de los amigos*, como la habían llamado, no se encuentra en funcionamiento, sin embargo, representa una necesidad que se manifiesta cotidianamente.

En el sector público, otra institución presente es el Hospital de Día en Salud Mental de Traslasierra, institución que trabaja con población que no posee cobertura de obra social, ni recursos económicos para hacer uso de centros privados. Está pensado para el tratamiento de personas con padecimiento subjetivo de entre 18 a 65 años, que se encuentran bajo tratamiento y requieren mayor acompañamiento. Su modalidad de trabajo es ambulatoria de media jornada y brinda talleres grupales abiertos a la comunidad.

Asimismo, encontramos instituciones privadas como centros de día, que abordan la problemática de la Salud Mental, aunque centradas en la población infanto juvenil.

El acceso y la continuidad por parte de la población en estas instituciones se encuentra condicionado al hecho de contar con alguna obra social, prepaga o capacidad de pago mes a mes.

En resumen, en nuestro Valle de Traslasierra encontramos instituciones tanto públicas como privadas que abordan la problemática de la Salud Mental, al mismo tiempo los usuarios circulan por estos espacios que brindan formas de atención diferenciadas y que aportan a la construcción de distintos andamiajes para sostener en momentos de crisis y generan espacios para la inclusión social.

Sin embargo, no hay una articulación interinstitucional fluida entre las instituciones de Salud Mental presentes en el territorio, sumado a la desarticulación entre niveles de atención propia del sistema y la falta de recursos que hostiga cada vez más fuerte a la Salud Mental.

En este sentido, en una nota realizada a Iván Ase se expresa la gravedad de la situación de desfinanciamiento en Salud Mental en Córdoba: desde el 2015 nunca la partida presupuestaria no ha dejado de bajar. “En ese año fue del 6,96 % del total de salud, en el 2019 fue del 6,03 % y en el 2020 de la emergencia sanitaria se redujo al 4,85 % de la Finalidad Salud”. Y agrega además que el presupuesto destinado a este rubro (que actualmente no llega a la mitad recomendada internacionalmente), en lugar de destinarse para la transformación del sistema, se destina para sostener el modelo asilar y segregador, y tercerizar servicios a empresas privadas. (La tinta, 11 de agosto de 2021)

Lo que deja claro que:

La salud mental no es prioritaria; se ha sancionado la ley, pero ha quedado como una expresión de deseo, se van haciendo cosas muy lentamente, con mucho esfuerzo. Las autoridades dicen que están comprometidas con el proceso, pero el problema es que sin recursos es muy difícil cumplir con lo que

la ley dispone. (Ase, 2021)

Si contextualizamos, la desfinanciación de las instituciones de Salud Mental en Traslasierra es mucho más notoria que en la capital provincial, donde se encuentra la mayor concentración de recursos. Aclaremos esta afirmación continuando con los aportes de Ase (2006), quien expone que:

Las políticas de descentralización iniciadas en los 50 adquirieron un fuerte “sesgo ajustista” en los 90, es decir, la descentralización se puso al servicio (casi exclusivo) del ajuste fiscal y de una fuerte redistribución de responsabilidades en materia sanitaria entre las diferentes jurisdicciones estatales y, entre éstas, la sociedad y el mercado. Esto implicó para Córdoba la transferencia masiva de efectores sanitarios de baja complejidad desde la jurisdicción provincial a la municipal, en un contexto de brutal crisis de financiamiento provincial. (p.200)

La municipalización de los efectores sanitarios ha dejado en relieve la reducción del compromiso presupuestario provincial para con este sector, producto de la lógica economicista que impregnó la mayor parte del proceso de descentralización. La modalidad compulsiva del proceso no permitió generar acciones de coordinación y cooperación, lo que ha profundizado los peores rasgos del sistema sanitario (Ase, 2006).

La confluencia de estos aspectos (descentralización, desfinanciación, desarticulación, etc.) repercuten en las instituciones de salud, el personal de salud, las familias y sobre todo en la calidad de vida de las personas con padecimiento subjetivo. Claro está que el campo de la salud a nivel local no se aparta de la lógica del sistema de salud argentino, cuyas principales características son la fragmentación y la segmentación (estratificación social).

3.2 Acerca del Hospital de Día en Salud Mental Traslasierra.

El Hospital de Día en Salud Mental de Traslasierra, es una institución de carácter público y se enmarca en las políticas de Atención Primaria en Salud Mental, formuladas por la Secretaría de Salud Mental dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

La intervención está dirigida a sujetxs de entre 18-65 años que padecen patologías psiquiátricas, a saber, psicosis y neurosis, “(...) que requieren de un ámbito terapéutico de mayor contención, tratamiento asistencial y seguimiento oportuno”. (E2)

El HDT comenzó a funcionar en el Valle de Traslasierra desde el 8 de mayo de 2011, hace más de 10 años. Nace con una impronta de construcción comunitaria y su creación es impulsada por la Lic. Cristina Testa (Psicólogx), junto a usuarixs y familias, ante la necesidad de la población de contar con un dispositivo para contener y acompañar luego de una crisis o descompensación.

Debido a que por la división sanitaria²³ en zonas cuando ocurría alguno de estos sucesos, lxs usuarixs eran trasladadxs a instituciones pertenecientes a Santa María de Punilla (Zona A) entre otros; lo que lxs alejaba de sus redes familiares, amistosas y de contención.

En sus comienzos se organiza de forma autogestiva, hasta que la provincia aprueba el proyecto y designa cargos. Con el tiempo lxs profesionalxs designadxs tomaron otros empleos o se jubilaron y los cargos no fueron renovados. Actualmente, ese apoyo provincial es inexistente y sólo cuenta con unx solx profesional, por lo que el déficit de recursos humanos se suple acudiendo a profesionales de otras instituciones.

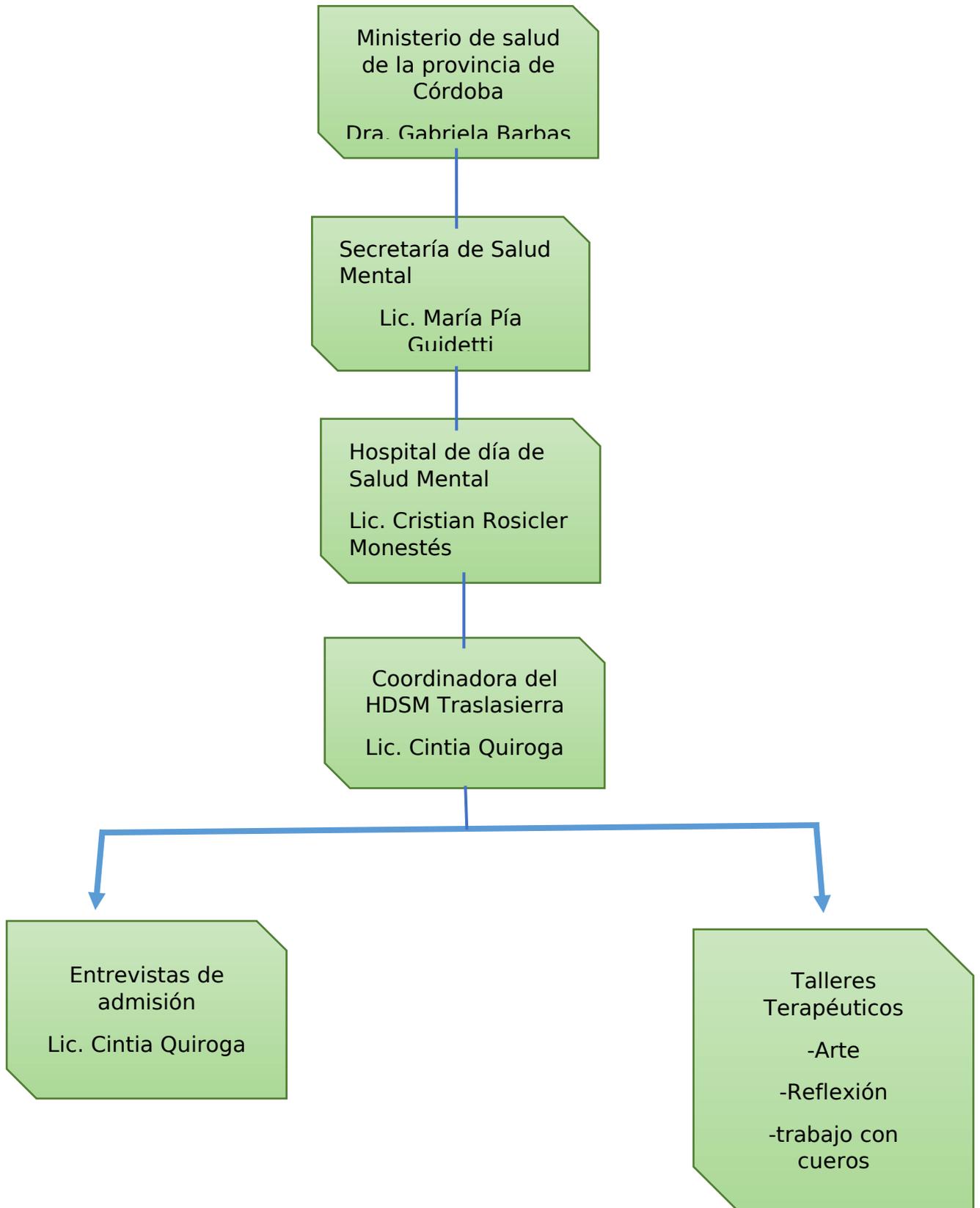
El único cargo que se sostiene actualmente es desempeñado por Lic. en Psicología/Coordinadora. Además el HDT cuenta con dos talleristxs que asisten una

23 Imagen anexada



vez por semana, cuyos honorarios son pagados con el escaso recurso que ingresa mensualmente al dispositivo (desconocemos el monto exacto). Lxs talleristxs cuentan con trayectorias afines a la formación en Salud Mental y su trabajo se enmarca desde actividades terapéuticas, que les permiten a lxs usuarios desarrollar sus potencialidades y habilidades atendiendo a las particularidades de cada unx. En cuanto al resto del personal, actualmente hay dos personas que realizan el trabajo de cocina y mantenimiento y son empleados por la Municipalidad de Villa Dolores.

Plasmamos la dimensión organizativa del HDT a partir de la construcción del organigrama que sigue:



El HDT despliega su acción e intervención en el marco de las legislaciones vigentes tanto internacionales, nacionales y provinciales como la Declaración de los Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y, la Ley Provincial de Protección de la Salud Mental N° 9.848. Este aspecto es relevante en tanto las normativas permiten precisar cuáles son los derechos que debe garantizar la institución y el Estado a través de ésta, es decir; que el marco normativo tendrá central importancia al momento de definir las líneas de acción, los objetivos institucionales y la atención brindada por los profesionales.

El objetivo institucional es brindar tratamiento ambulatorio, mediante una estrategia comunitaria que favorezca el lazo social (E2). El cual parafraseando a Carballeda (2012), podemos definir como un elemento que influye transversalmente en la construcción de las subjetividades, mediante relaciones e intercambios que se dan entre los individuos de una determinada sociedad. Trabajar con esta direccionalidad hacia la comunidad, implica desde un comienzo pensar en estrategias de construcción de la red social donde van a insertarse lxs sujetxs para facilitar la relación e integración social.

Entrelazado al objetivo anterior, se busca mejorar la calidad de vida de las personas con padecimientos mentales, estimular la toma de responsabilidades, fomentar su acción como actor social, generar relaciones sociales con el entorno del barrio, los comercios, el vecino, el transporte, los espacios culturales, los talleres, su economía, etc.; para la construcción de una trama social solidaria y continente para recibir y aportar a la recuperación de la ciudadanía de las personas con padecimientos subjetivos.

