



REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Universidad Nacional de Lanús

Año 6 · Nº 7
Diciembre de 2019
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Año 6 · Nº 7
Diciembre de 2019
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg



ISSN: 2250-5768

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

Director

Emiliano Galende

Directora Asociada

María Marcela Bottinelli

Editor Asociado

Daniel Frankel



**EDUNLA
COOPERATIVA**

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

**Autoridades
de la Universidad Nacional de Lanús**

Rectora

Dra. Ana Jaramillo

Vicerrector

Dr. Nerio Neirotti

**Director del Departamento
de Salud Comunitaria**

Lic. Ramón Álvarez

**Revista
Salud Mental y Comunidad**

Director

Emiliano Galende

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

Directora Asociada

María Marcela Bottinelli

Directora de Gestión y Evaluación Académica. Universidad Nacional de Lanús.

Editor Asociado

Daniel Frankel

Docente de grado y posgrado. Universidad Nacional de Lanús.

Coordinación de Comité Editorial

Lic. Sonia Olmedo

Universidad Nacional de Lanús

Lic. Ana Cecilia Garzón

Universidad Nacional de Lanús

Comité Editorial

Alejandra Barcala
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.

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

Alejandro Wilner
Universidad Nacional de Lanús.

Cecilia Ros
Universidad Nacional de Lanús.

Sergio Remesar
Universidad Nacional de Lanús.

Ramón Álvarez
Universidad Nacional de Lanús.

Mariela Nabergoi
Universidad Nacional de Lanús.

M. Cecilia López Santi
Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn.

Mariano Laufer
Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa. Universidad de Buenos Aires.

Silvia Faraone
Universidad de Buenos Aires.

Graciela Giangiacomo
Universidad Nacional de Lanús.

M. Pía Pawlowicz
Universidad de Buenos Aires.

Comité Científico

Victor Aparicio Basauri
Organización Panamericana de la Salud / OMS.

Cecilia Ausgburger
Instituto Lazarte. Universidad Nacional de Rosario.

Valentín Barenblit
Centre IPSI, Barcelona, España.

Rubén Efrón
Universidad Nacional de Lanús.

Daniel Frankel
Universidad Nacional de Lanús.

María Graciela Iglesias
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Gregorio Kaminsky †
Universidad Nacional de Lanús.

Alfredo Kraut
Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Susana Murillo
Universidad de Buenos Aires.

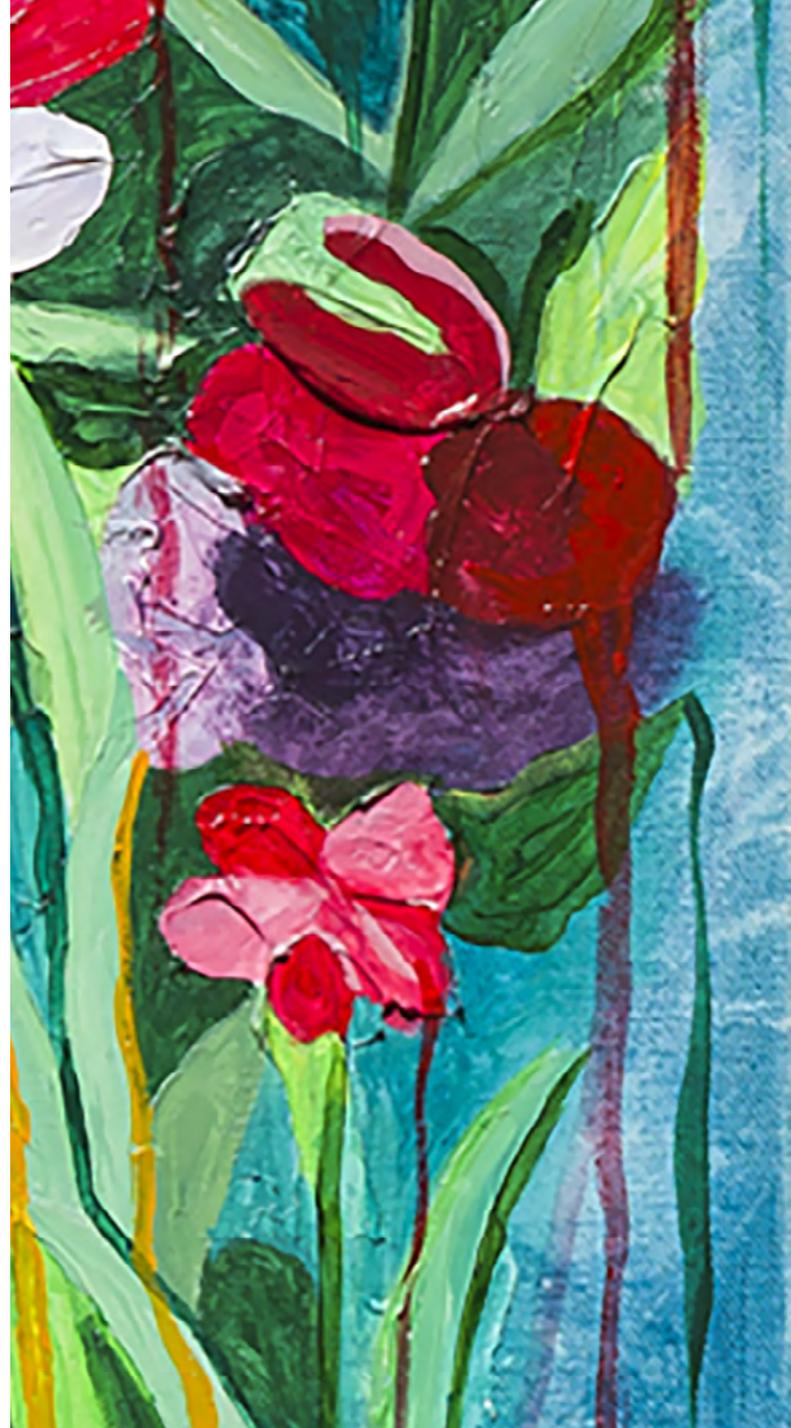
Benjamín Vicente Parada
Universidad de Concepción, Chile.

Sandra Saldivia
Universidad de Concepción, Chile.

Alicia Stolkiner
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.

Francisco Torres González
Universidad de Granada, España.

Graciela Touzé
Universidad de Buenos Aires.
Miguel Xavier
Universidad Nova de Portugal.
Roxana Ynoub
Universidad de Buenos Aires.
Graciela Zaldúa
Universidad de Buenos Aires.
Débora Yanco
Universidad Nacional de Lanús.
M. Cristina Chardon
Universidad de Buenos Aires.
Mario Rovere
Universidad de La Matanza.
Pierangelo Di Vittorio
Università di Strasburgo e Lecce.
Hugo Cohen
Organización Panamericana de la Salud.
Ariadne Runte
Universidad de Granada, España.





Índice

8 EDITORIAL

Radiografía de la Reconstrucción.

Daniel Frankel y Marcela Bottinelli.

ARTÍCULOS

12 **Ciencias sociales, salud mental y control social.**

Notas para una contribución a la investigación.

Eugenia Bianchi.

29 **Tramas, problemas y nudos en las intervenciones del campo de las políticas de infancia.**

María Malena Lenta, María Pía Pawlowicz y Brenda Riveros.

49 **Autismo, normalidad, mediación escolar: posibles encuentros entre salud y educación.**

Renata Domingues Gonçalves Caveari de Sousa, Maria Goretti Andrade Rodrigues y Paulo Duarte Carvalho Amarante.

65 **Servicios de salud mental comunitaria. La resolución de la demanda de cuidados por parte de personas desinstitucionalizadas con trastorno psicótico en los servicios de salud mental comunitaria.**

María Cecilia López Santi.

- 81 La formación de posgrado en Salud Mental.
El caso de las residencias hospitalarias de psicología
y psiquiatría como sistemas de formación.**

Flavia Torricelli y Silvia Faraone.

- 100 Saberes y Prácticas en Salud Mental: representaciones
sociales de estudiantes de las carreras de Enfermería,
Kinesiólogía, Medicina y Nutrición.**

*Virginia Noemí Cordich, Victoria De León, Mariela Ángela
Ferrari, Daniel Manfredo Frankel, José Antonio Marín, Sabrina
Cecilia Molina, Natalia Paola Osella y Darío Sebastián Pertusi.*

DEBATES

- 122 La Salud Mental en Deconstrucción;
una Mirada Exofórica.**

Entrevista a Mario Rovere.

- 133 Observatorio de Salud Mental y Derechos
Humanos: producción de información en
los procesos de transformación.**

Solana Yoma y Jacinta Buriyovich.

- 138 Salud Mental y Derechos Humanos en los servicios
territoriales y en Juicios de Lesa Humanidad.**

Entrevista a Vicente Galli.

RESEÑAS DE INVESTIGACIONES

- 150 Cooperativas que prestan servicios de cuidados y empresas
sociales de salud mental: hacia el fortalecimiento de un
actor social en crecimiento.**

*Mariela Nabergoi, Marcela Freytes Frey, Gustavo Sosa, Selva Sena,
Marina Veleda, Alberta Bottini, Mónica Copello, Merlina Martínez,
Verónica Vila, Ana Cecilia Garzón, Cecilia Russo, Sabrina Belfi,
María Victoria Araujo.*

- 158 Entre el despido y la precarización: configuraciones
laborales y salud mental, a partir de los procesos de
reorganización laboral recientes en la Argentina.**

*Cecilia Ros, Miriam Wlosko, Alejandro Wilner, Gabriela Zunino,
Valeria Pujol Buch, Carla Pierri y Candela Ruiz Díaz.*

Radiografía de la reconstrucción



Daniel Frankel

Nos complace compartir un nuevo número de la revista. Disfrutamos su aparición gracias al esfuerzo colectivo. Sin la participación activa de todos el esfuerzo sería imposible.

Este número se edita en un contexto de esperanza, de alivio; aunque difíciles serán las circunstancias apostamos a este nuevo escenario que es resultado de la férrea voluntad de avanzar en el camino hacia la restauración de los derechos y la recuperación de la dignidad.

El contexto regional no ayuda

Hoy América Latina aparece astillada en torno a múltiples líneas de fractura. Es una región signada por la inestabilidad institucional y la violencia política. EEUU dispuesto a reflotar la doctrina Monroe para A Latina. Rodeados de la contrarrevolución y golpe de Estado contra Evo Morales en Bolivia y el retorno al modelo de “seguridad nacional”, el gobierno cuasifascista de Brasil, las manifestaciones contra Pineda y el modelo



Marcela Bottinelli

pinochetista en Chile, Venezuela algo más estabilizada con emigraciones masivas y con el estallido latente; las recientes marchas en Colombia contra Iván Duque y las de Ecuador que obligaron a retroceder a Lenin Moreno. El gobierno derechista de Perú y probablemente Uruguay que parece ser la primera derrota del Frente Amplio en quince años, hace pensar que Argentina está rodeada de entornos hostiles, desconfiados y voraces por restaurar el orden de arrasamiento.

Estas circunstancias se contraponen a la luz de esperanza que despierta Argentina tras elecciones impecables sin mayores sobresaltos que los que redefinen el mapa político en contextos de cambio del proyecto político.

Aunque Ecuador, Chile y la reciente derrota del macrismo podrían inducir a pensar en un rechazo al modelo neoliberal, el malestar generalizado, nos interpela respecto de que la crisis del neoliberalismo erosiona también a la institucionalidad y en esto se incluye la deca-

dencia cultural y social producto de un mundo fáustico de individualismo, consumo y mercantilización.

El imperio del individualismo

El marco político neoliberal de Macri promovió deliberadamente una sociedad meritocrática y una regresión en términos de derechos. Esta construcción convivió con la judicialización de la política, la entronización de la llamada “doctrina Chocobar” y una economía especulativa afín a los grupos concentrados.

Hemos asistido a una construcción falaz de imaginación de una política sin conflictos y una realización narcisista entronizada en el individuo que choca con el descontento social de multitudes que resisten por ser sometidos.

El código de esta época caracterizado por el furor al individualismo, del deseo, utilitario, de la verdad líquida, confluyen en las formas por exasperar la confianza en uno mismo, en garantizar el emprendedurismo, o en construir idealizaciones falaces por autonomía o libertad. Asistimos así al reciclado de renovadas versiones del igualitarismo formal y meritocrático, acompañado por éticas de vida y tecnologías mercantilizadas amoldadas a estos tiempos.

El consumo del placer se encarna en la igualdad formal de oportunidades y la abstracta garantía del desarrollo que depende del esfuerzo personal enraizados en el lenguaje, la religión, la salud, la educación, el trabajo y la política.

Las falacias del bien liberal

Bruno Latour retoma la famosa frase de Marx “la historia ocurre dos veces: primero como una gran tragedia y la segunda como una miserable farsa”.¹ La “farsa” en sus dos acepciones, por un lado en su dimensión de mentira organizada, es decir, de actitudes e invenciones que utilizan algunas personas para confundir o engañar a alguien. Pero también como género teatral que devela circunstancias y comportamientos sociales como las miserias humanas, las posturas religiosas, las ideologías, las crueldades, lo desagradable, con interpretaciones burlescas o satíricas. La dimensión tragicómica tiene como operador central al bufón, aquel personaje marginal y grotesco que circulaba en las cortes de reyes y poderosos, con un discurso provocativo a la vez que libre de censuras. Se podría decir que, en la actualidad, ciertos gobernantes revisten esa condición de impunidad tragicómica, mientras del lado de la población se desarrolla el drama del desamparo. El poder que detentan, los autoriza a decir lo que nadie se atrevería, exhibiendo una sonrisa prometedora de felicidad, amor

y paz, pero cuyo verdadero rostro es el de la crueldad propia de la segregación y del odio. En la sociedad actual el poder ya no necesita del bufón, él mismo lo encarna, en una versión patética, provocadora, farsante.

La guerra simbólica se sostiene en el montaje del engaño, del simulacro, no lo que en realidad. El ejemplo alegórico es Groucho Marx quien es descubierto en una mentira; al reaccionar con descaro interpela: “¿A quién le crees, a tus ojos o a mis palabras?” (Halperin,2018).²

“Groucho ante un tribunal defiende a un cliente: Este hombre parece un idiota y actúa como un idiota, pero no debe en modo alguno engañarlos: Es un Idiota el análisis en que el hombre es capaz de engañar fingiendo que engaña, es decir diciendo la verdad, pero al mismo tiempo esperando que no se crea lo que está diciendo. La afirmación verdadera no importa. Lo importante es fingir. La realidad es puro simulacro como si fuera verdad. Todos saben que es ficción, pero creen en ella como si fuera verdadera. Toda la realidad es pura ficción, es puro espectáculo”.³

La lógica de Groucho, aparentemente absurda, da cuenta perfectamente del funcionamiento del orden simbólico, en el cual el mandato enmascarado pesa más que la directa realidad del individuo que usa esa más-

cara o asume ese mandato. Para él, este funcionamiento incluye la estructura de rechazo fetichista: aunque veo y considero que esa persona es cobarde, mentirosa y corrupta la trato respetuosamente dado que dispensa la insignia de un juez, de un presidente, de un militar... de modo que cuando habla es el propio poder el que habla a través suyo. En el gobierno de las ficciones el Otro es corrupto, cobarde, mentiroso... pero lo trato con respecto dado que inviste el signo del poder.

Así, efectivamente, creen en sus palabras, vestidos de poder, pero no en sus propios ojos, es decir creen en el dominio de la autoridad puramente simbólica que importa más que la realidad.

La confrontación simbólica busca que la verdad se legitime a través de la ficción y espectacularidad: son instantáneas que repiten una saga continuada de opiniones mediáticas pero cuyo impacto termina siendo la fascinación, sugestión, candidez.

El Derecho a tener Derechos

A pesar del entorno explosivo y de la enorme deuda interna que deja el macrismo hay signos auspiciosos. Tras la fragmentación social que deja el arrasamiento sobreviene la esperanza.

Aunque hubo muertes y represiones “ejemplificadoras”, las luchas, marchas y resistencia al modelo estrecharon los lazos comunitarios y consiguieron que en estos cuatro años Macri no pudiera profundizar más aún las medidas de sumisión.

Estamos frente a un nuevo desafío, con la asunción de un gobierno democráticamente elegido que enfrente el arrasamiento de estos últimos años. Se vislumbra un horizonte que se construye organizando una integración política y social encarnada en el Frente de Todos, como la gran resultante, opuesta a la fragmentación y desintegración que generó la brutalidad neoliberal en el tejido social.

El nuevo gobierno electo tiene la posibilidad de convertirse en un referente del progresismo que tendrá sus características particulares, sosteniendo la decisión de conformar una gestión incluyente que apunta por una política tolerante, pragmática y pilotada por sutiles armonizaciones.

El Frente de Todos llega al gobierno en un clima de crisis, pero cumpliendo todo el proceso democrático, en paz y con objetivos de construcción; una cabal propuesta democrática que convierte a la Argentina en una excepcionalidad. Frente al arduo trabajo que requerirá la reconstrucción, se abren nuevas y renovadas esper-

anzas en cuanto a creación, participación y compromiso con apertura de transformaciones y construcción de contextos garantes de derechos y por ende, promotores de salud y salud mental comunitaria.

Daniel Frankel - Marcela Bottinelli

Notas

¹ Marx, K. (1852): El 18 brumario de Luis Bonaparte en C. Marx y F. Engels (1981) Obras escogidas en tres tomos, Moscú Editorial Progreso, Tomo I, páginas 404 a 498.

² Halperin, J (2018): ¿A quién le creés, a tus ojos o a mis palabras?, Página 12, Contratapa, 11 de marzo de 2018

³ Duck Sopa (Sopa de Gansos en Zizek, S (2011): En defensa de las Causas Perdidas, Madrid, Akal, 126-127; Véase Zizek, S. (2005): La suspensión política de la ética. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica

Ciencias sociales, salud mental y control social. Notas para una contribución a la investigación.

Social Sciences, mental health and social control. Notes for a researching contribution.

Eugenia Bianchi

Lic. en Sociología (UBA).
Mgs. en Investigación en Ciencias
Sociales (UBA).
Dra. en Ciencias Sociales (UBA).
Instituto de Investigaciones Gino
Germani (UBA).
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas
y Técnicas (CONICET).

eugenia.bianchi@gmail.com

Resumen

El campo de la salud mental es indudablemente complejo, y los aportes a su estudio no se agotan en las disciplinas de tipo clínico. Antes bien, otros saberes, profesiones, experiencias, tradiciones y disciplinas que no se inscriben ni definen por una tradición clínica también están en condiciones de realizar aportes analíticos que contribuyan a la comprensión de esta complejidad, no armonía y devenir del campo.

De esas experiencias, para este escrito interesa recuperar algunos aportes provenientes de las ciencias sociales, y más específicamente de algunas tradiciones de pensamiento sociológico, histórico y filosófico ligadas a la corriente del control social.

Empleando métodos analítico-interpretativos sobre bibliografía específica, en este escrito se presentan algunos aportes de diversos autores procedentes de distintas perspectivas, que comparten el interés

por analizar la salud mental en términos histórico-sociales, y vincularla con procesos sociales de más amplio espectro que incluyen interrogaciones por la normalidad, la salud, el conflicto social, el poder, la verdad y el saber, entre otras nociones, seguidas de algunas conclusiones.

Palabras clave: Ciencias sociales - salud mental - control social - investigación.

Abstract: The field of mental health is undoubtedly complex, and the contributions to its study are not restrained by clinical disciplines. Rather, other knowledges, professions, experiences, traditions and disciplines that are not registered or defined by a clinical tradition are also in a position to make analytical contributions that contribute to the understanding of this complexity, not harmony and becoming of the field.

From these experiences, for this paper it is interesting to recover some contributions from the social sciences, and more specifically from some traditions of sociological, historical and philosophical thought linked to the current of social control.

Using analytical-interpretive methods on specific bibliography, this paper presents some contributions from diverse authors from different perspectives, who share the interest in analyzing mental health in historical-social terms, and link it with broader social processes that include questions about normality, health, social conflict, power, truth and knowledge, among other notions, followed by some conclusions.

Key words: Social sciences - mental health - social control - research.

Introducción

El de la salud mental es un campo indudablemente complejo. Una enumeración no exhaustiva de esta adjetivación admite considerar varios factores, entre ellos la multiplicidad de actores y fuerzas sociales involucrados, con estrategias parciales o fragmentadas, regidas por lógicas divergentes o contrapuestas, y cimentadas simultáneamente en la funcionalidad y en la contradicción. Dicha complejidad se amplía a las diferentes instituciones, tecnologías, saberes, prácticas, dispositivos y profesiones que la convocan. Este conjunto complejo además, no es armónico, sino que es escenario de tensiones de amplio calibre, que van desde un abierto y generalizado antagonismo, hasta un accionar intersticial, en los resquicios del campo. Finalmente, estos conflictos complejos no están saldados sino en curso, por lo que el devenir de los mismos, su resolución o su agudización, no es del todo avizorable (Bianchi, 2018).

Estas características del campo de la salud mental lo configuran como extremadamente rico, y tal fructificación tiene como corolario que la salud mental no se agote en un interés de tipo clínico, o más sencillamente, que sea un asunto exclusivamente “de clínicos”. Antes bien, otros saberes, profesiones, experiencias, tradiciones y disciplinas que no se inscriben ni definen

por una tradición clínica también están en condiciones de realizar aportes analíticos que contribuyan a la comprensión de esta complejidad, no armonía y devenir del campo. De esas experiencias, para este escrito interesa recuperar algunos aportes provenientes de las ciencias sociales, y más específicamente de algunas tradiciones de pensamiento sociológico, histórico y filosófico ligadas a la corriente del control social. Estos aportes se concentran en torno a una tarea ineludible de historización. Historizar los temas, problemas y objetos de estudio que hoy en día ocupan el campo de la salud mental permite avanzar en un doble registro analítico, tanto macrohistórico, relacionando la salud mental con procesos de largo alcance como el liberalismo o el capitalismo, y microhistórico, para comprender aspectos como el sufrimiento psíquico de los sujetos con un padecimiento mental y el lugar que se les designa social y culturalmente.

En este escrito, se presentan algunos aportes de diferentes autores procedentes de distintas perspectivas, que comparten el interés por analizar la salud mental en términos histórico-sociales, y vincularla con procesos sociales de más amplio espectro que incluyen interrogaciones por la normalidad, la salud, el conflicto social, el poder, la verdad y el saber, entre otras nociones, seguidas de algunas conclusiones.

Foucault y las ciencias sociales. Algunas claves para el estudio de la salud mental.

Los estudios realizados por Foucault abarcan numerosas y diversas temáticas. Entre ellas, pueden contarse sus trabajos acerca de las líneas de demarcación que se establecen históricamente entre aquello que una sociedad considera lo mismo y lo otro de sí (Foucault, 2002c, 2003a). En las sociedades occidentales contemporáneas, que consideran la razón como baluarte fundamental (Descombes, 1988) lo normal y lo anormal, y la locura entendida como enfermedad (Foucault, 2001, 2005), cobran especial relevancia. En consonancia con estos lineamientos, Foucault analiza los procesos de medicalización de la sociedad (Foucault, 1996, 2002a, 1991), que se presentan como una de las múltiples estrategias de normalización de los cuerpos, en las que el gobierno de la infancia cumple un papel de suma trascendencia (Bianchi, 2010, 2016, 2018). En sus trabajos enfatiza la necesidad de reflexionar acerca del poder y del saber, como dos dimensiones articuladas, entendiendo el discurso médico como discurso de verdad (Foucault, 2003b).

Uno de los aspectos más salientes de su concepción de poder reside en que no anuda su ejercicio exclusivamente a las instituciones de tipo estatal. Para Foucault, estructuras como la universidad -y el sistema escolar en

general-, la psiquiatría o la justicia, se presentan como organizaciones neutrales e independientes; de allí la necesidad de emprender una crítica que ponga de relieve la violencia política que ejercen (Chomsky-Foucault, 2006). Asimismo, sus investigaciones acerca del encierro como técnica de normalización y de creación de subjetividades (Foucault, 2003a, 2002d), pueden ser ampliadas y repensadas a la luz de modalidades más recientes que ya no toman la clausura como herramienta fundamental (Rose, 2012).

Estas temáticas, y el modo de abordarlas, tornan congruente a la propuesta teórico-metodológica de Foucault, con el uso de una serie de elementos de la tradición de investigación cualitativa en ciencias sociales. Dicha congruencia ha sido extensamente analizada en diversos trabajos (Kendall y Wickham, 2003; Álvarez-Uría y Varela, 1991; Dean, 1994; Dreyfus y Rabinow, 1983; Hook, 2007). La investigación subsidiaria del pensamiento foucaultiano recurre a técnicas e instrumentos que confluyen en un abordaje que prioriza la apertura del campo del problema, entendido no de modo unitario ni lineal, sino a partir de las múltiples y simultáneas fuerzas intervinientes.

El análisis de los problemas que propone Foucault emplea la investigación histórica como marco de

formulación de problemas actuales, el análisis conjunto de fuentes primarias históricas y presentes, el recurso al análisis textual mediante el uso de los documentos, la inclusión de discursos e interacciones de actores relevantes del campo. La historización crítica, no teleológica ni evolucionista y desubstancializadora que propone al desarrollar el método arqueológico (Foucault, 2002b), y que forma parte del núcleo del análisis genealógico (Foucault, 2004; Murillo, 1996; Hook, 2007) es una consideración que se encuentra en línea con la desnaturalización que la sociología clásica sostiene como principio de análisis, compartiendo con las perspectivas sociológicas el estudio del conflicto, la dispersión y la contingencia, por fuera de prenociones, unidades y causalidades lineales.

Foucault es también una influencia fuerte para numerosos trabajos que aplican la microfísica del poder a diferentes estudios de casos. La biopolítica, el panoptismo y las tecnologías de poder y dominación son conceptos que se usan al reflexionar sobre las estructuras de poder de la sociedad occidental. Sin embargo, la disciplina no es la única modalidad de ejercicio del poder que identificó Foucault. También analizó la soberanía y la regulación o seguridad, como otras modalidades de ejercicio de poder que se articulan y tensionan con la disciplina y que tienen un alto valor analítico y hermenéutico. En

especial, ubicó la disciplina y la regulación como las dos vertientes del biopoder, la primera más ligada a los aspectos anatomopolíticos del biopoder, y la segunda más asociada a los aspectos biopolíticos (Foucault, 2002a). Otro aporte de Foucault se vincula a su análisis de las instituciones sociales cerradas, espacios que históricamente ejemplificaron el papel de la medicina en el control social. Sus aportes abrieron al estudio de otros espacios no necesariamente de corte médico, que también tuvieron y tienen su cuerpo de especialistas que establecen lo normal y lo anormal: la escuela, los tribunales de justicia, el ejército, la iglesia, entre otros.