Actualmente el dispositivo funciona en el Centro Integrador Comunitario de Barrio Aeronáutico de Villa Dolores, compartiendo infraestructura edilicia con otros espacios coordinados por la Municipalidad de dicha ciudad. Sin embargo, cada espacio tiene su propia competencia y personal, respondiendo a una lógica de funcionamiento fragmentada.

Debemos mencionar que la institución HDT no cuenta con un profesional de Trabajo Social en su equipo de atención. Ubicamos que la trayectoria de nuestra disciplina está marcada por la precarización de las condiciones laborales, la no renovación de cargo y los acercamientos en los últimos años han sido en el marco de Residencias en Salud Mental (RiSaM) y por períodos reducidos de tiempo.

En la institución circula la necesidad de la profesión y la solicitud de contar con ella; sin embargo, la coordinadora expresó que no hay respuesta a esta demanda por parte de la Secretaría de Salud Mental. En este punto nos preguntamos si desde estos lugares de toma de decisión se sigue reproduciendo la percepción de que las profesiones clásicas del campo de la Salud Mental prevalecen sobre otras profesiones relativamente nuevas.

No se puede afirmar que un dispositivo es psicosocial, cuando hay ausencia de la parte social. Es así que en las leyes se plasma continuamente la importancia de la interdisciplina a la hora de abordar las problemáticas de Salud Mental, pero al momento de la implementación no hay recursos, ni respuestas a las demandas de las instituciones cuando demandan más profesionales.

El Trabajo Social, como parte del equipo interdisciplinario en este dispositivo ambulatorio de atención en Salud Mental, puede realizar aportes referidos a la articulación con otras instituciones para la resolución de obstáculos que se presenten en la cotidianeidad de lxs usuarixs, recuperar la historicidad de lxs mismxs, su organización familiar, aportar una mirada integral del sujetx, identificar facilitadores u obstaculizadores presentes en los PSEAC, como así también, realizar estrategias de promoción y prevención que incorporen la participación de la comunidad, entre muchos otros abordajes.

Por ello las prácticas preprofesionales se presentaron como posibilidad de legitimar la profesión, a través de propuestas teóricas proveniente de nuestro campo profesional. Lo que nos permitió construir argumentos y formular estrategias de acción fundadas y acordes a las demandas de la institución y las problemáticas identificadas.



facultad de ciencias
sociales



Universidad
Nacional
de Córdoba

3.2.1 Pandemia y Re-organización Institucional...

En cuanto al proceso de atención en el HDT durante la pandemia covid-19, al tratarse de una forma de trabajo en talleres, se suspendió la presencialidad y las dinámicas grupales. Para paliar esta situación, se pasó de la atención ambulatoria a la comunicación remota o tele-consulta a través de diferentes medios de comunicación, lo cual presentó dificultades que tenían que ver con el acceso de lxs usuarixs a dispositivos móviles propios, redes de conexión y con el manejo de los aparatos. Sin dejar de mencionar la sobrecarga que implicó para el único recurso humano con el que cuenta la institución(E2).

Por entrevistas realizadas a la coordinadora del HDT en un primer acercamiento al dispositivo, supimos que los padecimientos se agudizaron durante la pandemia lo que se sumó al miedo masivo al contagio. La pandemia en su momento más crítico tuvo influencia en la desorganización de la vida cotidiana, en la ruptura de horarios que afectaron de forma negativa a usuarixs y familia y entre otras cosas obstaculizó el acceso a la medicación por parte de la población demandante, ya sea porque había temor a acercarse a los centros de salud o por discontinuidad en la provisión de medicamentos. En este sentido, se desarrollaron estrategias para acceder a la medicación recurriendo al vínculo con lxs trabajadorxs de la salud en el Hospital de Villa Dolores.

Los cambios también sucedieron a nivel de la estructura física del Hospital de Día. Desde sus inicios (2011) y hasta principios de 2020 el dispositivo de atención en Salud Mental funcionó en la localidad de Las Tapias; con la llegada del virus a Argentina y las medidas tomadas por las autoridades sanitarias, el espacio físico de funcionamiento del HDT es designado para atención de covid-19. Situación ante la cual se apela a la interjurisdiccionalidad, generando acuerdos con la Municipalidad de Villa Dolores para establecerse en dicha ciudad.

En este momento institucional ingresamos como practicantes, aún en vigencia del DISPO, este contexto fue una ventana privilegiada para observar el lugar el gobierno



le da a la Salud Mental en su agenda, la profunda inequidad en el acceso a los servicios de salud, las desarticulaciones entre niveles de atención, las necesidades de transformación del sistema y la urgente necesidad de plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Esta ley sentencia que los dispositivos territoriales y comunitarios son esenciales para garantizar los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico. En estos espacios comunitarios encontramos diversidad y potencialidad para construir junto a lxs usuarixs formas más cuidadosas de transitar los procesos de PSEAC.

3.2.2 Líneas de Acción Institucionales

Creemos pertinente desarrollar de manera breve en qué consisten las líneas de acción institucionales, para lo cual haremos una reconstrucción basada en lo registrado en nuestros cuadernos de campo y la experiencia de prácticas preprofesionales vivenciadas como estudiantes.

Tal y como se representa en el gráfico anterior, distinguimos dos líneas de atención. Por un lado, las entrevistas de admisión y por el otro los talleres grupales.

Entrevistas de Admisión: Es una instancia de intercambio llevada a cabo por el equipo técnico de profesionales, en este caso por la psicóloga que coordina el espacio, aunque anteriormente se realizaba junto a otros profesionales cuando el HDT contaba con tales (pasantías RiSAM). Aquí se da comienzo a un proceso de conocimiento de la situación particular, a partir de la cual también se puede determinar si tal demanda expresada por un sujeto o su familia es pertinente a un abordaje desde la institución.

Talleres grupales: son espacios donde se realizan diferentes actividades que forman parte del programa de media jornada. Actualmente el dispositivo cuenta con tres talleres, siendo estos: grupo terapéutico, expresión artística y creativo terapéutico. A través de estos espacios grupales se busca promover la autonomía de lxs sujetxs, crear nuevas capacidades o recuperarlas con el fin de lograr la inclusión social de quienes participan.

Aclaremos que, durante los meses de práctica, fueron sucediendo cambios en los talleres que se dictaban: algunos dejaron de funcionar y se crearon otros nuevos, acorde a los recursos profesionales y económicos con los que contaba el espacio terapéutico en cada momento.

Esta falta de recursos económicos y profesionales fue un emergente al momento de insertarnos en el HDSM y se sostuvo durante todo el proceso de práctica, lo que en

muchos momentos se hace presente en los discursos de las trabajadoras. En más de una ocasión esta falta de recursos se suple desde lo familiar, aportando comestible u otros recursos o acudiendo a personas del barrio. También algunas de las producciones realizadas en el marco de los talleres son comercializadas, aunque esas transacciones circulan principalmente en el ámbito familiar y/o amistoso de quienes producen.

Los espacios de taller son fundamentales porque permiten el intercambio, brindan apoyo, sostén, permiten desarrollar o recuperar capacidades, ayudan a atravesar situaciones cotidianas que se presentan como emergentes y que se pueden trabajar mientras se lleva adelante el taller. Se constituyen en otro andamiaje, además de la terapia individual, para transitar los padecimientos. Esta labor realizada en los talleres muchas veces se ve imposibilitada por la falta de recursos, ya sea para seguir llevando adelante los mismos y para remunerar el trabajo de las profesionales.

Quisiéramos cerrar este apartado preguntándonos ¿Acaso el vaciamiento de esta política pública no responde a seguir sosteniendo la lógica manicomial en Salud Mental? Sin duda no hay una apuesta política direccionada a seguir construyendo Salud Mental comunitaria, las respuestas que brinda el sistema siguen siendo de corte punitivista y conservador o antiderechos. Entender a las personas con padecimiento subjetivo como sujetos de derecho, implicaría consolidar un sistema comunitario, inclusivo y basado en el modelo social de la discapacidad.

3.3 Sobre lxs Sujetxs que Conforman en el “Hospi de Día”

Para caracterizar la situación familiar de lxs cinco usuarixs con lxs que se trabaja el espacio al momento de nuestra práctica, podemos decir que tres residen con sus familias nucleares (progenitores/hermanxs), mientras que lxs restantes mantienen hogares unipersonales. Sostener hogares unipersonales implica que la persona debe realizar por sí misma tareas ligadas a lo doméstico, cuidado personal y todas aquellas referidas a su reproducción. Lo que en la mayoría de los hogares permite el sostenimiento económico cotidiano es el ingreso económico proveniente de pensiones no contributivas por discapacidad y el acceso a otros derechos que es habilitado por los certificados de discapacidad y por el servicio de salud pública.

El HDT provee de desayuno y, hasta hace poco tiempo también brindaba almuerzo, con recursos provenientes de aportes de personas del barrio, familiares de antiguxs usuarixs y en ocasiones de la Municipalidad de Villa Dolores. Estas instancias (almuerzo, desayuno) se convierten en un satisfactor para resolver las necesidades que no pueden satisfacerse individualmente o en el espacio social familiar.

Otra variable que nos permite caracterizarlxs es la trayectoria educativa, siendo las mismas diversas, singulares y atravesadas transversalmente por sus padecimientos subjetivos. Algunxs usuarixs ingresaron y culminaron el nivel secundario, otrx culminó la primaria, hace poco tiempo, en el marco de la cursada nocturna en un centro educativo, de nivel primario para adultos de Villa Dolores. En tanto, unx de los usuarixs presenta una trayectoria más acotada que el resto, con el nivel primario incompleto debido a que muchos años de su vida estuvo instutucionalizadx en diversos neuropsiquiátricos.

Cuando se les consultó específicamente por sus trayectorias educativas, identificamos que más allá de las múltiples formas de atravesar este recorrido, ellxs expresaron que desde las instituciones educativas no se garantizaron las condiciones para el ingreso, continuidad y egreso. Por lo que, muchxs decidieron retomar sus estudios siendo adultos, pero en sus relatos esta trayectoria tiene una carga negativa

debido al hecho de no haber realizado el recorrido lineal, es decir, en la periodización estándar que el sistema educativo califica como *normal*. (CC3)

Al mismo tiempo, el paso por las instituciones educativas se relaciona con los distintos capitales acumulados por cada unx y, en particular, con el capital cultural en sus dimensiones materiales y no materiales. En lo cotidiano en el HDT, esto se evidencia en cierta dificultad en el lenguaje de quienes cuentan con menor nivel de escolaridad alcanzado, así como la imposibilidad de comprender o leer cuando las actividades que se realizan así lo consignan.

Encontramos que la actividad laboral formal es inexistente en este momento, es decir, no realizan trabajos con remuneración, pero todxs realizan trabajo doméstico o contribuyen con tareas que hacen a la organización doméstica como compra de alimentos, pago de servicios, limpieza, entre otros. Cabe señalar que esta división de tareas se sustenta en criterios de distribución de tareas y responsabilidades según el género, generación, parentesco- y agregamos en este caso la imbricación del padecimiento subjetivo- implicando en muchos casos mayor volumen de trabajo en unx miembrx aun cuando debieran ser compartidas por todxs lxs miembrxs que componen la unidad doméstica.