Sin embargo, los aportes del pensamiento foucaultiano no se agotan en estos tópicos, sino que ramifican e intersectan con otras contribuciones desde las ciencias sociales (Bianchi, 2014; 2018). Entre ellas, la perspectiva del control social resulta una corriente destacada para reflexionar acerca de la relación entre ciencias sociales y salud mental.

El control social, las ciencias sociales y la salud mental.

Siguiendo a Huertas (2009) el control social como perspectiva de estudios desde las ciencias sociales, ha hecho históricamente aportes de dos tipos, en una división que

es más analítica que empírica. Por una parte, aportes de tipo discursivo, en la órbita del análisis de discursos, que incluyen las investigaciones que analizan las relaciones entre poder y saber, y estudian el accionar de diferentes saberes: políticos, magistrados, criminología, medicina, psiquiatría, psicología, pedagogía, entre otros. Por otra parte, aportes en la esfera de lo institucional, realizando análisis de todo el entramado de instituciones, de prácticas institucionales concretas, y enfocándose en los aspectos técnicos del ejercicio del poder: cárceles, manicomios, reformatorios, escuelas, lazaretos, etc. Nuevamente, sin pretensión de exhaustividad, como aportes con diferente grado de énfasis en cada uno de los dos planos antes mencionados, se cuentan los trabajos de Castel (1980), Donzelot (1998), Muel y De Gaudemar (Varela y Álvarez-Uría, 1991), Miranda y Vallejos (2005), Huertas (2008) entre muchos otros.

Estos aportes, sin embargo, han sido reconsiderados más recientemente, tanto por insuficiencias teóricas y metodológicas propias del enfoque, como por el hecho que los objetos de estudio que abordó esta perspectiva en sus orígenes debieron ampliarse con el tiempo, habilitando nuevas dimensiones y problemáticas de análisis (Huertas, 2009).

Por otro lado, en relación al origen de la perspectiva del control social, la misma se remonta a las revoluciones burguesas europeas de 1789 y 1848. Muy sintéticamente, Huertas marca que estas revoluciones propiciaron el ascenso de una nueva clase social -la burguesía- con el consecuente afianzamiento de un nuevo orden social y político. En este nuevo orden tuvo un papel decisivo el cambio en el modo de producción, que sustentó el establecimiento de un sistema económico basado en la libertad de mercado. El liberalismo y el modo de vida burgués se expresan en una multiplicidad de aspectos, pero a los fines de este escrito interesa retomar el vinculado a la ciencia. La ciencia que coincide con el surgimiento de la perspectiva del control social es la que nació del positivismo comtiano, y que se convirtió en una de las herramientas fundamentales para la normalización social, para restituir a la norma moral a quienes se han desviado. El acento en la normalidad no aplica solo a las ciencias duras; las ciencias sociales también retoman estas ideas, y las sistematizan dando origen a la perspectiva del control social. De hecho, las ciencias sociales desarrollaron dos formas de entender el control social.

1. Como una fuerza exterior al individuo. Es la línea de Durkheim, que en *El suicidio* (2012) señala la necesidad de poner límite a las pasiones, para que estén en armonía con las facultades y puedan ser satisfechas. Sin

límite a las pasiones, estas no pueden satisfacerse. Dado que el individuo no está en condiciones de poner ese límite, el mismo debe provenir de una fuerza diferente y exterior al individuo, pero dotada de un poder de coerción en virtud del cual puede imponerse (Durkheim, 1982). Así como el organismo humano regula sus necesidades físicas, se necesita de un mecanismo que regule las necesidades morales. Esta fuerza exterior y supraindividual es lo que se denominó “control social”, y fue acuñada por primera vez en 1901, por el sociólogo americano Edward Ross (Huertas, 2009).

2. Como aparato de coerción y adhesión. Esta línea entiende la reproducción social como una compleja construcción que supone un aparato coercitivo o represor de diversa eficacia, pero que simultáneamente apela a una lógica de adhesión de las voluntades individuales, adhesión que es imprescindible para el funcionamiento armónico del todo social. La dimensión de la adhesión se relaciona con la libertad: un principio fundamental del gobierno liberal es la libertad de elección y de consumo.

En este marco, los estudios del control social enfocaron su análisis en figuras que no estaban contempladas en los estudios tradicionales, tanto de historia política como de historia económica y de historia social. Merced a la introducción de esta perspectiva, los individuos no

productivos (vagabundos, mendigos), los peligrosos o transgresores (criminales y prostitutas), los enfermos, las mujeres y los niños empezaron a ser objeto de estudios académicos (Huertas, 2009). Estas consideraciones se complementan con el aporte de Foucault, quien ubicó que la disciplina como modalidad de ejercicio del poder y del control social identifica la existencia de residuos, como aquellos sujetos que no se puede clasificar, distribuir, ordenar, asimilar, educar o reducir, tampoco vigilar. Por todo eso, son los elementos que pueden ser castigados, en tanto constituyen el margen del poder disciplinario, el punto de choque, de conflicto insalvable (Foucault, 2005). Figuras históricas de esta irreductibilidad son el desertor, el débil mental, el delincuente y el loco; este último como residuo irreductible paradigmático (Huertas, 2009). Sin embargo, como contrapartida de la constante identificación de residuos, se fabrican incesantemente nuevos sistemas disciplinarios en los cuales poder incorporarlos, reencauzarlos hacia la norma. Por eso Foucault dice que la disciplina detenta un doble carácter, anomizante y normalizador: genera incesantemente residuos de anormales, y con ello abona al desarrollo creciente de dispositivos en forma de instituciones encargadas de su reencauzamiento. En el contexto del modo de producción capitalista, estas instituciones son de carácter burgués, privado y orientadas a la obtención de una ganancia, generando con ello fuentes de lucro

asimismo crecientes. Esto último es lo que Foucault llama el lucro con las anomalías (Foucault, 2005).

Todo lo mencionado hasta aquí respecto de los modos de entender el control social, sin embargo, sufrirá un giro que hará imposible seguir considerándolo con las mismas coordenadas analíticas.

Foucault y Goffman. El giro del control social.

La década del '60 fue escenario de un fenómeno extremadamente infrecuente en las ciencias sociales. En 1961 se publicó *Historia de la Locura en la Época Clásica* (Foucault, 2003a); el mismo año que *Internados* (Goffman, 1998b) al otro lado del Atlántico. Esta consonancia se continúa en un corto período de tiempo, con la publicación de *Estigma* en 1963 (Goffman, 1998a), y *Vigilar y Castigar* en 1975 (Foucault, 2002d). El efecto de estas publicaciones en las ciencias sociales fue potentísimo y, en conjunto, estos escritos desestabilizaron todo lo que se venía sosteniendo desde la perspectiva del control social. Si bien no fueron publicados en este período, los seminarios dictados en 1973-4 (Foucault, 2005) y 1974-5 (Foucault 2001) completan este grupo de producciones.

Siguiendo a Huertas (2008) tanto los trabajos de Goffman como los de Foucault introducen aspectos

críticos y discursivos que hasta entonces eran impensables. Sus trabajos incorporan elementos de análisis novedosos tanto para la historiografía como para la sociología tradicional. La locura, el loco, y otras formas de enfermedad o desviación son analizados, ya no como venían siendo entendidos (es decir, como problemas que entorpecen la integración social armónica), sino como construcciones de saberes que expresan una relación de poder, y que justifican la creación de un espacio, el espacio asilar, en el que dicho poder se aplica. Desde entonces, el control social será considerado como instrumento al servicio de la consolidación del poder de las clases dominantes. Y ya no (como venía siendo entendido) como un límite necesario a las pasiones individuales que minan la armonía social.

Otro efecto de estas publicaciones es que la metáfora de la locura empezará a utilizarse en otros ámbitos y para hablar de otros sujetos históricos, que comparten con el loco el ser objeto de estrategias de coacción y poder en el corazón de la reproducción social.

Sin embargo, el efecto más relevante en el modo de entender e investigar el control social y su relación con la salud mental es que definen de un modo nuevo a lo normal, y su contrapuesto, lo anormal.

Aunque Foucault y de Goffman encabezan este giro en el modo de concebir el control social, lo cierto es que poco después que ellos, en 1966, quien analizó el concepto de normalidad fue Canguilhem. En su definición de lo normal, Canguilhem (1978) sostiene que lo normal está vinculado con la norma y con la estadística. En esa línea, identifica dos acepciones de lo normal. Una, normativa, que define lo normal como aquello regular, que es conforme a la regla. Esta es la acepción de “lo que debe ser”. Normal es lo que se adecua a la regla, lo que no se inclina ni a derecha ni a izquierda, y se mantiene en su justo medio. La otra acepción es estadística, y concibe a lo normal como el valor que aparece más veces en una distribución de casos. En la curva normal o campana de Gauss, la media (o el promedio) y la moda (lo que aparece más cantidad de veces en una distribución de casos) coinciden. Es decir que, en términos estadísticos, lo normal es lo que se da más veces, y también el valor promedio, lo que no es excepcional ni por exceso ni por defecto.

Para Canguilhem, las nociones de exceso y defecto, aplicadas a la distinción entre fenómenos normales y patológicos, suponen un modo cuantitativo de concebir las diferencias, dado que se hallan en referencia al valor que se presenta más veces en una distribución de casos. Pero lo normal detenta también una acepción

cualitativa, valorativa, que lo vincula con lo que es válido y deseable. Precisamente en la fusión de sentidos entre lo que es más frecuente, y lo que es considerado válido, residen las dificultades para reflexionar acerca de lo normal. El aporte de Canguilhem consiste en el señalamiento de la importancia de no reducir lo normal a su faceta cuantitativa, estadística y objetiva y, por el contrario, inscribirlo en una tensión permanente con su faceta cualitativa, valorativa, normativa. Además, para Canguilhem, este doble carácter, estadístico o tipológico, y valorativo, es el que confiere a lo normal la capacidad de expresar exigencias colectivas, lo que lleva a que el estudio de lo normal resulte de especial interés y relevancia para las ciencias sociales.

Adicionalmente, en el marco de la diferenciación entre normal y anormal, y por motivos que exceden los objetivos de este escrito, lo anormal se encuentra cursando aún un proceso de medicalización por el cual es asimilado a lo patológico (Foucault, 1996; Canguilhem, 1978). También en este caso, los sentidos sociales de lo anormal y de lo patológico se encuentran fusionados, a pesar de que no son totalmente equiparables.

Más allá de estas consideraciones puntuales, y como otro elemento que da la pauta de la relevancia de estas contribuciones para las investigaciones en ciencias

sociales, la separación entre normal y anormal participa de un proceso más amplio, ya que el liberalismo y la ciencia de matriz positivista que se gestaron convergentemente, se caracterizan por proceder por separación. Sea que se trate de la separación entre la esfera público-privado, entre géneros, entre etnias, o entre clases, entre tantas otras lógicas, el liberalismo y el positivismo avanzan por separación. Estas separaciones, permiten identificar problemas e inciden en el tipo de intervención a desplegar a fin de garantizar la armonía social. Así, la intervención puede apuntar a dirimir si un problema se afronta en términos de legalidad o ilegalidad, de responsabilidad o irresponsabilidad, de adultez o minoridad, de normalidad o patología, y dentro de esta, de cura o incurabilidad (Huertas, 2009).

Otros autores también han abordado esta lógica de separación. Rose (1999) se refiere a la separación entre público y privado, y dice que esta división es central para el pensamiento liberal, porque remite también a la diferencia entre el mercado y lo público como el reino de la libertad; y el hogar, lo privado, que debe ser regulado. Esta división amplia reconecta con las figuras históricas y actuales sobre las que se ejerce el control social de manera persistente, ya que el hogar estuvo históricamente habitado por mujeres, niños y niñas, ancianos, personas con alguna discapacidad o enfermedad, y “locos” (en sentido laxo).

Descombes sostiene que las culturas son diferentes entre sí porque cada una selecciona aquello que la constituirá, con sus correspondientes oposiciones. La *ratio* occidental, por ejemplo, se constituyó a partir de la oposición “entre el Oriente y el Occidente, entre sueño y realidad, entre lo trágico y lo dialéctico. Pero la gran oposición entre la razón y la sinrazón resume todas estas escisiones” (Descombes, 1988: 149).

Además, desde el pensamiento de Foucault, la historia de la locura es la historia del otro por excelencia, es aquello que para una cultura es a la vez, interior y extraño. La enfermedad, que se presenta como un fenómeno natural, con sus regularidades, sus semejanzas y sus tipos, es más que estas características; es expresión también de otra dimensión, la del desorden. Porque ese otro es un otro peligroso, cuya existencia misma hace peligrar todo lo que es normal (Foucault, 2002c).

Frente a esto, la medicina, junto al derecho y la teología, se erigen como los saberes de lo normal que están facultados para decidir qué es normal, y qué es patológico o anormal. La medicina en particular también está legitimada para introducirse en instituciones ajenas al hospital, al asilo o al manicomio. Y, en tanto hace aportes a la criminología y a la pedagogía, puede ingresar con sus técnicas y argumentos a la cárcel y a la escuela

(Huertas, 2009; Álvarez-Uría y Varela, 1991a; Rose, 1999). Todo esto configura a la medicina como uno de los saberes más criticados desde la perspectiva del control social. Otro saber que también ocupa un lugar de privilegio en los análisis críticos del control social es la psiquiatría, por su papel en la normalización y vigilancia de la población (Foucault, 2001, 2005).

Todas estas contribuciones pueden sistematizarse a fines analíticos, en torno a un concepto muy gravitante en la perspectiva del control social: el concepto de poder.

Saber, poder y verdad. Enlaces y tensiones.

Estas consideraciones acerca de la ciencia, los saberes, las lógicas de separación y la norma desde el control social, llevan a un reposicionamiento del énfasis en el análisis del poder, lo desustancializan, historizan y visibilizan lógicas que no siempre son tenidas en cuenta en otras perspectivas, con efectos restrictivos o invisibilizantes.

Desde Foucault, la noción de poder se caracteriza por no restringirse a una idea puramente represiva, destructiva, coercitiva del mismo. A su vez, enlaza el poder y el saber, como dos dimensiones densamente imbricadas entre sí (Álvarez-Uría y Varela, 1991). Este posicionamiento de Foucault es teórico, metodológico e

histórico. De hecho, recupera el trabajo de Canguilhem para subrayar que este último sitúa en el siglo XVIII el inicio de un proceso general de normalización social, política y técnica que tiene efectos en el ámbito de la educación (con las escuelas normales), en la medicina (con la organización hospitalaria) y en la producción industrial. Foucault agrega a esta serie el ejército. Además, Foucault rescata de la idea de norma en Canguilhem, que la norma trae aparejado a la vez un principio de calificación y de corrección. Este análisis es original, toda vez que a la norma (como al poder) suele pensársela ligada al rechazo, a la exclusión, a la prohibición y al impedimento, todas funciones negativas, represivas. Frente a esto, Canguilhem identifica funciones de calificación y corrección, más positivas, formativas, productivas, ya que calificar o corregir algo es darle una forma.

Con respecto a la imbricación entre saber y poder, Foucault también la fundamenta históricamente. En particular, dice “Me parece que es un error a la vez metodológico e histórico considerar que el poder es esencialmente un mecanismo negativo de represión” (Foucault, 2001: 57). Para Foucault no hay esencias ni sustancias, esto es una constante en sus análisis, y el poder es una noción que analiza de modo desustancializado. El siglo XVIII introduce la novedad de un poder

que, respecto al sistema social, no desempeña un papel de control y reproducción, sino al contrario, un papel positivo; un poder que no es represivo sino productivo; la represión no figura en él más que como un efecto lateral y secundario, con respecto a mecanismos que fabrican, mecanismos que crean, mecanismos que producen. Se trata de un poder que no es conservador sino inventivo, un poder que posee en sí mismo los principios de transformación e innovación. Así entendido, el poder también se vincula con el saber. Foucault destaca que el siglo XVIII también introdujo, con las disciplinas y la normalización, un tipo de poder que no está ligado al desconocimiento, sino que, al contrario, sólo puede funcionar gracias a la formación de un saber que es para él tanto un efecto como una condición de su ejercicio.

A su vez, el saber se relaciona con la verdad. En las sociedades contemporáneas, la verdad adquiere la forma del saber y el discurso científico, y de las instituciones que la producen. Está a su vez sometida a una constante incitación económica y política, es objeto de extendida difusión y consumo, y es reproducida por toda una serie de dispositivos, generando intensos debates y enfrentamientos (Álvarez-Uría y Varela, 1991). En tanto la verdad está ligada circularmente a los sistemas de poder que la producen y mantienen, interrogarse por las condiciones que hacen posible tomar por verdaderos (o no) ciertos enunciados

científicos, es interrogarse también por los efectos de poder que esa verdad induce y que la acompañan.

Así, el análisis crítico del saber se enfoca también a los efectos de poder del discurso. Esto supone un abordaje desubstancializador del poder, que se aleja de aquellas consideraciones que lo entienden como una cosa que se tiene, se toma o se pierde. Siguiendo a Foucault, el poder es entendido, antes bien, como el ejercicio estratégico de múltiples relaciones de fuerzas, que no actúan de modo meramente represivo y destructivo, sino que contribuyen a la conformación de subjetividades particulares. También supone considerar que entre el poder y el saber existe una fuerte imbricación, y admite anudar el poder a la idea de movilidad, de estados siempre cambiantes, locales y no generales, de circunscripción, como “pedestales móviles de las relaciones de fuerzas, los que sin cesar inducen por su desigualdad, estados de poder -pero siempre locales e inestables” (Foucault, 2002a: 113). Finalmente, implica resaltar la posibilidad de ubicar puntos de resistencia también múltiples y dinámicos, en todas partes dentro de la red de poder que se conforma estratégicamente en torno al objeto de interés investigativo. Estas consideraciones teórico-metodológicas de Foucault se prolongan en los modos de entender el control social.

Algunos descentramientos: de ciertos énfasis en la coerción, en una lectura de clase y en el encierro como estrategia única

Coerción y persuasión, protección y vigilancia, prevención e intervención, ambigüedad y no unidad de acciones, son expresión de los dos engranajes que, articulados en permanente tensión, actúan simultáneamente con vistas al control social (Murillo, 1996, 2002; Rose, 1999). El aporte del pensamiento de Foucault se vincula a que su noción de poder pone el foco en la necesidad de inscribir los aspectos represivos, coercitivos, de ejercicio de violencia directa del control social y normativos, en una tensión con otro polo caracterizado por la puesta en juego de modalidades persuasivas, sugestivas, moralizantes, de interiorización de hábitos y normas de salud y convivencia, en pos del control y la armonía social.

¿Por qué este énfasis en la persuasión? Persuasión y moral están vinculados. La moral no puede ser impuesta externamente, se sustenta en la persuasión. La internalización del imperativo moral (Murillo, 2008) sólo puede realizarse a través de la persuasión y el convencimiento para que se introyecte y se vuelva natural.

Con base en las premisas del racionalismo y el mercantilismo, la ascendente burguesía forjó el ideal de un tipo

de hombre ilustrado que reemplazó la moral tradicional por normas éticas acordes a las nuevas realidades. En este contexto liberal-burgués, se posicionan como ideales conceptos como el bienestar social, la seguridad, el orden y la ley. El orden social es entendido como un sustrato normativo que trasciende a los individuos y se les impone, y que surge de la confrontación entre la voluntad individual y el interés general (Huertas, 2008). De entre las herramientas que puso en juego la burguesía del siglo XIX para integrar a las clases populares y garantizar la armonía social, se destacan básicamente dos: la educación y la moralización. Era necesario racionalizar y disciplinar sus conductas, transformar su forma de vida de acuerdo al orden burgués (Huertas, 2009), definiendo pautas de normalidad y ejecutando estrategias de disciplinamiento (hacia individuos) y de regulación (hacia poblaciones) (Foucault, 2002a). En este marco, es importante retener que toda esta transmisión de valores y normas, desde la burguesía hacia los sectores populares, fue posible porque quien fue disciplinada exitosamente en primer lugar fue la propia burguesía. Foucault (2001, 2005) y Donzelot (1998) avanzaron en diferentes fundamentaciones históricas para esta dinámica. Es decir que se ejerce control social en todos los segmentos de la estructura social; en los sectores populares (donde exhibe su rostro más brutal) pero también en los sectores burgueses o medios. Y

estas dos dinámicas de coerción y persuasión, no son inversamente proporcionales entre sí (en una suerte de “a más represión, menos persuasión”, o viceversa) sino que actúan ambas simultáneamente, con diferentes objetivos según el objeto de control del que se trate.

Con estas premisas, otro aporte de Foucault reside en postular que libertad no se opone sino que complementa el control, en tanto permite manipular los deseos y opera por persuasión y no por coacción. En esta línea, la libertad y el encierro son dos caras de una misma forma de ejercer el poder, de lo que Foucault llama economía de poder (2002d). Los espacios cerrados (hospitales especializados, manicomios, prisiones) adquirieron en el liberalismo un valor formativo y terapéutico del que no estaban dotados con anterioridad (Foucault, 2003a). En el contexto de la economía liberal, el enfermo, el contraventor, el criminal y el loco se transforman en problemas sociales específicos: alteran el orden de la producción y circulación mercantil, afectando el equilibrio social. Por eso, la incorporación a los espacios cerrados tiene un componente punitivo, pero también terapéutico. Es lo que Murillo llama la ideología “re”: orientada a resocializar, reencauzar, reorientar, recuperar, rehabilitar, etc. (Murillo, 2002). De hecho, dos instituciones en las que se juegan la libertad y el encierro en el liberalismo son la cárcel y el manicomio. Así entendidos, la libertad y el

encierro son entendidos como conceptos relacionales, entramados en un conjunto de sentido, no considerados en términos aislados, y descentrados de la idea de conceptos cerrados, ahistóricos. En el liberalismo, la idea del contrato social se apoya en la libertad como un valor fundamental, y en ese marco se proclama la exclusión de toda forma de arbitrariedad. A la vez, el encierro como castigo se inscribe en la valoración de la libertad. De modo que en sociedades en las que la libertad no es un valor, el encierro no es un castigo. Inversamente, en sociedades en las que el vínculo anclado con la tierra de los ancestros era un valor fundamental, la movilidad o libertad de movimientos era asumida como desposesión. En ese marco, hacer circular libremente al loco no era un acto de valoración de la locura, sino un castigo. Foucault (2003a) introduce esta lógica al analizar la nave de los locos. La salud mental es un campo de fenómenos y problemas que hace visible ese entramado y su carácter sociohistórico y no natural, ni fijo.

Esto lleva a considerar que, más allá de las experiencias históricas y actuales centradas en el espacio cerrado como espacio de control y dominación, también existe control sin encierro; es decir, muchos espacios sociales abiertos y públicos también se constituyeron como ámbitos donde se ejercieron y ejercen estrategias normalizadoras (Huertas, 2008; Murillo, 2002).

Reflexiones a modo de cierre

En función de lo expuesto, y a los fines de considerar claves para las investigaciones en salud mental, se torna imperiosa la tarea de evitar una extrapolación simple y lineal de los análisis de Foucault y sus continuadores de la Europa del siglo XVIII y XIX, a la Argentina del siglo XXI. Antes bien, es imperioso sostener una perspectiva crítica y creativa, que marque las especificidades y límites que presentan la teoría y metodología en Foucault y más ampliamente, de las perspectivas del control social para efectuar el análisis de situaciones actuales, sin perder de vista la historicidad y la complejidad de la problemática bajo estudio. Estos esquemas son útiles en tanto sirvan para formular interrogantes, categorías de análisis e incluso de esquemas propios de investigadores y equipos de investigación.

A la vez, estas perspectivas, entramados conceptuales y herramientas metodológicas son necesarias para llevar adelante investigaciones que visibilicen a los residuos, que permitan mapear el complejo campo de la salud mental, y ofrezcan coordenadas que orienten en las cambiantes líneas de análisis, sosteniendo una dimensión social e histórica de estudios. En esto, el país y región tienen toda una tradición para aportar.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez-Uría, F. y Varela, J.** (1991a). *Espacios de Poder*. Madrid: La Piqueta. Pp. 85-121.
- Álvarez-Uría, F. y Varela, J.** (1991b). "Prólogo". En: Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (Eds.) *Saber y Verdad*. Madrid: La Piqueta. Pp. 7-29.
- Bianchi, E.** (2010). "La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al 'ADHD'". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Manizales*. Vol. 8, núm. 1, (enero-junio). Pp. 43-65.
- Bianchi, E.** (2014). "Biopolítica: Foucault y después. Contrapuntos entre algunos aportes, límites y perspectivas asociados a la biopolítica contemporánea". *Astrolabio Nueva Época*; vol. 1 p. 218-251.
- Bianchi, E.** (2016). "Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad?". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*; vol. 14 p. 417-430.

Bianchi, E. (2018). "Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad". *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 147-175. <https://dx.doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.11>

Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.

Caponi, S. (1998). "Lo normal como categoría sociológica". En Línea. Acceso el 25/01/2012. Disponible en: <<http://www.bu.edu/wcp/Papers/Soci/SociCapS.htm>>.

Castel, R. (1980). *El Orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta.

Chomsky, N. y Foucault, M. (2006). *La naturaleza humana: justicia versus poder*. Bs. As. Katz.

Dean, M. (1994). *Critical and Effective Histories. Foucault's Methods and Historical Sociology*. London and New York: Routledge.

Descombes, V. (1988). *Lo mismo y lo otro. Cuarenta y cinco años de filosofía francesa (1933-1978)*. Madrid: Cátedra.

Donzelot, J. (1998). *La policía de las familias*. España: Pre-Textos.

Dreyfuss, H. y Rabinow, P. (1982). *Michel Foucault: Beyond structuralism and Hermeneutics*. Chicago: The University of Chicago Press.

Durkheim, È. (1982). *Las reglas del método sociológico*. España: Hyspamérica.

Durkheim, È. (2012). *El suicidio*. España: Akal.