La ausencia de la relación laboral, limita su participación en otras redes de socialización y quedan por fuera de los sistemas de protección que ofrece el trabajo frente a las eventualidades de la existencia. Las distintas capas que protegen a los individuos pueden ser consideradas metafóricamente como zonas de cohesión social. De esta manera, una inserción sólida en determinadas redes laborales, donde se tenga una cierta seguridad en términos salariales y de protección a la salud, entre otros aspectos, implica la ubicación del individuo en una zona de integración; mientras que la débil inserción en redes laborales genera un proceso de vulnerabilidad social. (Castel,2004)

En cuanto a sus momentos de ocio, algunos tienen actividades programadas para toda la semana e inclusive los sábados, como equipo terapia, taller de tejido, danza, canto; lo que les permite organizar su día de acuerdo a tales actividades. Otrxs solo

asisten al HDT, por lo que en sus momentos de descanso miran televisión o leen algún libro.

Lxs sujetxs presentan marcas de desafiliación²⁴ pero también matices de filiación, de intereses, de saber y participación en la vida comunitaria. Desde el dispositivo terapéutico se busca incentivar la participación de otras actividades de recreación, que les permita salir de sus hogares e intercambiar con otros, en espacios más comunitarios, pero esto no es siempre posible principalmente porque implica invertir recursos económicos o contar con cobertura²⁵ de salud para participar de estas actividades.

Lxs sujetxs que participan de las actividades brindadas en el HDT, provienen de diversas localidades del valle, siendo estas: San Javier, Villa Dolores y Villa Sarmiento. Más de una vez la accesibilidad se convierte en una barrera en la participación, en algunos casos la dificultad tiene que ver con la distancia espacial, la baja frecuencia de colectivos, falta de medios de movilidad, falta de desarrollo de la autonomía, etc.

Es importante en este punto el concepto de accesibilidad a los servicios de salud. La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarán a la población. El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que lxs sujetxs también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre lxs sujetxs y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso. (Comes, Solitario, Garbus, Mauro, Czerniecki, Vázquez, Sotelo, y Stolkiner, 2007)

En este sentido, durante los meses de práctica varixs usarixs discontinuaron el tratamiento en el HDT, dejando de asistir por motivos individuales en cada situación. En algunos casos se expresó que la dificultad tenía que ver con el medio de movilidad

24 proceso mediante el cual un individuo se encuentra disociado de las redes sociales y societales que permiten su protección de los imponderables de la vida (Castel, 1995)

25 Según datos de la Provincia, ya suman 1.750.000 los cordobeses que no tienen obra social.

espacial para llegar al dispositivo, este obstáculo se presenta sobre todo cuando se vence el Pase Libre de transporte.

Esta transferencia formal²⁶ del estado se constituye una estrategia para cubrir su necesidad de transporte, aunque hay otrxs usuarixs que recurren a sus redes familiares u amistosas para llegar al dispositivo. Se sabe que las transferencias formales no llegan a lxs sujetxs por sí solas, sino que requieren dedicación de tiempo y movilización de recursos culturales y sociales por parte de algunxs de lxs miembrxs de las familias o de ellxs mismxs.

Las unidades domésticas son aquellas conformadas por grupos de individuos ligados entre sí por lazos de compromiso y de parentesco que co-residen y mantienen actividades ligadas a su mantenimiento. Aquí tiene importancia el peso de los lazos de afecto y confianza mantenido por personas ligadas por el parentesco es tal, que influye decisivamente sobre las relaciones de intercambio de todo tipo que los individuos desarrollan como parte de sus estrategias de reproducción y a la vez como recursos sociales. (González, Nucci, Soldevila, Ortolanis y Crosseto, 1999).

En tal sentido, entendemos a las familias como espacio y organización social, heterogéneo y diverso; en donde sus miembros combinan sus capacidades y recursos en la satisfacción de múltiples necesidades. También en el espacio social familiar se gestionan y conforman estrategias familiares e individuales de reproducción de la vida cotidiana, en las cuales se establecen relaciones con las redes sociales de parentesco, amistad, vecindad y con las instituciones u organizaciones que desarrollan políticas públicas, entre otros aspectos centrales para nuestro análisis. (Soldevila y Ortolanis, 2021).

Son las unidades domésticas las que sostienen, casi exclusivamente, el acceso al espacio, ante una nula presencia estatal. Pero con algunas alianzas territoriales que permiten o, que a la fecha no logró desarrollarse. En el año 2011, las familias crearon

²⁶ modo de acceder a recursos- en este caso- de la mano de instituciones reconocidas para tal fin. Pueden ser estatales o no estatales.

una comisión de apoyo al HDT para solicitar recursos económicos, la conformación de un equipo interdisciplinario y nombramiento de cargos. Sin embargo, esta organización se fue diluyendo, aunque las familias siguen presentes acompañando al *Hospiti de Día*.

Lo expresado en el párrafo anterior habilitó la reflexión sobre el siguiente aspecto: *el papel fundamental de las familias* tanto en los inicios del dispositivo como en la actualidad. Este espacio se sigue sosteniendo en el tiempo por el aporte y apoyo de las familias, usuarixs y lxs trabajadorxs de la salud a pesar de la negligencia estatal sobre la responsabilidad que le compete en la formulación e implementación de políticas de APS.

Aunque las familias constituyen el soporte principal de la red de lxs participantes del HDT, no es suficiente. Aquí expresa que las necesidades que no pueden ser enfrentadas en el ámbito doméstico *fugan* al espacio público y se expresan en el campo comunitario en busca de generar posibilidades de una demanda colectiva y organizada. En efecto, el campo del Trabajo Social se sitúa en los procesos de reproducción cotidiana de la existencia de los sectores ligados a la fuerza de trabajo, cuando existen dificultades para sostener dicha reproducción conforme al modo de organización social vigente. (Aquín,2013)

Luego de la participación en el espacio de atención primaria en Salud Mental y de conocer a lxs sujetxs que son parte del mismo, sus trayectorias de vida, su vida cotidiana, definimos el objeto de intervención. Este recorte teórico de la realidad que se presentó en el campo, se hizo considerando las demandas del Hospital de Día en Salud Mental, pero también los obstáculos que identificamos grupalmente y que se les presentan en el proceso de salud- enfermedad-atención y cuidado. El objeto de nuestra intervención es: **las redes comunitarias debilitadas que dificultan el ejercicio del derecho a la salud mental y el sostenimiento del proceso terapéutico, en el dispositivo Hospital de día de Traslasierra.**



facultad de ciencias
sociales



Universidad
Nacional
de Córdoba



Capítulo IV

*Reconstruyendo el proceso de
intervención.*





4- Reconstruyendo el Proceso de Intervención

4.1 Objeto de Intervención.

En la conformación del campo profesional del Trabajo Social, la definición del objeto adquiere una importancia fundamental, porque responde a la pregunta *¿sobre qué intervenimos?*. Nora Aquin (1995) expresa: “...el objeto de intervención de una profesión es el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya realización (satisfacción o redefinición) debe ejercerse una función específica” (p.1)

Junto a Margarita Rozas (1998) definimos al objeto de intervención como una construcción “(...) desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no” (p.25).

En este sentido, podemos afirmar que el objeto no está dado en la realidad, sino que es una construcción, que requiere de una intervención profesional para su comprensión. Desde esta perspectiva, hay que tener en cuenta que un fenómeno inmediato no puede convertirse en un objeto de intervención, sino a través de la problematización del mismo por lxs sujetxs que se plantean comprenderlo, redefinirlo y modificarlo.

Por ello para poder realizar esta definición es necesario conocer la realidad del campo, a lxs actorxs y las relaciones entre estxs, a fin de pensar situaciones potenciales de intervención. De acuerdo con esto, lxs actorxs ocupan una posición en la distribución del poder, lo que va a determinar el acceso ya sea a ventajas o desventajas. Este poder va a estar determinado por un capital específico como, económico, cultural, social y simbólico; por lo que estxs actorxs pueden obstaculizar o convertirse en nuestrxs aliadxs (Bourdieu y Wacquant, 1992).

Los diferentes escenarios donde se desarrolla la práctica concreta y cotidiana se presentan como uno de los primeros espacios a observar y trabajar en la intervención social como proceso de análisis desde una perspectiva centrada en la idea de dispositivo, allí donde lo macro social se entrecruzan inexorablemente con lo micro, construyendo series singulares de inscripción tanto subjetivas como contextuales (Carballeda, 2010).

El proceso de prácticas preprofesionales nos llevó a definir como objeto de nuestra intervención: **las redes comunitarias debilitadas que dificultan el ejercicio del derecho a la salud mental y el sostenimiento del proceso terapéutico, en el dispositivo Hospital de día en Salud Mental de Traslasierra.**

Por lo tanto, para fundamentar el abordaje de las redes comunitarias en el primer nivel de atención sanitaria desde el Trabajo Social, se dirá que la problemática constituye un obstáculo a la satisfacción de las necesidades de las personas con padecimiento subjetivo, lo cual se sitúa en el campo de la reproducción cotidiana de la existencia y conforma el campo de intervención del Trabajo Social. Esto se deriva de los aportes de Aquín (1995), quien sostiene que la profesión interviene cuando se presentan obstáculos a la reproducción cotidiana de la existencia, es decir, cuando se impide el encuentro de agentes con los satisfactores socialmente reconocidos para la satisfacción de sus necesidades.

Lo vivenciando en el campo fue mediatizado con aportes teóricos de diversos autorxs (Aquín, Rozas, etc.), lo que nos abrió camino a dilucidar las situaciones problemáticas que se presentaban a lxs sujetxs que son parte del HDT. La construcción de un flujograma²⁷ o explicación graficada, nos permitió organizar y definir sobre qué aspecto de esa complejidad intervenir. Las causas sobre las que es posible y pertinente actuar son priorizadas, y se las denomina *nudos críticos*.

27 La explicación graficada debe incluir los factores estructurales -reglas establecidas que provocan determinadas condiciones para la distribución de poder y recursos, que influyen en la manifestación de la problemática-, factores directos -causas próximas a las diversas manifestaciones-, y factores indirectos-relacionados a recursos y actores que los controlan e inciden en dichas manifestaciones problemáticas (Apunte Planificación Social Estratégica, Cátedra A, FCS, UNC)

La intervención busca resolver una situación que se presenta como obstáculo para la reproducción cotidiana de lxs sujetxs. En general, las personas tienen muchas necesidades pertenecientes a distintos órdenes, por lo que en nuestra intervención analizamos y priorizamos problemas sobre los que era viable intervenir. En nuestro proceso de intervención trabajamos tanto con obstáculos internos, como externos a la institución. Tal construcción surgió del análisis de elementos presentes en el escenario y que se vinculan e interactúan y sobre los cuales no se podía intervenir de forma aislada.

Como equipo identificamos y priorizamos tres (3) problemas principales o nudos críticos: desfinanciamiento de la política pública que sostiene a la institución, el desconocimiento del dispositivo por parte de la población y dificultad de sostener una accesibilidad ampliada en el tratamiento.

El *desfinanciamiento de la política pública* (1): este aspecto resaltado en el capítulo anterior, se presenta en la cotidianidad del dispositivo a través de la falta de profesionales asignados y en la escasez de recursos económicos que recibe el Hospital de día. Contrario a todas las legislaciones internacionales y nacionales vigentes sobre el derecho a la Salud Mental, los gobiernos continúan con el desmantelamiento del sector público de salud y el ajuste recae aún más en la Salud Mental.

En cuanto *al desconocimiento del dispositivo* (2), este surge como problemática al encontrar que la población de Villa Dolores desconoce la existencia del dispositivo, su objetivo institucional y también su forma de trabajo. En parte esto se relaciona también con la relocalización territorial que tuvo la institución, las representaciones sociales²⁸ de la Salud Mental en lo local y el bajo nivel de interacción entre el dispositivo y la comunidad.