Foucault, M. (1991). "La política de la salud en el siglo XVIII". En: Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (Eds.) *Saber y Verdad*. Madrid: La Piqueta. Pp. 89-106.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Bs. As: Caronte Ensayos. Ed. Altamira.

Foucault, M. (2001). *Los Anormales*. Argentina: FCE.

Foucault, M. (2002a). *Historia de la sexualidad*. T. I. Argentina: Siglo XXI.

Foucault, M. (2002b). *La arqueología del saber*. Argentina: Siglo XXI.

Foucault, M. (2002c). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Argentina: Siglo XXI.

Foucault, M. (2002d). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Argentina: Siglo XXI.

Foucault, M. (2003a). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Tomo I. Argentina: FCE.

Foucault, M. (2003b). *Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Argentina: Siglo XXI.

Foucault, M. (2004). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. España: Pre-Textos.

Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Argentina: FCE.

García Ferrando, M., et al. (1996). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de la investigación*. Madrid: Ed. Alianza Universidad. 682 pág.

Goffman, E. (1998a). *Estigma. La identidad deteriorada*. Bs. As: Amorrortu.

Goffman, E. (1998b). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Bs. As: Amorrortu.

Hook, D. (2007). *Foucault, psychology and the analytics of power*. Hampshire. Palgrave Macmillan.

Huertas, R. (2008). *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el estado liberal*. España: CSIC-Octaedro.

Huertas, R. (2009). *Medicina social, control social y políticas del cuerpo. La subjetivación de la norma*. En: Miranda, M. y Girón Sierra, A. (coords.) *Cuerpo, Biopolítica y Control Social*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI. Pp. 19-42.

Kendall, G. y Wickham, G. (2003). *Using Foucault's methods*. London: Sage Publications.

Miranda, M. y Vallejo, G. (2005) *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Bs.

Tramas, problemas y nudos en las intervenciones del campo de las políticas de infancia.

María Malena Lenta

Lic. en Psicología (UBA)
Mgr. en Psicología Social
Comunitaria (UBA).
Facultad de Psicología, UBA.

malenalenta@gmail.com

María Pía Pawlowicz

Lic. en Psicología (UBA)
Mgr. en Salud y Ciencias Sociales
(FLACSO-CEDES).
Facultad de Psicología, UBA.

mariapiapawlowicz@hotmail.com

Brenda Riveros

Lic. en Psicología (UBA).
Facultad de Psicología, UBA.

bgriveros@gmail.com

Resumen

Desde el enfoque crítico de la psicología social comunitaria, este trabajo tiene como objetivo caracterizar las modalidades de intervención ante situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, que establecen los/as trabajadores/as del campo de las políticas de infancia en la CABA. Se trabajó desde un enfoque cualitativo en un diseño de estudio de casos múltiples, donde se analizaron 23 casos de vulneración de derechos relevados a partir de la realización de entrevistas semiestructuradas a 22 trabajadores/as, de 13 dispositivos pertenecientes al SPIDNNyA de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Entre los principales resultados se observó que en los relatos de los/as trabajadores/as se identifican problemas que involucran diversas formas de violencia y precarización, que constituyen complejas situaciones de vulneración de derechos. La posibilidad de diferenciar entre la conformación del problema de intervención, el alcance y los límites

del programa y la capacidad de acción de los/as trabajadores/as en el trabajo vivo en acto, habilita la historización de los procesos de precarización y vulnerabilización psicosocial, la comprensión de las dinámicas sociales de inclusión y exclusión social, y promueve procesos de exigibilidad de derechos a partir de la organización colectiva.

Palabras Claves: psicología social comunitaria - políticas sociales - infancia - derechos.

Abstract: From the critical approach of community social psychology, this work aims to characterize the modalities of intervention in situations of violation of the rights of children, girls and adolescents, established by workers in the field of childhood policies in Buenos Aires city. We worked based on a qualitative approach in a multi-case study design, where 23 cases of violation of rights were analyzed based on semi-structured interviews with 22 workers,

of 13 devices belonging to the SPIDNNyA of the Buenos Aires City. Among the main results, it was observed that in the stories of the workers, problems are identified that involve various forms of violence and precariousness, which constitute complex situations of violation of rights. The possibility of differentiating between the conformation of the intervention problem, the scope and limits of the program and the capacity of action of the workers in the live work in act, enables the historization of the processes of precariousness and psychosocial vulnerability, the understanding of the social dynamics of social inclusion and exclusion, and promotes collective organization processes for the exigibility of rights.

Key Words: community social psychology - social policies - childhood - rights.

Introducción

El abordaje de la vulnerabilidad en los sujetos infantiles en relación a los condicionamientos no solamente generacionales sino también de clase, de género y de etnia resulta un tema relevante para la psicología social comunitaria. Especialmente ha sido problematizado en relación a la persistencia del paradigma tutelar en las instituciones y políticas sociales dirigidas a la protección de derechos en la infancia, a pesar de la retórica de la protección integral de derechos instaurada desde normativas internacionales y locales basadas en la comprensión de niños, niñas y adolescentes como sujetos ciudadanos (Valdenegro, 2015; Negrón, 2015; Rozas, 2015; Giorgi, 2012; Lenta, 2016). La convivencia del discurso de la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes junto con las políticas internacionales neoliberales de ajuste fiscal producen tensiones, contradicciones y paradojas en la garantía efectiva de los derechos e instala diferentes modos de precariedad de la vida (Burman, 2013; Lenta, Pawlowicz y Moschella, 2016).

La precariedad, definida por Butler (2017) como una condición políticamente impuesta que, ante el quiebre de las redes sociales y económicas de apoyo, maximiza la vulnerabilidad y exposición de las poblaciones a

las diferentes formas de la violencia, frente a las cuales los instrumentos judiciales no ofrecen una suficiente protección o restitución, da cuenta de la condición en la que se encuentra gran parte de la población infantil en las sociedades estructuralmente desiguales (Olivares y Reyes-Espejo, 2015; Méndez Caro y Rojas Varas, 2017; Reyes-Espejo, Olivares, Berroeta y Winkler, 2015). La interrogación acerca de los procesos de exclusión social, de la expulsión de la ciudadanía, de la precarización de la vida y el sufrimiento, plantea la necesidad de resignificar las políticas del cuidado, desprivatizándolas y politizándolas en un campo democratizador y dignificador de las relaciones sociales y subjetivas para promover procesos de salud mental comunitaria (Zaldúa, 2011; Zaldúa, Lenta, Longo, Pawlowicz et al., 2016; Galende, 2017).

En este marco, desde el proyecto de investigación UBACyT “Salud Mental Comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado” dirigido por las Profs. Graciela Zaldúa y María Marcela Bottinelli, nos proponemos abordar el campo de las políticas de infancias, las situaciones de vulneración de derechos y las prácticas de cuidado desarrolladas desde diferentes equipos de trabajo en el marco del Sistema de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (SPIDNNyA)¹.

Para el enfoque crítico de la psicología social comunitaria las políticas sociales constituyen estrategias de gobierno de la desigualdad. En las sociedades estructuralmente desiguales, la “cuestión social” constituye un núcleo de problemas definidos por el Estado en tensión con los procesos sociales de exigibilidad de derechos desarrollados por diversos actores sociales que transforman sus necesidades en demandas socialmente viables de ser reclamadas para su garantía estatal (Zambrano y Bustamante Rivera, 2012; Rodríguez, 2012; Giorgi, 2012). En dicha tensión, las políticas sociales configuran sensibilidades, imágenes y deseos que definen las ideas nodales sobre el punto de vista hegemónico en el campo de la problemática en cuestión. Al mismo tiempo, moldean las experiencias cotidianas y demarcan un rol social que impacta en la subjetividad de los sujetos a los que están dirigidas. En su implementación en las diferentes instancias -el diseño de la política o su puesta en acto con las personas a las que se dirigen las políticas- los agentes estatales operan mediatizando dichas configuraciones (Zaldúa, Lenta y Leale, 2016).

En el campo de las infancias y adolescencias, el pasaje de las políticas de la minoridad -basadas en el paradigma tutelar que concebían a niños, niñas y adolescentes como objetos de intervención que debían ser protegidos del peligro moral y material de las “malas familias”-,

hacia las que se definen como de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes -que sitúan a niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y, por lo tanto, ciudadanos- (Barcala y Luciani Conde, 2015; Lenta y Di Iorio, 2016; Valdenegro, 2015), interpela la praxis de los equipos interdisciplinarios que intervienen de manera directa en el campo de las políticas sociales con niños, niñas y adolescentes en diferentes situaciones de vulnerabilidad psico-social: trabajo infantil, situación de calle, maltrato familiar, abusos sexuales, dificultades en los cuidados parentales, abandonos, entre otros (Gentile, 2017; Fernández, 2017; Cardozo y Michalewicz, 2017).

Como mediadores entre las políticas sociales y el acceso a derechos de niños, niñas y adolescentes, los/as trabajadores/as (agentes estatales) desarrollan diferentes intervenciones -en tanto conjunto de estrategias que buscan transformar un estado inicial de cosas (Leale, 2016)- en el terreno de los programas sociales o dispositivos que componen al SPIDNNyA. Y se encuentran inmersos en tensiones como la que acontece entre los procesos estructurales de vulneración de derechos y el alcance de las políticas de restitución o entre los contextos de precarización y las prácticas de cuidado y reconocimiento (Pawlowicz, Riveros, Lenta y Muñoz, 2018; Zaldúa, Lenta y Leale, 2016; Lenta, 2017). Éstas

configuran los alcances y límites de sus intervenciones respecto a la garantía de la restitución de derechos. En este marco surgen algunos interrogantes: ¿cómo delimitan los/as trabajadores/as del campo de las políticas de infancia aquellas situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes que constituyen los problemas a abordar en sus prácticas cotidianas? ¿Cuáles son sus principales estrategias? ¿Qué procesos de reproducción social y de resistencia acontecen?

Metodología

Desde el enfoque de la investigación social cualitativa y crítica, en este trabajo se propone abordar el problema de estudio partiendo de la reflexividad y el compromiso asumido con la realidad abordada. Pues se pone énfasis en el reconocimiento de los sentidos y significados en torno a la experiencia de la vida cotidiana que producen las personas participantes del estudio, en los espacios de encuentro entre investigadores/as e investigandos/as (Minayo, 2009). En este marco, se desarrolló una investigación de tipo exploratoria descriptiva, con un diseño de estudio de casos múltiples (Yin, 2009) cons-truidos con los/as propios/as participantes del estudio. El objetivo planteado fue caracterizar las modalidades de intervención ante situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, establecidas por

los/as trabajadores/as del campo de las políticas de infancia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se trabajó con una muestra de tipo intencional no probabilística pertinente al problema a estudiar que fue compuesta por 22 trabajadores/as, de 13 dispositivos que abordan problemáticas de infancias precarizadas en el marco del SPIDNNyA.

Como instrumentos de producción de datos, se implementaron entrevistas en profundidad individuales y colectivas (Chase, 2015) en las que se indagó sobre diferentes tópicos: caracterización de la infancia con derechos vulnerados, delimitación de las prácticas de restitución de derechos, obstáculos y fortalezas de las prácticas de restitución de derechos, sentidos y significados en torno a las normativas vigentes en el campo de las políticas de infancia y caracterización de casos típicos de vulneración de derechos. En este trabajo, se recortó especialmente este último tema.

Asimismo, se realizó un registro de observaciones de campo por parte de las investigadoras en el que se consignaron conversaciones informales e impresiones sobre las entrevistas realizadas.

En cuanto a los aspectos éticos de la investigación, se trabajó a partir de un enfoque de ética relacional y crítica (Dussel, 1998) que buscó comprender a las personas participantes de la investigación como sujetos/as con capacidad producir conocimientos. Asimismo, se implementó un consentimiento libre e informado.

A nivel sociodemográfico, la muestra estuvo conformada por una mayoría de mujeres (18 vs. 4 varones). En cuanto a su formación, once eran psicólogos/as, seis eran trabajadores/as sociales (más 1 estudiante de dicha carrera), y tres eran docentes. Los dispositivos en los que trabajaban dependen del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano (N=4), del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes ² (N=3), del Ministerio de Educación e Innovación (N=2), del Ministerio de Salud (N=2). Dos dispositivos corresponden a organizaciones no gubernamentales.

El análisis de datos combinó el análisis de contenido con el análisis crítico del discurso (Stecher, 2009). Los relatos se interpretaron de un modo transversal, lo que permitió, desde una lógica inter casos desde los siguientes ejes temáticos: 1. Delimitación del problema; 2. Caracterización de escenario de intervención; y, 3. Caracterización de las intervenciones.