La accesibilidad ampliada (3), es “un proceso complejo y multideterminado que involucra las necesidades de la población y los servicios ofrecidos adoptando como premisa básica la continuidad en el proceso terapéutico asistencial.” (...)

28 “un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, y se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios” (Moscovici, 1979:17)



Consideramos que los nudos críticos desarrollados están estrechamente enlazados, sin embargo, centramos nuestra atención en la importancia de fortalecer las *redes comunitarias* que sostienen y acompañan a lxs sujetxs que son parte del HDT.

Este recorte (O.I) implicó pensar grupalmente y configurar estrategias viables de intervención, atendiendo al escenario de intervención, lxs actorxs, lxs sujetxs, etc.; con la claridad de que las mismas debían ser flexibles y plausibles de ser modificadas durante el proceso de intervención.

Explicación Graficada Flujograma



4.2 Estrategias: Internas y Externas

Para operativizar el proceso de intención, fue necesario construir una planificación que permitió orientar las actividades dentro y fuera de la institución. Para el diseño de este instrumento nos basamos en los objetivos que grupalmente definimos:

Objetivo General de la Intervención:

- Fortalecer las redes comunitarias, propiciando articulaciones con otros actores significativos en el campo de la Salud Mental en Traslasierra

A partir de este objetivo más amplio, nos propusimos los siguientes *objetivos específicos*:

- Lograr la visibilización del hospital de día como único dispositivo comunitario de atención en salud mental
- Acompañar procesos de diálogo actoral y gestión como sostén de las intervenciones sociales
- Favorecer la comprensión del espacio social familiar de las/os usuarias/os, para posibilitar una re-vinculación con el dispositivo.

La estrategia de trabajo grupal consistió en la ejecución de una serie de actividades llevadas a cabo durante el mes de noviembre de 2021 y hasta principios del mes de marzo 2022. Al respecto, las estrategias son un conjunto de prácticas a través de las cuales se espera lograr la resolución de necesidades de reproducción de lx sujetxs que demandan - de forma directa o indirecta- la intervención profesional. Unx sujetx que, cabe aclarar, es singular, se construye a través del discurso y no es estático.

Entendemos la estrategia como dispositivo recuperando la noción de dispositivo desarrollada por Michel Foucault como forma de aproximación a la complejidad de las

problemáticas sociales, y desde una perspectiva que permite pensar la intervención en lo social no sólo como la continuidad de una práctica punitiva, sino también como una posibilidad de resistencia o construcción de libertad. (Carballeda,2010)

Como se mencionó, la planificación de actividades es la mediación que permite operativizar los objetivos planteados del proceso de intervención. La formulación de este instrumento incluyó la definición de otros elementos como las metas, recursos, responsables de cada actividad y construcción de cronograma. Sin embargo, aquí no se incluirán de manera exhaustiva todos los elementos que conforman dicha planificación, sino que aludimos a las actividades más relevantes que conformaron la estrategia de intervención:

El acercamiento al campo de intervención involucró las siguientes actividades:

Diseño, realización y análisis de entrevistas a trabajadores de la Salud Mental local con el objetivo de reconstruir el campo de la Salud Mental en Traslasierra y la forma en la que trabajan las instituciones abocadas a tal fin. También nos permitió conocer a Trabajadoras Sociales que formaron parte de la institución, reconstruir la trayectoria de la profesión en el HDT, las condiciones laborales y las estrategias que estas profesionales llevaban a cabo.

Construimos, realizamos y analizamos una entrevista dirigida a la actual coordinadora del dispositivo terapéutico, lo que nos dió una primera pauta de las formas y lógicas de la institución. En el momento la entrevista tuvo una doble finalidad, obtener información y posibilitar el ingreso a la institución.

Por su parte, el *proceso de inserción institucional* implicó llevar adelante la metodología de observación participante, además de supervisiones semanales con el equipo HDT. En las supervisiones se presentaban los principales análisis surgidos de nuestra observación, se realizaban intercambios sobre los emergentes presentados y formas de abordarlos.

La elaboración de la *propuesta de intervención* involucró la confección de una estrategia solicitada por la institución en el marco de la celebración del mes de la Salud Mental. Para plasmar dicha estrategia trabajamos en la producción, realización y difusión de spot sobre ¿Qué es la salud/salud mental? y participamos en la reunión de planificación de la celebración.

Pasado el evento, en una nueva reunión de equipo para evaluar lo desarrollado en Kermes, se presentó la propuesta de *acompañamiento familiar*. Para poner en marcha esta estrategia nos reunimos con la coordinadora, referente de práctica y referente profesional para consensuar aspectos centrales, conocer a las familias y realizar un análisis conjunto de las historias clínicas de lxs usuarixs.

Al tratarse de personas que no residían en Villa Dolores, nos movilizamos hasta la localidad de residencia y entablamos intercambios con el equipo interdisciplinario de Luyaba. Aquí fue clave la articulación con nuestra referente, quién conforma el equipo y acompañó el desarrollo de esta estrategia en el afuera del dispositivo ambulatorio.

4.3 Estrategias Internas

4.3.1 Planificación, Realización y Análisis de Entrevistas a Profesionales que Transitaron y Transitan el HDT

En este proceso de prácticas se realizaron cuatro entrevistas: comenzando con quien fue la primera Trabajadora Social (con cargo designado desde la provincia) que conforma parte del equipo interdisciplinario en su momento el espacio, el residente de la RISaM (psiquiatra), a la actual coordinadora de la institución y a quien fue la última profesional de Trabajo Social en formar parte de la institución.

Las entrevistas fueron principalmente de indagación, buscando obtener información para lograr los siguientes objetivos:

- reconstruir históricamente el HDT;
- caracterizar la organización institucional;
- conocer los posicionamientos de cada profesional acerca de la institución;
- conocer las visiones de cada profesional acerca del trabajo con la comunidad y del Trabajo Social;
- dar cuenta de las características particulares que asume el Trabajo Social en ese campo de intervención;
- recopilar información necesaria para pensar en las posibles estrategias de intervención en ese espacio particular.

La información obtenida a través de esta técnica fue utilizada para realizar el análisis institucional del espacio de intervención, para caracterizar las lógicas, representaciones, relaciones y posiciones de lxs profesionales.

4.3.2 Proceso de Inserción Institucional

Nuestra inserción en el espacio *Hospital de Día* comenzó en el mes de agosto 2021, luego de una reunión con la coordinadora y la docente de práctica, en la que se consensuó el inicio de la intervención con una metodología de observación participante en los distintos talleres. En ese momento los talleres funcionaban de la siguiente manera: lunes, expresión corporal- martes, huerta- miércoles, taller de cuero.

La incorporación en estos talleres fue progresiva y siempre con el acompañamiento y orientación de lxs profesionalxs a cargo, que en ese momento fueron Dr. Federico Pereyra²⁹, Lic. Cintia Quiroga³⁰ y las talleristas. Lo que permitió un encuentro cercano y en un clima de mayor confianza con lxs participantes del espacio terapéutico, sus sentipensares, motivaciones, dificultades con tal o cual tarea, etc.

El proceso observación participante continuó en el transcurso de dos meses con espacios de supervisión semanal conjunta, principalmente sobre aspectos puntuales ocurridos en el intercambio con lxs usuarixs. Este diálogo nos permitió reconocer nuevas formas de nombrar, comprender la problemática y el abordaje de la misma por parte de la institución.

Del registro de los cuadernos de campo de la observación participante, desarrollamos de forma más detallada dos de los talleres que siguen en funcionamiento y que acompañamos.

Taller de Expresión Artística. Entendemos que la misma unifica el sujetx del Trabajo Social (sujetx de derecho) con el taller, en tanto, el arte estimula la capacidad transformadora de lxs usuarixs y su capacidad creadora.

El arte es un instrumento muy utilizado en el abordaje de las problemáticas en Salud Mental, porque habilitan a conocer la realidad lxs sujetxs, pero que también invita

²⁹ pasante de RISAM (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental)

³⁰ Coordinadora y referente institucional del HDSM

a la participación, lxs motiva y al mismo tiempo crea la posibilidad de enriquecer el mundo interno y expresarlo a través de la creación de un producto que es en sí mismo terapéutico porque en el producto artístico quedan plasmados sus sentires, sus pensamientos, emociones, etc.

A partir del acompañamiento al presente taller, damos cuenta de la utilización del arte en sus diversas expresiones: como transmisor de mensajes hacia el afuera y hacia el interior del sujetx, como interpelador y promotor de la participación. Muchas veces el padecimiento dificulta la expresión a través de la palabra y el arte sirve como medio de manifestación.

Lxs usuarixs junto a la tallerista crean y recrean un lugar de construcción común donde se trabaja de forma grupal pero también con cada unx, potenciando sus capacidades y acompañando las dificultades que se puedan presentar. Como estudiantes, trabajamos acompañando la propuesta de la tallerista y escuchando las necesidades emergentes que surgían a lo largo del taller para luego transmitir las o intentar resolverlas.

El acercamiento de la población a estos talleres *abiertos a la comunidad* es un aspecto que implica un desafío y, al que consideramos puede darse mayor impulso. De esta forma los talleres ocuparían un lugar estratégico para generar encuentros y crear vínculos entre la comunidad, las familias, lxs usuarixs y lxs profesionales. La integración de la población local o de lxs vecinxs del barrio permitiría construir lazos y, al mismo tiempo, romper con representaciones sociales arraigadas en el imaginario colectivo sobre las personas con padecimiento subjetivo y sobre las instituciones que trabajan la Salud Mental.

Taller Creativo Terapéutico. Este taller, se constituye en el espacio que provee capacitación y provisión de insumos para la creación de diversos objetos, que luego son comercializados frecuentemente entre las redes familiares a bajo costo.

El taller de cuero es central, en tanto es la posibilidad de inserción laboral que se brinda desde el Hospital de Día en Salud Mental de Traslasierra. Se capacita a lxs usuarixs en la confección de objetos con cuero y otros materiales, como también en la utilización de herramientas tales como saca-bocados, maquina troqueladora, entre otras. Con la finalidad de que lxs participantes se apropien de estos conocimientos y técnicas, para utilizarlos como posibilidad de acceso al mercado laboral. Actualmente, los productos confeccionados son comercializados y generan ingresos para sostener el taller, como así también propicia una pequeña retribución económica para lxs usuarixs.

Durante todo el proceso de trabajo se generan dinámicas participativas, la tallerista junto a lxs usuarixs van tomando decisiones compartidas en torno a los objetos o accesorios que se producen; es decir, se promueve la toma de decisiones y una posición activa frente a la tarea. Estas decisiones también están pensadas en función a las necesidades del territorio y las posibilidades de compra de tales productos por parte de la población. Otro aspecto a destacar es que, mientras la tarea se lleva a cabo se abre un espacio muy interesante de diálogos distendidos, donde surgen temas varios que se constituyen en emergentes³¹ relevantes para lxs profesionales.

El proceso de producción del objeto deja ver que la autonomía varía en relación a cada participante, algunos realizan la tarea sin dificultad alguna; mientras que otros necesitan mayor acompañamiento. Pero en ambos casos se instala el aprendizaje y se constituye esta capacidad de crear nuevas cosas.