Resultados

1. La delimitación del problema de intervención: la madeja enredada

Para abordar el análisis de las modalidades de intervención ante situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes consideramos necesario comenzar por la delimitación de aquellas situaciones que convocan a los dispositivos psicosociales del campo de las políticas de infancia. En sus relatos, los/as trabajadores/as reconstruyen casos de niños, niñas y adolescentes que atraviesan problemáticas diversas: explotación laboral y sexual, violencia de género, maltrato infantil, situación de calle, abuso sexual, consumo problemático de sustancias psicoactivas, deserción escolar, abandonos, negligencia por parte de los referentes adultos, entre otros. Tales problemáticas se presentan en contextos caracterizados por la precariedad de las condiciones de vida (Butler, 2017) y la violencia en sus múltiples dimensiones –sistémica, simbólica e intersubjetiva (Zizek, 2018). Son manifestaciones actuales de la cuestión social, problematizadas como situaciones de vulneración de derechos, ante las cuales el Estado responde a través de un conjunto de programas sociales creados para su abordaje, y que hacen parte del SPIDNNyA:

“Ella es de Bolivia. Vino porque allá vivía violencia de género fuerte, mal allá. (...) Ah, tiene mal de Chagas

ella también. (...) Tiene violencia de género de parte de su pareja nueva, padre de los chiquitos. Tienen una vivienda precaria. Viven en la villa arriba de un boliche que suena con música toda la noche. (...) Hay solo una cama cucheta y allí duermen los cuatros. Ella parece que duerme en la silla. (...) Bueno, interviene el Cesac y ve que la organización familiar es un lío, no tienen documentación, no van a la escuela” (psicóloga, programa de abordaje territorial, Min. Desarrollo Humano y Hábitat) “(...) el chiquito se había caído varias veces y la escuela denuncia, y la Defe nos lo manda por maltrato de la madre. Igual, más que maltrato, no sé. Yo diría negligencia. Es verdad que el chiquito, de 7 años que se llama Javier se lastimó. Tal vez está mal nutrido. Pero ¿cuánto es por la madre? Y ¿cuánto es por la vida complicada, el barrio, demás? Digo, por las condiciones de vida. Una cosa que sí había igualmente era una cuestión habitacional. Porque la familia vivía en situación de explotación laboral. Pegaban zapatos y vivían con la lata de poxiran³ en el medio de la casa” (trabajadora social, programa de abordaje territorial, Min. Des. Humano y Hábitat).

Las situaciones de vulnerabilidad social a las que se hace referencia no se reducen a la carencia de los recursos materiales, sino que además aluden a la fragilización del tejido relacional. Al respecto, las narrativas ponen

particularmente de manifiesto la crisis de las instituciones familiares, que se expresa en el debilitamiento del ámbito familiar como espacio de contención y sostén intergeneracional, y el modo en que ésta afecta las prácticas de cuidado de los más chicos. En el caso de las familias migrantes, estos procesos se conjugan con la problemática del desarraigo. Pero a la vez, lo relatos dan cuenta de la reproducción de la lógica patriarcal de relación entre los géneros (Longo, Lenta y Zaldúa, 2018), que ubica a las mujeres –ya sean madres, abuelas o hermanas- como las principales responsables del cuidado de niños, niñas y adolescentes en el ámbito doméstico: “Se me ocurre una chiquita Jenny, de 7 años, familia boliviana (...) Le costaba integrarse en la escuela. En general le cuesta, en realidad. No hablaba, casi. (...) La madre trabajaba todo el día, en la casa cosiendo, cosa muy común. La máquina en la casa con los chicos. Un lío. Sola ella con los chicos que eran Jenny y creo que tres más chiquitos. (...) Complicada para, encima, ocuparse de ella, Jenny, en estas cosas del nuevo lugar.” (operadora, centro cultural, OSC) “Pero él viene siempre tarde, se queda dormido. Muchas veces viene mal vestido, desabrigado, la cara que ni se la lavó. (...) Este chiquito necesita que alguien lo cuide un poco, lo mire, le dé cariño. Si nadie se preocupa de él. La mamá es medio jodida porque ni bola. Es una familia complicada me parece. No sé bien toda la historia familiar,

pero... al pobre Jony nadie lo quiere ahí. (...) No hay mucho otros de la familia que colaboren, no hay abuela o hermana” (estudiante de trabajo social, dispositivo de abordaje territorial, Min. Des. Humano y Hábitat).

Retomando el concepto propuesto por Carballada, las situaciones que reconstruyen las narrativas pueden ser definidas como problemáticas sociales complejas. Es decir, como aquellas que “*surgen en una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación*” (Carballada, 2008, p. 7). De la consideración de la complejidad de estas problemáticas, y su relación con lo estructural propio del sistema político económico, se desprende el interrogante acerca de los límites y las posibilidades de las intervenciones.

Para los/as trabajadores/as del campo de la infancia, que operan como intermediarios entre las políticas públicas y los sujetos infantiles, las situaciones de vulneración de derechos se presentan, en gran parte de los casos, como algo inabordable: “no sabemos por dónde empezar”, “no sabemos por qué hilo tirar”. Los problemas, más que en el orden de la complejidad, aparecen en una primera instancia, en las narrativas, interpretados como una *maraña* o un *enredo* de situaciones de

vulneración de derechos que se retroalimentan de manera negativa. Ante esa *maraña*, las herramientas de las políticas públicas aparecen como “insuficientes” o “impotentes”. Sin embargo, los relatos también dan cuenta de las posibilidades de los/as trabajadores para elaborar estrategias que promueven procesos subjetivantes y construir intervenciones orientadas a la promoción de ciudadanía infantil, en función de reconocer los alcances y límites del escenario de intervención de cada uno de los programas.

2. Alcances y límites del escenario de intervención: de tramas, nudos e hiatos

El conjunto de los programas de la CABA abordados en este estudio y que hacen parte del SPIDNNyA comparten el objetivo general de garantizar la restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes. No obstante, las características de los programas en cuanto al área, a la función y a la dependencia institucional resulta sumamente heterogénea lo que propicia no solo complementariedad entre las acciones de los dispositivos, sino también superposiciones, enfrentamientos y puntos ciegos ante las situaciones psicosociales complejas.

En cuanto al área de acción, algunos de los programas se encuentran en el sector Salud, otros en Educación y una gran parte de ellos, en el área de Desarrollo Social.

Mientras que las primeras dos áreas cuentan con una estructura jerárquica, administrativa e institucional compleja de larga data y con reconocimiento social significativo, el conjunto de programas del área de Desarrollo Social presenta una historicidad más reciente, vinculada en su mayoría al surgimiento específico del SPIDNNyA, pero con una jerarquía institucional precaria y en donde prima la informalidad laboral, lo cual hace parte del registro de invisibilización o escaso reconocimiento social del sector. En esta área además se encuentran también la mayoría de los programas que funcionan con la modalidad conveniada con el sector de las organizaciones no gubernamentales, lo cual privatiza, precariza e invisibiliza aún más el alcance de las prácticas restitutivas de derechos.

Finalmente, también se distinguen aquellos programas que trabajan en territorio y/o con la asistencia directa de los niños, niñas y adolescentes, de los programas denominados de exigibilidad de derechos, dependientes en su mayoría del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes cuya función es la de reclamar al Estado el cumplimiento de las políticas sociales necesarias para la garantía de derechos. Sin embargo, esto no tiene un correlato necesario en cuanto a las demandas de los/as usuarios/as que esperan de ellos asistencia similar.

En este entramado de programas, lejos de organizarse un tejido para sostener al conjunto de las situaciones que ingresan al sistema parecen suscitarse nudos e hiatos. Los *nudos* refieren a los casos o situaciones en las que convergen de manera contradictoria y hasta iatrogénica las intervenciones de los diferentes programas:

“Se había derivado a los dos lados, a Centro Comunitario y a Centro de Salud Mental. Entonces era una locura también. ¿Por qué tiene que ir a dos espacios? La Defensoría quizás proponía que siguiera con Centro Comunitario porque entendía que ella era violenta eh... víctima de violencia. Y nosotras por ahí planteábamos que quizás probar con otro espacio, y probar con Centro Uno porque también estaba yendo ahí” (trabajadora social, programa centralizado, CDNNYA).

“Y logra la presentación de este problema, esta denuncia, entra la justicia y después accede a través de nosotros para este tratamiento que se resolvió lentamente, pero ahora... Nos llevó más de un año, o sea una resolución demasiado lenta y con bastantes obstáculos y intervenciones erróneas o como múltiple intervención... como que la persona tiene que girar mucho, por eso yo creo que no se resuelven situaciones o el acceso es una mierda” (psicóloga, centro de salud, Min. de Salud).

La participación de múltiples organismos interviniendo, pero en forma fragmentada, da cuenta de las dificultades para aunar criterios y establecer estrategias de intervención intersectoriales de forma articulada. De este modo, se pone en cuestionamiento la eficacia de los programas sociales del campo de la infancia, y el funcionamiento de la arquitectura institucional como un verdadero sistema articulado (Michalewicz y Varela, 2013).

Los *hiatos* aluden a los casos o situaciones que parecen “no encajar” en los alcances de ninguno de los programas por considerarse, paradójicamente, muy complejos: “Se trabajó muchísimo, digamos, el acercarse a la familia nuevamente. El evaluar procesos en comunidad terapéutica. Incluso ya hace un tiempito te contaba de estos pibes que aceptan voluntariamente una internación involuntaria. Él es uno de ellos, que el hospital lo expulsa al otro día, diciéndole que tenía el alta él. Con 14 años.” (psicólogo, centro de día y de noche, Min. Des. Humano y Hábitat).

“Bueno, y a partir de eso, ante la ausencia de algún dispositivo que pueda albergar decimos: bueno, convocar a la mamá, trabajar. La mamá en un momento se había como distanciado. En ese momento se presentó en una reunión que tuvimos con la Defensoría y el hospital, la gente del hospital. Y armamos como un acta

de acuerdo, de diferentes acuerdos. Donde Cecilia [la niña] iba a volver a la casa pero con un tratamiento tanto de la mamá como de Cecilia. Esto, el Consejo se entera de este acuerdo y al día siguiente decide otra medida que es derivarla a Cecilia a un hogar. Ahí aparece el recurso rápidamente” (trabajadora social, programa educativo, Min. de Educación).

Barcala (2015) define como “deriva institucional” a aquellos casos que a pesar de encontrarse bajo el dominio de diferentes programas del SPIDNNyA, todos afirman que su configuración compleja no puede ser abordada por el alcance de ninguno de los dispositivos. Lejos de integrar las prácticas fortalecidas por el trabajo intersectorial, se derivan unos a otros el caso, produciendo nuevas vulneraciones de derechos. Se suele mencionar ese movimiento como el “rebote” que metaforiza el devenir de las personas por los diferentes dispositivos sin poder encontrar un anclaje o sostén.

Al respecto, no sólo entran en juego las diferentes ubicaciones y alcances de los programas, sino que los enfoques epistemológicos de los equipos habilitan y/o limitan un conjunto de prácticas para el trabajo con los casos. Las disputas por los distintos modos de interpretar y abordar dichas situaciones, expresan la vigencia de una tensión entre lógicas tutelares, patologizantes

y estigmatizantes y lógicas de protección de derechos que requieren incluir diferentes planos de análisis en la comprensión de las situaciones para delimitar acciones eficaces: “Es un caso complejo porque te llega por el derecho de vivir sin maltrato ni violencia. Pero yo no vi que tanto sea por parte de los padres o de la madre, como más acusaban. (...) veo un derecho vulnerado más grande, de fondo, vulnerado por el estado que es el tema de la vivienda y que es el tema de la falta de trabajo digno. Porque esa familia vivía toda trabajando ahí donde era el taller clandestino y muchas de las cosas, descomposturas, dolores, tenía que ver con el pegamento” (trabajadora social, programa de abordaje territorial, Min. Des. Humano y Hábitat).

“Y como en las barriadas también hay un montón de situaciones que hoy uno no lo lee como situación de calle. Porque no es el paradigma que prima en la lectura de infancias. (...) acá no hay nadie que lea situación de calle. (...) Como el único programa que está destinado es el BAP. Que entrega comida, o frazadas. (...) Pero no hay un acompañamiento en un hacia dónde. En seguir con algún proyecto vital de esa persona. Si no es una medida más como asistencialista” (psicóloga, programa educativo, Min. de Educación).

Como surge de las narrativas, deslindar los diferentes planos micro y macro social de la vulneración de derechos permite incorporar niveles de análisis que superen lecturas familiaristas reduccionistas y que historicen los procesos de vulneración de derechos. Al mismo tiempo, incorporar una mirada que interpele el análisis moralista, clasista y adultocéntrico al dar lugar la voz de los sujetos protagonistas favorece pensar en las contradicciones presentes en las decisiones de las personas que hacen parte de las situaciones abordadas. Finalmente, la inclusión de la dimensión sociohistórica no solo tiene implicancias en el análisis genealógico de las situaciones sino en la dinámica, es decir, en su porvenir. En este marco, reconocer las características, los alcances y los límites de cada uno de los dispositivos que hacen al SPIDNNyA permitiría avanzar en rearmar su trama al abordar los nudos e hiatos que inciden en la eficacia de las intervenciones que se proponen restituir derechos.

3. La intervención como dispositivo de subjetivación: hacer de la maraña un tejido

Entonces, dada la complejidad de las situaciones descriptas, de la diversidad de áreas y niveles de respuestas político-institucionales, y de las particulares formas en que los/as trabajadores/as comprenden y explican las problemáticas, ¿cuáles son las estrategias que encuentran para intervenir y transformar, aunque sea

parcialmente, aspectos de las historias de los/as niños, niñas y adolescentes con los/as que trabajan?