Los meses de observación y las reuniones posibilitaron identificar varios aspectos que nos sirvieron para confeccionar las estrategias que llevamos a cabo; aunque este proceso en sí mismo puede ser entendido como una estrategia de inserción grupal al dispositivo terapéutico, en tanto, se puso en juego una actitud investigativa con vistas al desarrollo de un diagnóstico institucional y una aproximación a la realidad de lxs sujetxs a través de los intercambios y las interacciones que se fueron dando.

4.3.3 Visibilización del Espacio Institucional en el Territorio

A principios de octubre de 2021 participamos en una reunión con el equipo de trabajo del HDT, para planificar actividades a realizar por celebración del mes de la Salud Mental. La institución nos invitó a presentar una propuesta grupal, para cerrar los meses de observación participante y comenzar una nueva etapa de intervención (CC4). En este sentido, acercamos la idea de organizar una Kermesse/fiesta popular para celebrar el mes de la salud mental y al mismo tiempo los 10 años del HDT en el valle de Traslasierra.

El festejo tuvo como finalidad aproximar a la comunidad al espacio, crear un momento de esparcimiento, celebración y mostrar las actividades que lxs usuarixs realizan dentro y fuera del Hospital de Día. Esta propuesta implicó trabajo conjunto de todxs quienes conforman el HDT y la realización de tareas previas en los distintos talleres. Se involucró a todxs, logrando habilitar espacios de participación y compromiso grupal.

Acompañamos y participamos en el trabajo de organización que realizó cada tallerista previo a la realización del festejo. Para ello, se generaron subgrupos de trabajo compuestos por cada estudiante junto a una tallerista/ la coordinadora y usuarixs con división de tareas asignadas. Entre las actividades llevadas a cabo podemos mencionar: diseño del mural, confección y distribución de invitaciones, armado de llaveros para comercializar y realización de baile de expresión corporal junto a lxs usuarixs, etc.

La convocatoria a la kermés consistió en la puesta en acto de una estrategia comunicativa de difusión de videos e invitaciones. Por lo que como equipo colaboramos en la confección, edición y difusión de los videos, que planteaba una pregunta disparadora *¿qué es la salud/salud mental para vos?* Allí cada unx de laxe participantxs del dispositivo de APS en Salud Mental elaboró y puso en palabras una respuesta a esta pregunta. Compartimos algunas de ellas:

Usuaría U: Salud para mí es amor.

Usuaría A: Es algo muy importante. Involucra no sólo lo mental sino también el cuerpo.

Usuaría L: Salud es alma, corazón y vida. Música.

Usuario D: Es ser parte.

Usuaría A.A: Es compartir y mucho amor. (CC4)

Esta estrategia se sustenta en que la comunidad pueda conocer a quienes son parte de la institución y, al mismo tiempo, habilitar algún nivel de reflexión sobre los sentipensares a cerca de sus propios procesos de salud. Generar esta conexión contribuiría a comenzar a gestar redes o potenciar las ya presentes en el territorio y lograr un mayor involucramiento de la comunidad.

La Kermesse abierta a la comunidad en general, se realizó el día 12 de noviembre de 2021 y logró que la comunidad, vecinxs del barrio, las familias y diversas instituciones se aproximaran al espacio. El evento resultó bien desarrollado y cumplió con los objetivos que se persiguieron: visibilización del dispositivo, acercamiento de diversos profesionales, estudiantes e instituciones del Valle y comercialización de lo producido por lxs usuarixs (CC4).

A continuación, detallamos los resultados de esta línea de acción, evaluados grupalmente junto al equipo del HDSM:

En lo que respecta a la visibilización del dispositivo, la producción tanto de las invitaciones, como de los videos creados por lxs usuarixs y difundidos en redes sociales, generó inquietud en la comunidad sobre todo en la red social Facebook y WhatsApp (aplicación de mensajería), donde hubo preguntas sobre la institución y también apoyo por quienes ya la conocían.

Asimismo, fue significativa la presencia de la directora de Acción Social del Municipio de Villa Dolores y la cobertura del evento por parte de la Dirección de Prensa de tal Municipio. Además, participaron otras instituciones del Valle que trabajan

en el campo de la Salud Mental, lo que posibilitó intercambios entre lxs profesionalxs que se desempeñan en ellas.

Fue también un momento de aproximación al HDT por parte de estudiantes de la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico, dictada en el Centro Regional de Educación Superior (CRES). Teniendo en cuenta que para la institución genera ampliación y recreación de capital cultural el recibir estudiantes de diversas instituciones de formación académica.

En cuanto a la comercialización de lo producido, las personas que asistieron a la fiesta hicieron una compra importante de los llaveros producidos en el taller de Marroquinería. Esta venta permitió repartir lo recaudado entre lxs usarixs que los confeccionaron, situación de reciprocidad que lxs incentivó a confeccionar una nueva producción.

4.4 Estrategia Externa: Redes Institucionales, Familiares y Comunitarias

4.4.1 Acompañamiento Familiar

En el proceso de intervención se consideró importante trabajar con profesionales de otras instituciones. Se produjo un trabajo de articulación con el Área de Acción Social de la Municipalidad de Luyaba, con vistas a la posibilidad de crear una red de atención sanitaria con un sistema de referencia y contrarreferencia que permita garantizar accesibilidad, calidad y continuidad a lxs usuarixs en sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en contextos rur-urbanos.

Vivir en la periferia en contexto de ruralidad se convierte muchas veces en un obstáculo más para sostener la continuidad de los tratamientos. Estos contextos desafían a la revisión de las formas de trabajo institucionales con el objetivo de poder acompañar cuando lxs usuarixs no pueden llegar al servicio de atención primaria. Invita a pensar ¿qué articulaciones son posibles para seguir acompañando? ¿por qué salimos a buscar a quienes discontinúan sus tratamientos? ¿Por qué desde Trabajo Social se sale al encuentro con lxs sujetxs?

En este sentido se propuso llevar adelante la estrategia de acompañamiento familiar a dos usuarixs que habían discontinuado su tratamiento en el dispositivo comunitario, y que actualmente mantienen una relación de pareja y conviven. El objetivo es aportar a la resolución de obstáculos cotidianos y fortalecer la relación de reciprocidad entre el HDT, las familias y lxs sujetxs que son parte del dispositivo.

Aclaremos que la posibilidad y la viabilidad de esta estrategia tuvo que ver con la presencia de una referente profesional en el territorio (equipo técnico de Acción Social) que habilitó y acompañó el abordaje.

Retomado aportes de Louro Bernal (2003) nos dice:

La familia constituye la primera red de apoyo social del individuo a través de toda su vida, en su función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, este apoyo que ofrece la familia constituye el principal recurso de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el soporte en los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social (p.50).

Este abordaje buscó fortalecer los propósitos institucionales y al mismo tiempo resolver los obstáculos que se identificaron institucionalmente, que no fueron demandados directamente por lxs usuarixs.

Para llevar adelante esta estrategia realizamos entrevistas en profundidad en domicilio. Las entrevistas tenían como finalidad conocer a lx usuarix, comprender cómo están transitando sus procesos de salud-enfermedad sin la presencia de apoyos terapéuticos y además identificar referentes familiares o institucionales con quienes seguir trabajando para fortalecer las redes.

La familia pertenece a la localidad de Luyaba (paraje Guanaco Boleado) y esta constituida por S y J usuarixs del HDT y N y A progenitores de J. La línea de acción de acompañamiento familiar nos permitió aportar una lectura social del espacio familiar al HDT, como también articular con el nivel de gobierno comunal a la hora de dar resolución a las situaciones problemáticas que se presentan como obstáculos en la vida cotidiana de lxs sujetxs.

Entre los procedimientos metodológicos, realizamos un diagnóstico social, que representa la dimensión operativa del proceso de intervención preprofesional, donde se conjugan actividades, técnicas, procedimientos que orientan qué hacer y cómo hacerlo para lograr los objetivos de la intervención. En el abordaje familiar, diagnosticar implica conocer los procesos, lxs sujetxs, las necesidades, sus *habitus* personales y de grupo y los recursos disponibles.

Vinculado al diagnóstico, construimos un informe social que se constituye en un recorte del anterior. El informe social nos permitió transmitir a otras profesionales nuestra interpretación como futuras profesionales acerca los problema/s o situación/es

identificadas. Tanto el diagnóstico social, como el informe fueron incorporados a las historias clínicas de lxs usuarixs como un registro propio de la profesión del Trabajo Social, que aporta a una visión integral de lxs sujetxs.

Recuperando los aportes teóricos de la Lic. Bresso, reconstruiremos los niveles de redes identificados y trabajados en esta estrategia:

Red Personal. Sobre la red de personal de J-por lo rescatado de las entrevistas y el propio acercamiento al domicilio-, la misma está conformada por N(madre), A(padre), dos hermanos y una hermana. Los padres y su hermana viven en una vivienda construida en el mismo terreno que J y S , pero funcionan como unidades domésticas diferenciadas. (CC8)

La centralidad de la unidad doméstica conformada por N y A, se objetiviza al dar cuenta de que han cedido parte del terreno que les pertenece para dos de sxs hijxs y sus respectivas conformaciones familiares. Sin duda esta cercanía espacial les permite conocer las necesidades que surgen al interior de cada unidad doméstica y contribuir a su satisfacción. En la dinámica familiar se entrelazan diversas categorías como género, generación, parentesco y el padecimiento subjetivo que orientan y determinan los vínculos, así como la conformación de necesidades, y las formas de producción, reproducción, y consumo.

Por ende, es la familia primaria de J el sostén en la organización de la cotidianidad de esta unidad doméstica; constituyéndose en la principal red de ayuda para la defensa y recreación continua de los recursos.

Respecto a la red personal de Soledad, encontramos que el vínculo con su familia primaria es inexistente actualmente; aunque hay deseos de regenerarlo principalmente con su hijx. (CC8)

Red Institucional. Más que red institucional, J y S han generado un vínculo una enfermera del servicio de Salud Mental del Hospital de Villa Dolores, relación que

puede ser entendida como un recurso, en tanto ella gestiona turnos médicos y la medicación que requieren mes a mes y articula con la madre de J para obtener la documentación necesaria. En este sentido, ellos no son autónomos en la resolución de esta necesidad, sino que requieren apoyo para acceder a la satisfacción de esta necesidad.

Por su parte, el equipo técnico del área de Acción Social (Luyaba) realiza seguimiento de lxs sujetxs a través de entrevistas en domicilio, a partir de las cuales se van confeccionando las historias clínicas, mismas que contienen sus redes primarias y las necesidades expresadas por lx usuarix las identificadas por el propio equipo. Las historias clínicas confeccionadas por las profesionales, así como el intercambio con ellas fueron un insumo importante previo al acercamiento al domicilio de J y S.

A través de las entrevistas (E3 y E4) identificamos una serie de obstáculos que están enlazados a cuestiones tanto materiales como no- materiales, sobre los que se pueden pensar *estrategias de intervención*.

1-Lo habitacional es el principal obstáculo material. El no contar con baño genera incomodidad ante las necesidades biológicas diarias y dificulta el mantenimiento de la higiene personal y aumenta el riesgo de contraer enfermedades.

2-En cuanto a lo inmaterial, el retorno al Hospital Día sería imperativo, ya que contribuirá con su adhesión al tratamiento, disminuir sintomatología, recuperar hábitos y también recrear vínculos amistosos perdidos. Además de promover la capacidad de autonomía por parte de J y S. Promoviendo el proceso de recuperación al restaurar sus tareas y su desempeño como miembros activos de la sociedad.

3-En este sentido y referido a los hábitos, hay que trabajar sobre la creación de nuevos hábitos referidos a la alimentación como así también al cuidado del cuerpo. Es importante la selección de los alimentos y la distribución durante el día, disminuir el sedentarismo (poco movimiento), aburrimiento, descanso inadecuado. Sería conveniente

contar con un espacio adecuado tanto para comer como para preparar el alimento, ya que actualmente eso se hace en la habitación donde duermen. (E3)

En el acompañamiento familiar se desarrollaron las siguientes estrategias:

1-Se inició trámite de co-gestión del programa vida digna para otorgar asistencia económica para la construcción de un baño, previo a ello explicamos los requisitos de acceso que debían cumplimentar para poder recibir el beneficio. El acceso al aporte económico proveniente del programa vida digna aumentaría la calidad de vida de ambos. Esta gestión continua con el acompañamiento del equipo técnico de Acción Social.

2- Se trabajó con J y S la importancia del apoyo que brinda el Hospital de Día en cuanto a la posibilidad de realizar actividades fuera del hogar, intercambiar con otras personas, generar nuevos vínculos, estructurar una rutina diaria y obtener apoyo psicológico individual y grupal. Asimismo, el HDT se constituye como espacio posible para trabajar las representaciones patriarcales observadas en el vínculo de pareja y el control excesivo que ejerce J sobre S.

Desde el equipo técnico de Acción Social se intentaron intervenciones para que S se sume a actividades junto a otras mujeres del Guanaco Boleado, pero hubo resistencia a salir de su domicilio y la única oportunidad en la que se sumó a las actividades propuestas lo hizo en compañía de J. Entre los obstáculos que ellos formularon y que les impedían ir al HDT, el principal fue que el pase libre de transporte se encontraba vencido desde el 2020.

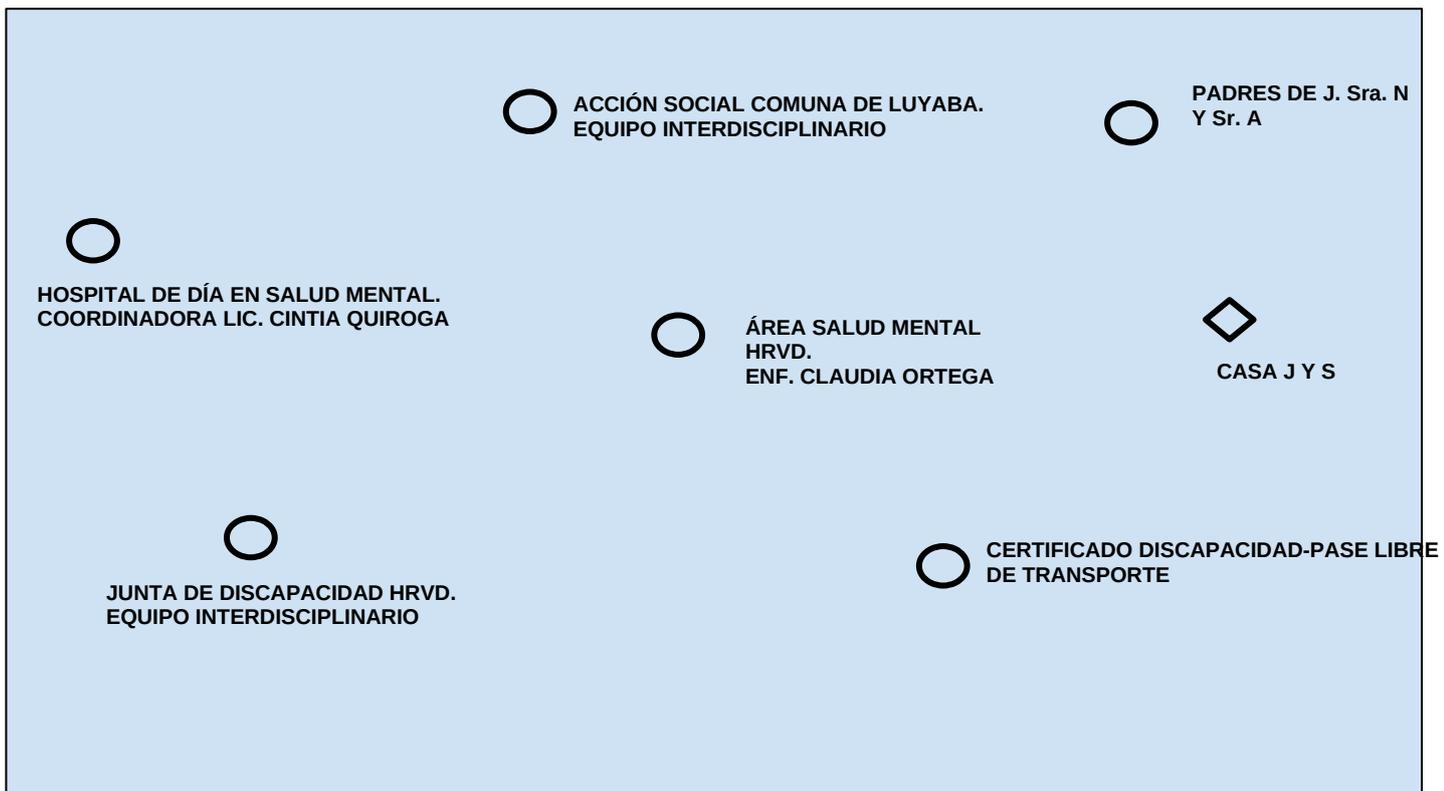
En este sentido, se solicitó turno con Junta de Discapacidad para renovación del Certificado de Discapacidad de J. Y a partir del mismo gestionar en secretaría de transporte el pase libre. Para tal fin se realizó una actividad conjunta con coordinadora del HDT, quien se encargaría de completar la ficha necesaria para realizar el trámite. Se informó a N (madre de J) sobre las gestiones realizadas, quien se comprometió a

acompañar y movilizar a J los días estipulados para poder finalizar con las formalidades solicitadas.

3- Se informó al equipo técnico sobre los hábitos sedentarios y de alimentación de la pareja observadas y recabadas durante las entrevistas en domicilio. Para ello se pensó una actividad a ser realizada con la nutricionista que trabaja en el dispensario comunal, esto se llevaría a cabo en las semanas siguientes a la presentación del informe social realizado por el equipo de estudiantes.

A partir de las redes identificadas que rodean a J y S, elaboramos un mapa de redes que involucra redes primarias e institucionales para dilucidar lazos presentes en el territorio que posibiliten generar articulaciones e intervenciones. Da cuenta de los vínculos con los que se cuenta y hay que movilizar, los que se deben reestablecer o fortalecer.

MAPA DE REDES J Y S





facultad de ciencias
sociales



Universidad
Nacional
de Córdoba

88

Referencias:

Círculos- actores presentes en el territorio

Verde- actores con los que articulamos desde HDSM

Azul- articulaciones que realizó equipo interdisciplinario acción social comuna de Luyaba

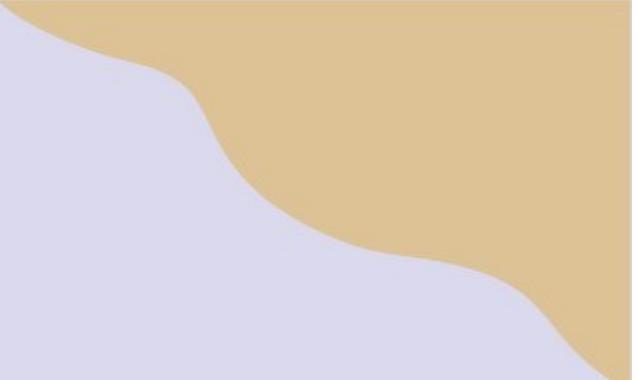
Rojo- actores con los que se contactó la madre de J.

Rosa-actores con los que se relacionan J y S para resolver sus necesidades

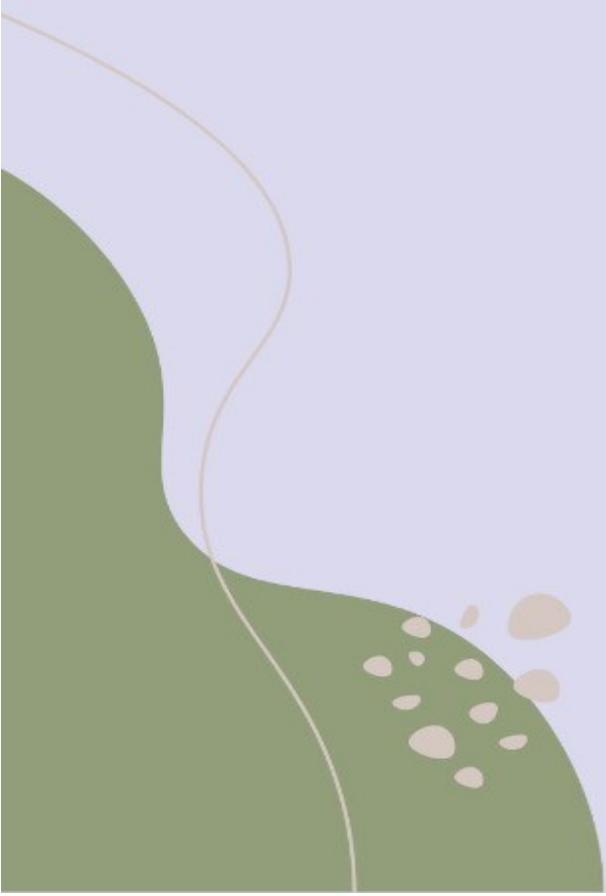
La vida de las personas transcurre en entornos con características físicas y relacionales específicas: hogar, escuela, lugar de trabajo, barrio, comuna, etc. En estos espacios se aprenden, se mantienen o modifican las condiciones de vida y el modo de hacer frente a las necesidades y a los obstáculos que se presentan. Las características del entorno favorecen o dificultan el tránsito por los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

En los parajes rurales la brecha del acceso a la atención en Salud Mental se amplía, lo que se evidencia en múltiples factores presentes en la vida cotidiana de lxs sujetxs. Esto requiere necesariamente de intervenciones intersectoriales, donde las instituciones presentes en estos lugares se relacionen, intercambien y ejecuten estrategias conjuntas para dar respuesta a las demandas.

Las redes se presentan como posibilidad potenciadora de las intervenciones, en tanto permiten un trabajo articulado entre las instituciones, las familias y la comunidad. La participación integrada de estos actores permite la constitución de redes que tienden a favorecer acciones que permiten sostener el acceso al derecho a la salud de manera integral.



Reflexiones Finales





Reflexiones Finales

Llegado este punto del desarrollo, nos proponemos retomar y reflexionar sobre algunos aspectos que consideramos centrales en esta producción. Luego de distanciarnos unos meses de nuestras prácticas académicas y habiendo sistematizado las mismas, llegamos a una instancia de intercambios y análisis más profunda.

A lo largo del proceso de intervención pudimos dar cuenta de ciertas contradicciones presentes una de ellas fue que, si bien la institución en la que se desarrolló dicho proceso es denominado Hospital de Día en Salud mental, lo que encontramos en la realidad es una política pública desfinanciada con escasos recursos materiales y profesionales, lo que se acerca más a un centro de día en atención en Salud Mental. En la cotidianeidad son las familias, lxs propixs sujetxs y lxs trabajadorxs de la salud los que sostienen este espacio con sus propios recursos.

La escasa contratación de trabajadores de la salud y la no renovación de cargos en atención primaria en Salud Mental, trae aparejado una sobre exigencia para quienes se encuentran trabajando en esta área, que intentan sostener y garantizar el derecho a recibir atención de calidad. No podemos dejar de enunciar la nula presencia estatal en las instituciones de salud y sobre todo de Salud Mental en el llamado *interior* de la provincia de Córdoba; la existencia perse de las leyes en Salud Mental representa un claro avance en materia de derechos, pero es insuficiente si no hay concreción o implementación real y efectiva.