Por un lado, en relación al objetivo general de restituir de derechos, la consideración de lo ideal, lo real y lo posible en el trabajo atraviesa las narrativas de formas diversas. Mientras que algunos/as trabajadores/as, ante la magnitud y la cristalización de los problemas estructurales de la pobreza y la exclusión, expresan sentimientos de impotencia y la sensación de “no estoy haciendo nada”, otro/as se plantean intervenciones más puntuales y progresivas. “Hacer lo que se pueda”, gradualmente, con objetivos acotados y realistas pareciera ser una modalidad de intervención, especialmente entre quienes trabajan con niños y niñas en situación de calle, para comenzar a abordar algo de esa maraña que representan las problemáticas psicosociales complejas.

“Y ahora tenemos una reunión después de vos y vamos a tener toda la gente acá que va a decir: `bueno: y ahora María tiene un novio violento, un noviazgo violento... `Sí, todo eso que dicen es cierto. Pero eso también es lo que la está cuidando hasta este momento y lo que le está posibilitando estar acá a dos cuerdas, venir al espacio educativo...” (psicóloga, programa educativo, Min. de Educación).

Por otro lado, en estas modalidades de trabajo la confianza y la construcción del vínculo aparece como el primer punto de un tejido sobre el que luego se irán montando otros para elaborar la trama de sostén. Este punto se produce a partir de un encuentro que se va estableciendo poco a poco, con acercamientos paulatinos, atendiendo a las posiciones singulares, a los intereses, a los escenarios y trayectorias de estos niños y niñas. Las herramientas que permiten “ir tejiendo” intervenciones orientadas en este sentido, son aquellas tecnologías que Merhy (2016) llama blandas: las que habilitan la creación intersubjetiva de momentos de escucha, acogida, complicidad, acompañamiento y la construcción de referencia. La disposición de los/as trabajadores/as para generar estrategias de abordaje en este sentido, a través de su trabajo vivo en acto, resulta fundamental. Porque se orienta a aquello que los sujetos concretos pueden y/o necesitan: “Con este tipo de casos, lo que se hace es empezar a generar la referencia, a crearla. En el sentido de: `Bueno, venís y ¿entrás solamente a bañarte y a comer? Bueno, bárbaro. Si eso es lo que vos podés hacer, bueno. Vení, entrá, bañate y comé ´ Y así de a poquito hasta convencerlo `¿Y hoy por qué no pasas la noche? ´ ¿Y hoy por qué no te quedás durante el día? ´ `Y mirá, vamos a hacer tal taller. ¿No querés quedarte? ´ Y así se lo va invitando de a poquito, a poquito, a poquito. Hasta que se puede empezar a abrir más el tema del

consumo” (psicóloga, centro de día y de noche, Min. Des. Humano y Hábitat).

“Medio por casualidad un día yo estaba justo sola y me le acerqué con un cuento de ilustraciones. (...) Empezamos a ver un cuento. Pasar las hojas. Y yo empecé a nombrar cosas como sol y las señalaba: árbol, nena, pelota, pez... y ella empezó también a hablar y señalar y nombrar. Así fuimos de a poco, en distintos encuentros que ella venía a que se sumara al taller de lectura con los más chiquitos, que tuviera iniciativa de preguntar, animarse a hablar. No es que era muda o tenía un problema como retraso. Creo que no se acostumbraba al ritmo y a las formas de comunicarse. Como que necesitaba ir de a poco, seguir un tiempo acompañada para agarrar confianza. Y ¿quién la acompañaba en eso? Nadie. En la escuela era un lío. La pobre madre no daba a basto. Muy puntual lo que necesitaba. Esa cosa de estar ahí, esperar, darle tiempo. Escuchar, aunque sea un silencio. Es construir con el otro. Con el niño” (operadora, centro cultural, OSC).

A su vez, en las narrativas propuestas se destaca la importancia que conlleva la consideración de la dimensión temporal en el desarrollo de las intervenciones. Tal como se advierte, éstas se ordenan por el reconocimiento de los tiempos y posibilidades de cada niño/a

en particular. Es decir, el tiempo de la intervención se va definiendo en el aquí y ahora, en función de lo que se construye en el encuentro entre el/la niño/a y el/la trabajador/a. Pero además, queda abierto a replanteos y cambios de estrategias en cualquier momento, dado que se trata de situaciones dinámicas que requieren de una perspectiva atenta al proceso: “un posicionamiento que intentas no culpabilizar a los sujetos. Que intentas trabajar con mucho cuidado, respetando mucho los tiempos. O la mirada en el proceso. Como tener ciertos ejes que... que quizás no te lleven a repetir mecánicamente ciertas recetas ya preestablecidas de cómo intervenir en niñez y adolescencia” (trabajadora social, programa centralizado, CDNNyA).

También se advierte que este tipo de intervenciones implican una forma particular de “poner el cuerpo”: “Con los chicos sí se ve que hay valoración. El abrazo, el cariño, te saludan cuando están afuera o todo eso es que se valora lo que hacés. Yo le doy mucha importancia. `Si no hay amor, que no haya nada entonces ¿dice la canción del Indio. Si no se arma el cariño ahí, es difícil trabajar con los chicos” (estudiante de trabajo social, dispositivo territorial, Min. Des. Humano y Hábitat).

Estar ahí, sostener con la mirada, encontrar la palabra justa, escuchar lo propio de cada quién: son alusiones

reiteradas que se muestran como valiosos hilos fundantes, como condiciones para entramar un vínculo de reconocimiento del/la otro/a como sujeto con capacidad de agencia. En definitiva, lo que producen las prácticas de los/as trabajadores/as hasta aquí analizadas, como resultado del trabajo inmaterial que realizan, es cuidado. Son intervenciones que operan como dispositivos de subjetivación, que se constituyen en soportes generacionales a partir de otorgar a los/as niños/as un espacio en la trama social, para propiciar su individuación y constituirlos como sujetos deseantes, con la capacidad autónoma de pensar-se, de historizar-se y proyectarse en el devenir del mundo (Lenta, 2018).

Sin embargo, tal como hemos observado en otros estudios (Pawlowicz, Riveros, Lenta, Muñoz, 2018), la precarización de las condiciones de trabajo y la deslocalización del tiempo y el espacio en los dispositivos psicosociales del campo de las políticas de infancia pueden operar en un sentido contrario, produciendo un efecto de captura del trabajo vivo que obstaculiza el desarrollo de este tipo de intervenciones: “Por ejemplo, después de acompañar a un chico a hacerse un estudio, fuimos a McDonald’s a comer. Y estuvo buenísimo. Y fue contra parte de la intervención y de afianzar la relación y hablar muchas cosas. Pero claro, lo pagué yo. Pagué el almuerzo. Nunca van a devolverme eso” (trabajadora

social, programa de abordaje territorial, Min. Des. Humano y Hábitat).

De allí se desprende que la construcción de confianza y de vínculos de referencia entre los/as trabajadores/as y los/as niños/as, no está lo suficientemente reconocida y valorada en los niveles centrales de gestión de las políticas sociales, como técnica específica para la garantía del acceso a las ciudadanías infantiles. Este es uno de los modos en los que se expresa la tensión entre las nociones abstractas de infancia que aparecen en los textos de las normativas, en las políticas y en los ideales sociales, y los modos concretos de ser niño, niña o adolescente con los que se encuentran los/as trabajadores/as en el territorio (Pawlowicz, Riveros, Lenta, Muñoz, 2018). En este contexto, las modalidades de intervención soportadas en una reflexividad crítica y los procesos de organización colectiva, constituyen una forma de resistencia ante la persistencia de lógicas serializantes y tutelares, y promueven prácticas de exigibilidad de derechos.

Conclusiones y Aperturas

Las situaciones que los/as trabajadores/as del campo de las políticas de infancia abordan en sus prácticas cotidianas se presentan como problemáticas psicosociales complejas de vulneración de derechos que nos

interrogan acerca de los límites y las posibilidades de sus intervenciones. Cuando la interpretación de estas situaciones se reduce a “lo complicado”, en detrimento del reconocimiento de la complejidad, remite a la imagen de una maraña, una madeja enredada, con una densidad variable que presenta nudos e hiatos, en tanto obstáculos de diferente orden o falta de recursos para la garantía de derechos. Ante estas marañas, las herramientas de las políticas sociales y las intervenciones que los/as trabajadores/as pueden construir aparecen como “insuficientes” o “impotentes”.

En cambio, la posibilidad de distinguir las posiciones epistemológicas en disputa y dimensionar el escenario de intervención desde la identificación de las diferentes configuraciones y alcances de los programas, permite a los/as trabajadores/as advertir el modo en que se conjugan lo estructural, lo singular, lo genealógico y lo dinámico en cada una de las situaciones abordadas. Este movimiento amplía la perspectiva desde la que se delimitan los problemas y habilita la producción de interpretaciones que se alejan de miradas reduccionistas moralistas, familiaristas, adultocéntricas y clasista, y permiten configurar el campo de intervención.

En función del reconocimiento de los alcances y límites del escenario de intervención y de la delimitación de

aquello que es del orden de “lo posible” en cuanto a la acción, los/as trabajadores/as pueden elaborar estrategias que promueven procesos subjetivantes y se orientan hacia la promoción de ciudadanías infantiles. Para ello, se apoyan en la construcción de confianza y de vínculos de referencia con los sujetos infantiles a través del despliegue de tecnologías blandas que, sin embargo, no están lo suficientemente reconocidas como técnicas. La problematización de los procesos de precarización psicosocial de los sujetos infantiles y de los dispositivos existentes para su abordaje, habilita la posibilidad de repensar las intervenciones que desde ellos se realizan y favorece incidir en la reorganización de la trama de estrategias que se desarrollan en las prácticas de restitución de derechos. Al mismo tiempo permite visibilizar las dinámicas estructurales de precarización de la vida que configuran las situaciones con las que se trabaja y favorece la promoción de procesos de exigibilidad de derechos a partir de la organización colectiva.

Referencias Bibliográficas

Barcala, A. (2015). La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad de niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psicosocial. En Barcala, A. y Luciani Conde, L. (comps.) *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas* (pp.75-106). Bs. As.: Teseo.

Barcala, A. y Luciani Conde, L. (comps.) (2015), *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Bs. As.: Teseo.

Burman, E. (2013). Entre dos deudas: niño y desarrollo (inter)nacional. En *Teoría y crítica de la psicología* 3, pp. 3-19.

Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Bs. As.: Paidós.

Carballeda, A. (2008). La intervención en lo social, las problemáticas sociales complejas y las políticas públicas. En *Margen* 48; p. 1-13.

Cardozo, G. y Michalewicz, A. (2017). El paradigma de la Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes: en la búsqueda de la plena implementación. En *Derecho de Familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia* 82, pp.23-30.

Chase, S. (2015). "Investigación narrativa". En Denzin, T. y Lincoln I. (Comps.). *Manual de investigación cualitativa. Volumen IV. Métodos de recolección y análisis de datos* (pp. 58-112). Bs. As.: Gedisa.

Dussel, E. (1998). *Ética de la liberación. En La Edad de la globalización y la exclusión*. Madrid: Trotta-UAMI-UNAM.

Fernández, S. (2017). Acceso a derechos sociales. Legitimaciones colectivas. En *Derecho de Familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia* 82, pp. 5-22.

Galende, E. (2017). Editorial. En *Salud Mental y Comunidad* 4 (4), pp. 8-16.

Gentile, F. (2017). Biografías callejeras. Cursos de vida de jóvenes en condiciones de desigualdad. Buenos Aires: Grupo editor universitario.

Giorgi, V. (2012). “Entre el control tutelar y la ciudadanía: aportes de la psicología comunitaria a las políticas de infancia”. En Alfaro, J., Sánchez, A. Zambrano, A. (Comps.) *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Reflexiones y Experiencias* (pp.201-226). Bs. As.: Paidós.

Lenta, M. M. (2016). *Niños, niñas y adolescentes en situación de calle: discursos sobre la infancia y procesos de subjetivación*. Bs. As.: Eudeba.

Lenta, M. M. (2018). Niños, niñas y adolescentes. Entre la retórica de derechos y la realidad de la exclusión. En M. M. Lenta, M. P. Pawlowicz, B. Riveros y G. Zaldúa (2018) *Dispositivos instituyentes en infancias y derechos* (pp. 23-44). Bs. As.: Teseo.

Lenta, M. M., Pawlowicz, M. P. y Moschella, R. (2016). “Condicionamientos sociales y de género en adolescentes escolarizados desde la perspectiva de la Psicología Crítica”. En Zaldúa, G. (Comp.) *Intervenciones en psicología social comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales* (pp. 183-206). Bs. As.: Teseo.

Lenta, M. y Di Iorio, J. (2016). Psicología e infancia: hacia intervenciones en la interfase subjetivo-social, en *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* (50) 1, pp. 96-105.

Lenta, M. M. (2017). Políticas sociales con chicas y chicos en situación de calle: discursos, nudos críticos y desafíos en las prácticas. En *Derecho de Familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia* 82, pp.81-92.

Longo, R., Lenta, M. M. y Zaldúa, G. (2018). “Dispositivos de prevención y asistencia frente a las violencias de género”. En Zaldúa, G., Longo, R., Lenta, M. M. y Bottinelli, M.M. *Dispositivos instituyentes sobre géneros y violencias* (pp. 41-49). Bs. As.: Teseo.

Méndez Caro, L. y Rojas Varas, P. (2017). Principios orientadores en la intervención psicosocial y comunitaria centrada en infancia, interculturalidad y Buen Vivir. En *Polis* (14), pp.123-142.