En cuanto al Trabajo Social, esta experiencia nos acercó al campo profesional y problematizar cuestiones como: la falta de reconocimiento y legitimidad de la profesión en algunas instituciones, la precarización laboral que viven las Trabajadoras Sociales de la zona, la alta presencia de pluriempleo, entre otros.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta aquí, las redes permiten analizar y comprender los procesos sociales, las relaciones entre actores y potenciar las movilizaciones y



demandas que realizan aquellos que se asumen como garantes de sus propios derechos. Puntualmente al derecho a la salud-enfermedad-atención y cuidado como fundamental, humano e inalienable.

Igualmente es necesario referirse a lo pertinente que resulta para la intervención profesional el enfoque colectivo; abordando las redes familiares, comunitarias e institucionales como posibilidad de recuperar todo el mapa relacional de los sujetos, buscando así realizar procesos más integrales que involucren escenarios y actores no contemplados en procesos de intervención puntuales. Esto permitiría avanzar de ejercicios reduccionistas a propuestas más incluyentes y comprensivas de la salud como un derecho humano fundamental dentro de la realidad abordada.

El Trabajo Social en un dispositivo de abordaje territorial en Salud Mental aporta a identificar el tejido, conocer y potenciar los recursos presentes en la red para generar apoyos ante las situaciones de vulnerabilidad social, esta red que permite enfrentar situaciones adversas y la fragmentación y el aislamiento de las personas con padecimiento subjetivo. Las prácticas de apoyo, el acompañamiento institucional, familiar cotidiano son acciones comunitarias importantes de visibilizar y potenciar, para apostar por una praxis profesional coherente con los derechos, la dignidad y la justicia social.



Referencias Bibliográficas

Referencias Bibliográficas

- Amarante, Paulo (2007). *Superar el manicomio: Salud Mental y atención psicosocial*. Topia
- Amico, Lucía (2005) *La institucionalización de la locura: la intervención del trabajo social en alternativas de acción*. Edit. Espacio.
- Andrada, Romina y Barrera Escutia. (2020). *Los espacios de recreación como escenarios de legitimación de los derechos de las niñas y los niños: hacia un desarrollo saludable. aporte a los desafíos contemporáneos*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Aquín, Nora. et. Al (S/D) *Nosotros y los otros: encuentros y desencuentros en el campo del Trabajo Social*. Ponencia presentada en IV Encuentro Internacional de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires
- Aquin, Nora. (1995). *Acerca del objeto del trabajo social*.
- Ardila-Gómez S, Rosales ML, Fernández MA, Velzi-Díaz A, Matkovich A y Agrest M. (2021) *Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina*. Revista Argentina de Salud Pública-Suplemento COVID-19
- Ardilla, Sara y Gallende, Emiliano. (2008) *El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria*. Revista Salud Mental y Comunidad. Pág. 39-50
- Arito, Sandra. (2001). *Cuestión social y salud mental: una relación implicada en la intervención profesional*. Boletín Electrónico Surá.
- Ase, Ivan. (2006). *La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): Entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal*. Revista Salud Colectiva.
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) (2021): *Presupuesto 2021 Salud mental: recursos insuficientes y concentrados en el manicomio*.
- Bang, Claudia. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Psicoperspectivas: Individuo y sociedad, 13(2), 109-120

- Berra, Silvina; Rivera, Carolina; Nicora, Valeria y Pasarín M. Isabel (2018). *Experiencias con el primer nivel de atención según cobertura de salud en la ciudad de Córdoba, Argentina*. Archivos de medicina familiar y general.
- Bourdieu, Pierre. y Wacquant, Loïc. (1992). *Una invitación a la sociología reflexiva*.
- Bresso, Yanina (2011) *Trabajo en red en el marco de la intervención del trabajador social en salud mental*.
- Burijovich, Jacinta; Monasterolo, Natalia; Herranz, Melisa; Fernandez, Natalia; Caminada Rossetti, Maria Paz; Yoma, Solana; Del Carpi, Sol, Ase, Iván; Barrault, Omar; Berra, Cecilia; Galan, Nora; Degoy, Emilce y Sosa, Johana (2014,). *Observatorio en Salud Mental y Derechos Humanos perteneciente a la Mesa de Salud Mental y Derecho Humano. Capítulo III: La Salud Mental en Córdoba: Entre la sanción de las leyes y su efectiva concreción*. p 261-338
- Campagna, Nailen y Meschini, Giuliana. (2021). *El Trabajo Social en dispositivos sustitutos a la lógica manicomial: La experiencia en el Centro Cultural Gomecito durante el año 2019*. Universidad Nacional de Rosario
- Carballeda, Alfredo. (2001). *La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud*. Revista Margen
- Carballeda, Alfredo (2007). *La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas*. Revista Margen.
- Carballeda, Alfredo. (2010) *La Intervención en lo Social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales*.
- Carballeda, Alfredo (2012, julio). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas*. Revista margen, 65,1-2.
- Carballeda, Alfredo. (2018). *Lo histórico, lo teórico y lo metodológico*. Margen ediciones.
- Carballeda, Alfredo (2022). *Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19*.

- Cazzaniga, Susana (2002). *Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*. Revista Margen. Edición electrónica N° 27.
- Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; Sotelo, Romelia; Stolkner, Alicia. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Anuario de Investigaciones, vol. XIV, 2007, pp. 201-209 Universidad de Buenos Aires
- Correa, Ana., y Perano, Jorge. (2013). *Salud Mental y Derechos Humanos: Una Relación Inexcusable*. Revista Interferencias, 1(3),71-74
- De Lellis, Martín (2019). *El movimiento de salud mental: una aproximación histórica y crítica*.
- Dovio, Mariana Angela (2017) *La higiene mental en Buenos Aires, Argentina (1935-1945)*. Revista de historia y geografía n°36, 45-65.
- Falcone, Rosa (S/D) *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en la Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto*.
- Faraone, Silvia. e Iriart, Cecilia. (2020) *Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Debate Público.
- Faraone, Silvia. (2013). *Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones*. Revista Salud Mental y comunidad.
- Ferrara, Floreal. (1975). *En torno al concepto de salud*. Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina.
- Ferrara, Floreal y Laurell, Cristina. (S/D). *Proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC)*. Universidad Nacional Arturo Jaureche. Apunte de Cátedra.
- Fraifer, Sandra; Garate, Agustina; Grasso, Luciano y Rovetto, Paula. (2019). *Recomendaciones para el abordaje de la salud mental en el primer nivel de atención*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social Argentina
- Gil Ríos, Ana María (2015). *Redes sociales en el trabajo social. Apuntes para la praxis profesional*. Revista Eleuthera, 12, 181-196

González, Cristina, Nucci, Nelly, Soldevila, Alicia, Ortolanis, Eduardo, & Crosseto, Rossana (1999). *Necesidades y satisfactores en el espacio social familiar*. Mimeo.

Informe CELS (2007). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. UN INFORME SOBRE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL EN ARGENTINA*

La tinta (9 de agosto de 2016). *Macri contra la salud mental*. La tinta. <https://latinta.com.ar/2016/08/macri-contra-la-salud-mental/> .

Marco, Ana y Topa, Gabriela (2012). *Salud mental comunitaria*.

Rosas Pagaza, Margarita “*Una perspectiva teórico-metodológica de la intervención en Trabajo Social*”

Rosendo, Ernestina, Valero, Ana Silvia, Faraone, Silvia Adriana, Torricelli, Flavia y Méndez, María José (2011). *El acceso a los servicios de salud mental: desafíos epistemológicos, metodológicos y conceptuales*. Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires - Ministerio de Salud de la Nación, Comisión Nacional Salud Investiga. Argentina

Louro Bernal, Isabel (2003). *La familia en la determinación de la salud*. Revista Cubana Salud Pública, pp 48-51

Menéndez, Eduardo. (1988). *Modelo Médico hegemónico y atención primaria*. Ponencia segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud. pp.451-464

Menéndez, Eduardo. (2003) *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciencia & Saúde Coletiva.

Miani, Ana. (2016). *Políticas de salud mental en la Argentina*. Ponencia, Universidad Nacional De Córdoba.

- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Muñiz, Carlos. (2014). *El abordaje interdisciplinario de la salud mental. Situación actual a partir de la ley 26.657 y el decreto 603/2013*. Ponencia Universidad Católica Argentina
- Parra, Gustavo. (2005) *La construcción del espacio profesional desde una perspectiva histórica*. Dialnet
- Programa de Capacitación en Análisis e Implementación de Políticas de Atención Primaria de la Salud. *Módulo 3.1. Evolución Histórica de un concepto polisémico*.S/R
- Rosendo, Ernestina, Valero, Ana Silvia, Faraone, Silvia Adriana, Torricelli, Flavia y Méndez, Rosseti, A.; Monasterolo, N; y Yoma, S. (2018). *Salud Mental y Derecho. Derechos Sociales e intersectorialidad*.
- Rovere, Mario. (1999). *Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*.
- Rozas Pagaza, Margarita (2018): *La Cuestión Social: su Complejidad y Dimensiones*. Conciencia Social- Vol. 2, Nro. 3-pp. 45-56.
- Sacchetti,Laura y Rovere, Mario (2018).¿Cómo surgieron las colonias psiquiátricas en Argentina? Revista Soberanía Sanitaria.
- Silvia María de Dios, Soledad Fuentes Gutiérrez, Romina Gigena Ontivero, Edgardo Céspedes y Ana Avanza (2018).*Lo singular de la cuestión social en el campo de la salud mental*. Conciencia Social. Vol. 2, Nro. 3- UNC. pp. 124-139
- Soldevila Alicia y Ortolanis Eduardo (2021). *El Diagnóstico Social en el proceso de Intervención con Familias*. Documento de Cátedra.
- Spinelli, Hugo (2010) *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Revista de Salud Colectiva; 6(3):275-293. Universidad Nacional de Lanús.

Stolkiner, Alicia (2010). *Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental*. Revista Soberanía Sanitaria.

Stolkiner, Alicia y Solitario, Romina (2007) *Atención primaria de salud y salud mental: la articulación entre dos utopías*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Tisera, Ana; Lohigorry, José y Lenta, María Elena (2016). *Salud mental e inclusión social: derecho al trabajo en el contexto actual*. Revista TeseoPress.

Vainer, Alejandro (1999). *La Federación Argentina de Psiquiatras*. Revista Clepios- N°18.

Fuentes Documentales

Ley N.º 26.657 de 2010. Ley Nacional Argentina de Salud Mental. Sancionada:
noviembre 25 de 2010. Promulgada: diciembre 2 de 2010
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley N.º 9848 de 2010. Ley de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, Argentina.
Sanción: 20/10/2010; Promulgación: 28/10/2010; Boletín Oficial
05/11/2010.
<https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/16684.html>

Fuentes Primarias

Cuaderno de campo 3 (CC3): Cuaderno perteneciente a Macías María Laura. Registros de campo de agosto 2021 a marzo 2022

Cuaderno de Campo 4 (CC4): Cuaderno de campo perteneciente a Rocío del Valle Nievas. Registros de campo noviembre 2021

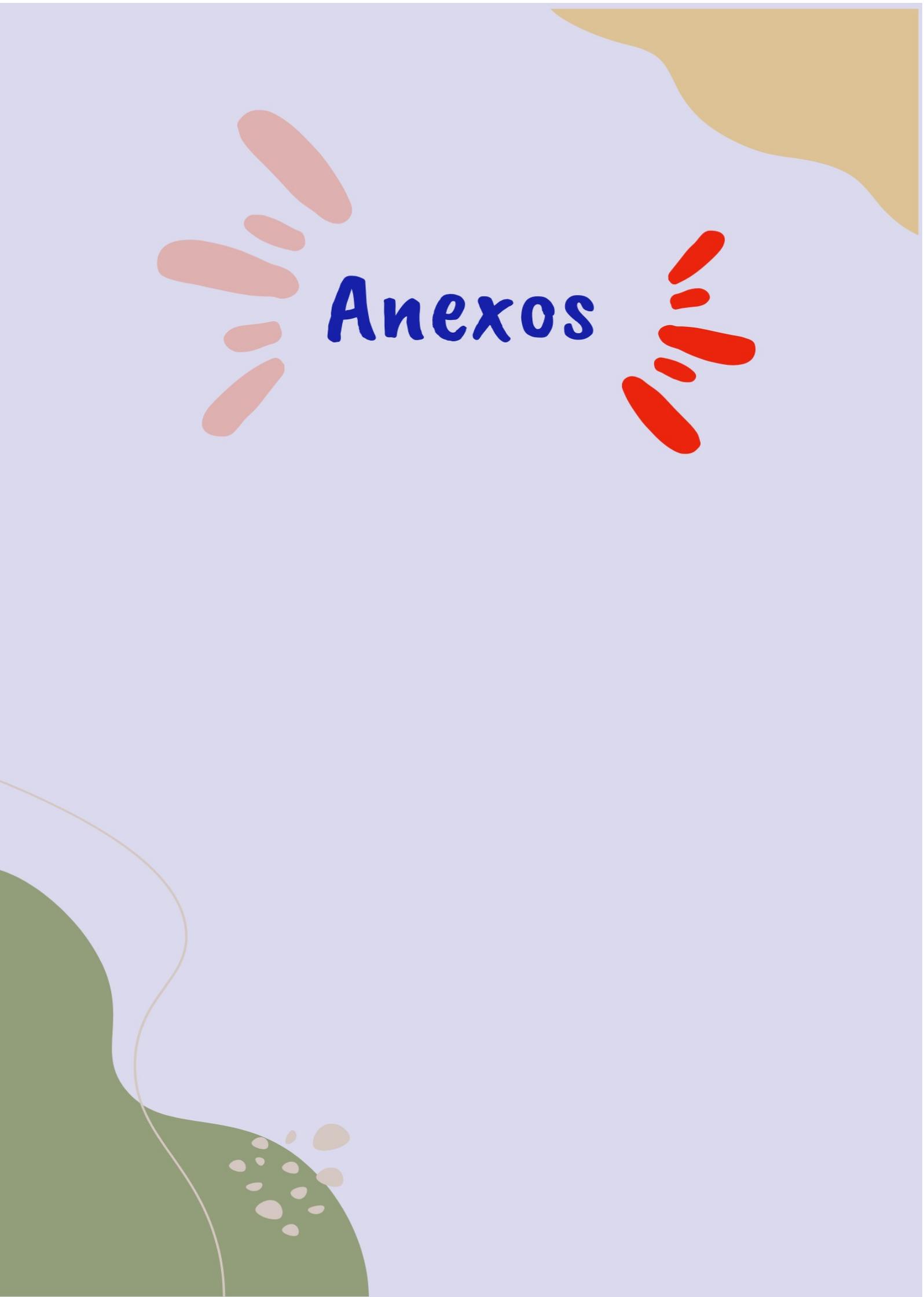
Cuaderno de Campo 8 (CC8): Cuaderno de campo perteneciente a Jimena Daniela Tello. Registro de campo enero 2022 a febrero 2022



Entrevista 2 (E2): Entrevista realizada a la coordinadora del Hospital de Día. Agosto 2022

Entrevista 3 (E 3): Entrevista realizada a usuariix intermitente del Hospital de Día, edad 24 años, varón, actualmente ha interrumpido su asistencia a los talleres.

Entrevista 4 (E4): Entrevista realizada a usuariix intermitente del Hospital de Día, edad 30 años, mujer, actualmente ha interrumpido su asistencia a los talleres.



Anexos



facultad de ciencias
sociales



Universidad
Nacional
de Córdoba

102

Anexos

INFORME SOCIAL

Villa Dolores, 12 de abril de 2022.

Hospital de día en Salud Mental Traslasierra/Equipo Técnico área Acción Social de Luyaba
Lic. Cintia Quiroga. Lic. Clarisa Fernández
S.../.....D

Referencia: J.A /S.L

Introducción: Nos dirigimos a ustedes con el fin de informar sobre la situación actual de la unidad doméstica (UD) constituida por J.A y S.L, buscando a través del análisis de los datos obtenidos mediante entrevistas, identificar obstáculos presentes en la vida cotidiana de esta UD y desde allí pensar posibles intervenciones para dar continuidad al trabajo que se viene realizando desde el Hospital de Día y el Área de Acción Social.

Para la construcción tanto del diagnóstico social como de este escrito, desprendido del anterior se utilizaron las siguientes técnicas de recolección de datos:

- Tres entrevistas en domicilio: dos de ellas realizadas a J A y S L, mientras que la tercera se efectuó con N (madre de J); las mismas tuvieron lugar entre los meses de enero (27) a marzo (17)-
- Revisión de historias clínicas brindadas desde el Hospital de Día en Salud Mental de Traslasierra y el Área de Acción Social de la Municipalidad de Luyaba.

Aclaración: J A es un varón auto percibido de 24 años de edad, por su parte S L es una mujer auto percibida de 30 años de edad. Ambos conviven desde hace aproximadamente 2 años en la Localidad de Luyaba, más precisamente en el paraje rural Guanaco Boleado distante 2.5 km de la principal arteria que comunica las comunas desde Villa Dolores hasta La Paz.

Tanto J como S poseen estudios secundarios inconclusos y no se encuentran insertos en el mercado laboral; por lo que los principales ingresos provienen de las pensiones no contributivas que ambos cobran y de la cría de cerdos para la venta. Con estos ingresos se cubren gastos inmediatos, como son la alimentación y en algunas ocasiones vestimenta o compra de artículos para el hogar. Cuando el dinero no es suficiente para adquirir alimentos, consiguen los mismos en la despensa de la que es propietaria la madre de J y se lo abonan al mes siguiente.

La vivienda está constituida por una habitación de tamaño escaso, sin baño ni conexión de agua, en dicha habitación se encuentra una cama, un ropero y un anafe a gas donde cocinan sus alimentos. Todo esto distribuido en un espacio reducido, contando con luz eléctrica como único servicio que pudimos identificar. La habitación está edificada en la parte posterior del terreno que pertenece a los padres de J.

Valoración: El proceso de intervención comienza con una demanda indirecta, es decir, proviene de las instituciones mencionadas no de los propios usuarios del servicio. La demanda se vincula principalmente a la interrupción del tratamiento que J y Svenían llevando adelante en el HDSM y con el acceso a la medicación psiquiátrica que requieren todos los meses. Inicialmente las medidas sanitarias ASPO (Aislamiento Social Preventivo Obligatorio) y DISPO (Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio), luego por el vencimiento del Certificado de Discapacidad de J y, en consecuencia, su Pase Libre. Actualmente, son acompañados de manera telefónica desde el HDSM y en la presencialidad por el equipo técnico de la Municipalidad de Luyaba.

En este sentido, pudimos identificar a través de los acercamientos al domicilio, la dinámica familiar tanto de la UD conformada por J y S, como de la UD constituida por los padres de J y su hermana menor. En esta dinámica se entrelazan diversas categorías como género, generación, parentesco y el padecimiento subjetivo que orientan y determinan los vínculos, así como la conformación de necesidades, y las formas de producción, reproducción, y consumo.

Es la familia primaria de J el sostén en la organización de la cotidianeidad de esta unidad doméstica; constituyéndose en la principal red de ayuda para la defensa y recreación continua de los recursos/satisfactores. Destacamos como otro detalle relevante, que en el terreno aledaño vive Diego, hermano mayor de Jesús; los padres desde ese lugar estratégico pueden hacerse cargo de las situaciones que surjan.

En cuanto a la distribución trabajo familiar, depende de criterios de género recayendo en primer lugar en S, encasillada en el rol de mujer y trabajadora doméstica, situación que se replica con la familia de origen de J. El rol es naturalizado por ella como también por los miembros de la unidad doméstica. En el caso de la madre de J también es dueña de una despensa, pero la misma se ubica en la entrada de la casa, lo que le permite conjugar este trabajo con el trabajo doméstico- por lo que extraemos de las entrevistas A (progenitor de J) trabaja en el área de construcción y está ausente de su hogar durante casi todo el día.

Siguiendo esta línea argumentativa, evidenciamos ciertas representaciones patriarcales que atraviesan este vínculo de pareja, reproduciendo los roles de la familia de origen de J. No hay posibilidad de

realizar actividades por separado, ni salidas si no van juntos. Está presente cierto discurso sobre el *cuidado*, que ejercería J sobre S, la idea de que la mujer le pertenece al hombre y no puede entablar charlas, ni amistad con ningún otro. Lo que impide además el desarrollo de mayores capitales sociales, la creación de lazos o el acceso a redes de ayuda mutua.

El inicio de la convivencia con J, implicó para S el debilitamiento del vínculo con su hijo JE de 8 años de edad quien se encuentra actualmente asistiendo a tercer grado en la Escuela Normal Superior Dalmacio Vélez Sarsfield en Villa Dolores.

No hay mención del ejercicio de la paternidad por parte del padre biológico de JE, es L (madre de S) quien se encarga de las tareas de cuidado de su nieto, constituyéndose en el sostén económico y afectivo del mismo. Lo que vuelve a remarcar la construcción social del género y el lugar de las mujeres como cuidadoras principales, ante la ausencia de la madre la responsabilidad recae en la abuela materna.

Conclusión: A partir de lo informado, hemos identificado una serie de obstáculos que están enlazados a cuestiones tanto materiales como no-materiales, sobre los que se pueden pensar estrategias de intervención.

- Lo habitacional es el principal obstáculo material. El no contar con baño genera incomodidad ante las necesidades biológicas diarias y dificulta el mantenimiento de la higiene personal y aumenta el riesgo de contraer enfermedades. Por ello, el acceso al aporte económico proveniente del programa vida digna aumentaría la calidad de vida de ambos.
- En cuanto a lo inmaterial, el retorno al Hospital Día sería imperativo, ya que contribuirá con su adhesión al tratamiento, disminuir sintomatología, recuperar hábitos y también recrear vínculos amistosos perdidos. Además de promover la capacidad de autonomía por parte de J y S; aportando al proceso de recuperación al restaurar sus tareas y su desempeño como miembros activos de la sociedad.

Asimismo, el HDSM se constituye como espacio posible para trabajar las representaciones patriarcales observadas en el vínculo de pareja, como el alto grado de simbiosis, y el control que ejerce J sobre S.

- Es relevante propiciar, en la medida de lo posible, la re-vinculación afectiva entre S y su hijo, dando lugar central a los senti-pensares del niño.



- Consideramos pertinente el seguimiento en modalidad co-gestiva, en lo que concierne a la renovación del certificado de discapacidad, y consecuente pase libre para Jesús. Lo que facilitaría el regreso a las actividades del dispositivo HDSM.

Firmas

Macías, Laura.

Nievas, Rocío.

Tello,
Jimena.