Merhy, E. (2016). La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud: una discusión del modelo asistencial y de la intervención en su modo de trabajar la asistencia. En T. B. Franco y E, Merhy (comps.) *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud* (pp. 61-84). Bs. As.: Lugar.

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

Minayo, M. C. S., Ferreira, S. y Gomes, R. (2012). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Bs. As.: Lugar.

Negrón, T. (2015). "Síntesis". En AA.VV. *Infancia e intervención comunitaria experiencias y aprendizajes desde el sur. Dossier N°3*. (pp.59-63). Santiago de Chile: Universidad de Chile.

Olivares, B. y Reyes-Espejo, M. I. (2016). Evaluación de un programa social en infancia desde los principios de la Psicología Comunitaria. En *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 431-444.

Pawlowicz, M.P; Riveros, B.; Lenta, M. M. y Muñoz, I.F. (2018). "Nudos críticos ante la precarización de las políticas de infancias y desafíos de los dispositivos". En Lenta, M. M., Pawlowicz, M. P., Riveros, B. y Zaldúa, G. *Dispositivos instituyentes en infancias y derechos* (pp. 45-71). Bs. As.: Teseo.

Reyes-Espejo, M. I., Olivares, B., Berroeta, H. y Winkler, M. (2015). Del discurso a las prácticas: Políticas sociales y psicología comunitaria en Chile. En *Polis* [En línea], 42. Consultado el 30 abril 2019. URL: <http://journals.openedition.org/polis/11413>

Rodríguez, A. (2012). "Aportes de la Psicología Comunitaria al campo de las políticas públicas sociales: el caso del Uruguay". En Alfaro, J., Sánchez, A. Zambrano, A. (Comps.) *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Reflexiones y Experiencias* (pp.111-146). Bs. As.: Paidós.

Rodríguez, A. (2012). "Aportes de la Psicología Comunitaria al campo de las políticas sociales: un análisis del caso Uruguay". En Alfaro, J., Sánchez, A. Zambrano, A. (Comps.) *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Reflexiones y Experiencias* (pp.111-146). Bs. As.: Paidós.

Rozas, G. (2015). "Presentación". En AA.VV. *Infancia e intervención comunitaria experiencias y aprendizajes desde el sur. Dossier N°3*. (pp.3-7). Santiago de Chile: Universidad de Chile.

Souza Minayo, M. C. (2009) *La artesanía en la investigación cualitativa*. Colección Salud Colectiva. Bs. As.: Lugar.

Stecher, A. (2009). El análisis crítico del discurso como herramienta de investigación psicosocial del mundo del trabajo: discusiones desde América Latina. En *Revista Javeriana* 9 (1), pp. 93-107.

Valdenegro, B. (2015). Delincuencia, infancia y alteridad: una propuesta de inteligibilidad. En *Universitas Psychologica*, 14(4), 1473-1484.

Wiesenfeld, E. (2016). Trascendiendo confines disciplinares: continuidad, psicología comunitaria crítica y psicología social comunitaria, al revés. *Interamerican Journal of Psychology* 50(1), pp. 4-13.

Yin, R. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. Londres, UK: Sage.

Zaldúa, G. (2011). Debates sobre el ethos del cuidado y las cuestiones de género, en Zaldúa, G. (Comp.) *Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva*. Bs. As.: Eudeba.

Zaldúa, G. Lenta, M. M. y Leale, H. (2016). “Trabajar con niños y niñas excluidos: del sufrimiento abyecto a la potencia de lo colectivo”. En Navarra, J. y Barnes, F. (Comps.). *Escritos entre Pares. Simposio TAS 2016* (pp.69-75). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Zaldúa, G.; Lenta, M.; Longo, R.; Pawlowicz, M.; Tisera, A.; Bottinelli, M. y Sopransi, B. (2016). Dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA: dimensiones del cuidado y exigibilidad del derecho a la salud. En *VIII Congreso Internacional de Prácticas Profesionales e Investigación en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación en Psicología y XII Encuentro de Investigación en Psicología del MERCOSUR*, pp. 223-229.

Zambrano, A. y Bustamante Rivera, G. (2012). “La política social en el espacio local ¿puede aportar al desarrollo comunitario? Un análisis de la política en la región de la Araucanía, Chile”. En Alfaro, J., Sánchez, A. Zambrano, A. (Comps.) *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Reflexiones y Experiencias* (pp.333-358). Bs. As.: Paidós.

Zizek, S. (2018). *Sobre la Violencia. Seis reflexiones marginales*. Barcelona: Austral.

Notas

¹ Sistema político institucional estructurado a partir de la sanción de la Ley Nacional N°26061. Está conformado por todos los organismos encargados de diseñar, planificar, ejecutar y supervisar las políticas públicas; destinados a la promoción y protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

² Organismo especializado creado en el ámbito de la CABA a partir de la Ley N°114 de Protección integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Tiene a su cargo la promoción y protección de los derechos de la población infanto-juvenil en esa jurisdicción.

³ Nombre de una marca se utiliza en nuestro contexto para referirse genéricamente al conjunto de solventes/ pegamentos que inhalan algunas personas usuarias de sustancias.



Autismo, normalidad, mediación escolar: posibles encuentros entre salud y educación.

**Renata Domingues Gonçalves
Caveari de Sousa**
Psicóloga, Mestrado em Ensino,
PPGEEn/UFF
Centro Universitário Redentor

recaveari@hotmail.com

Maria Goretti Andrade Rodrigues
Psicóloga, Doutorado em Saúde Pública,
ENSP/FIOCRUZ
Universidade Federal Fluminense

mariagoretti@id.uffbr

Paulo Duarte Carvalho Amarante
Psiquiatra, Doutorado em Saúde
Pública, ENSP/FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

pauloamarante@gmail.com

Resumen

Este artículo versa sobre la experiencia de la psicología en el encuentro con las cuestiones del niño con autismo en la enseñanza regular en Brasil y las posibilidades que se abren con la salida del especialista del *setting* clínico y su ida al territorio de la escuela. Se tratan consideraciones sobre normalidad a través de un diálogo entre Bacamarte, personaje de Machado de Assis, y Canguilhem, para la contextualización de los puentes posibles entre autismo y mediación escolar. La mediación escolar se asemeja a un dispositivo de considerable relevancia conocido como acompañamiento terapéutico que surge en el interior del Movimiento de la Reforma Psiquiátrica, en la perspectiva de permitir una nueva relación con la persona en sufrimiento psíquico, que hasta entonces se planteaba con un sesgo de aislamiento y segregación. A través de la metodología de la cartografía de los procesos de apoyo matricial del psicólogo, los caminos de la psicología, salud y educación se atraviesan en la producción de un cuidado compartido con el sujeto.

Palabras clave: Autismo - Mediación Escolar - Cartografía - Psicología - Apoyo Matricial.

Abstract: This article discusses the experience of psychology in the encounter with the issues of children with autism in regular education in Brazil and the possibilities that open up with the specialist's departure from the clinical setting and his going to school territory. Considerations about normality are drawn through a dialogue between Bacamarte, a character from Machado de Assis, and Canguilhem, to contextualize the possible bridges between autism and school mediation. School mediation resembles a device of considerable relevance known as therapeutic accompaniment that emerges within the Psychiatric Reform Movement, in the perspective of allowing a new relationship with the person in psychic suffering, which until then was based on the bias of isolation and segregation. Through the methodology of the cartography of the processes of matrix support of the

psychologist as supporter, the paths of the psychology, health and education are crossed in the production of a shared care with the subject.

Keywords: Autism - School Mediation - Cartography - Psychology - Matrix Support.

Resumo: Esse artigo versa sobre a experiência da psicologia no encontro com as questões da criança com autismo no ensino regular no Brasil e as possibilidades que se abrem com a saída do especialista do setting clínico e sua ida ao território da escola. São traçadas considerações sobre normalidade através de um diálogo entre Bacamarte, personagem de Machado de Assis, e Canguilhem, para a contextualização das pontes possíveis entre mediação escolar e autismo. A mediação escolar se assemelha a um dispositivo de considerável relevância conhecido como acompanhamento terapêutico que surge no interior do Movimento da Reforma Psiquiátrica, na perspectiva

de permitir uma nova relação com a pessoa em sofrimento psíquico, que até então se pautava no viés do isolamento e segregação. Através da metodologia da cartografia dos processos de matriciamento do psicólogo enquanto apoiador, os caminhos da psicologia, saúde e educação se atravessam na produção de um cuidado compartilhado com o sujeito.

Palavras Chave: Autismo - Mediação Escolar - Cartografia - Psicologia - Matriciamento.



Introducción

Ya habíamos seguido muchos casos de niños derivados por escuelas siempre con las mismas demandas vinculadas a las dificultades de aprendizaje. Dificultades que a menudo denuncian no la incompetencia del estudiante, sino la sumisión del conocimiento pedagógico al saber médico, que clasifica y etiqueta a cada niño en un universo de clausura y falta. No había duda de que el sujeto que no aprendió de acuerdo con las reglas a priori establecidas por el sistema educativo estaba de alguna manera enfermo y, por lo tanto, necesitaba ayuda. Por parte de la escuela, no hay dudas sobre sus métodos, recursos o estructura para fomentar el aprendizaje, pero se busca en el cerebro y el comportamiento de los niños las causas de su fracaso (Consejo Federal de Psicología, 2012). Por lo tanto, al pautarse por el diagnóstico, captura al estudiante en una etiqueta y produce subjetividades restringidas y enfermas, contribuyendo cada vez más a la segregación de aquellos que no se ajustan a la pauta esperada. Skliar (2003) afirma que la escuela todavía se centra en la «pedagogía que hospeda», es decir, una pedagogía que no reconoce la producción del otro como una relación, sólo como repetición y como una esencia desvinculada del encuentro con algo que modela o no.

De manera general, son muchos los saberes convocados para dar cuenta de cuestiones relacionadas con el espacio escolar, pero tal vez nunca el conocimiento médico haya sido tan omnipresente. Moysés y Collares (2014) afirman que la medicina como ciencia moderna pasa a determinar lo que se constituye como salud y enfermedad, estableciendo la norma para el «hombre modelo», reduciendo el ser humano a un cuerpo biológico. Lo que nos caracteriza como sujetos singulares se vuelve menos importante, y es imperativo ajustarse al estándar de normalidad establecido como sinónimo de vida útil y saludable. Las situaciones consideradas como efectos de las consecuencias del vivir, como el sufrimiento, la angustia, la tristeza, la ira, la alegría y la inquietud de un niño travieso se someten a terapias perversamente pensadas para ser alardeadas como el sinónimo de la felicidad plena. La medicina promete en su discurso, como señalan Moysés y Collares (2014), salvación y felicidad. Y en el encuentro diario con pacientes, padres, maestros y profesionales de la salud y la educación, nos dimos cuenta de cuánto esta promesa captura y anestesia el campo de posibilidades de producción de nuevas prácticas de enseñanza, aprendizaje y cuidado.

El lugar del experto en salud que puede dar cuenta de las cuestiones del no aprender es seductor. Cuando un caso se deriva al servicio de psicología, cree haberse dado la

solución esperada a estas cuestiones. El psicólogo es una figura de poder que frecuentemente corrobora las prácticas medicalizantes, es decir, está dispuesto a modelar el llamado comportamiento anormal o desviado, para someter al cuerpo a las normas de los sistemas educativos que proporcionan un modelo único posible para que el sujeto alcance el éxito. Se impone, así, el discurso científico, positivista, capaz de explicar y dar cuenta de cómo funcionan las cosas, capaz de explicar lo que se puede considerar normal y lo que se puede considerar patológico.

Lo normal es siempre un parámetro instituido y aceptado como verdad incuestionable. Es una adaptación exigida para cada uno de nosotros. Lo que se escapa es pasible de castigo, de sufrimiento y dolor por no ser parte de este mundo perfecto. Ser normal es estar de acuerdo con las reglas y estándares de conducta, apariencia, comportamiento y formas de existencia propias del tiempo y el espacio en el que uno vive. El adjetivo normal tiene su poder respaldado por instituciones y conocimientos que lo van caracterizando con el tiempo.

Caminando con Bacamarte: la ciencia de la normalidad

Nos atrevemos a recurrir a la compañía de este personaje inusual, Simão Bacamarte, revelado por Machado de

Assis en su relato *El Alienista* (Assis, 1994) para viajar en el transcurso de esta producción. Nuestra elección no es casual, Bacamarte (Assis, 1994) es el modelo explícito de creencia dogmática e ideológica en el cientificismo naturalista que se expande principalmente desde el siglo XIX. La ciencia sería la única manera capaz de revelar la verdad sobre las cosas del mundo y las cosas de la vida. La embriaguez científica en que se encuentra Bacamarte (Assis, 1994) lo lleva a los límites del autoritarismo, y depende de él, basándose en sus estudios científicos, decidir sobre los estándares de normalidad, qué es la locura y la sanidad, y decidiendo así la vida de los ciudadanos de Itaguaí. ¿Y quién se atrevería a cuestionarlo? La figura del médico, un hombre capaz de desentrañar los misterios del cuerpo y quizás del alma sufriente, adquiere el estatus de gran benefactor de la sociedad.

Rumbo a una visita más detallada a los campos de la historia de la filosofía de la ciencia, la crítica de Machado se remonta a la construcción de un modelo médico que se muestra obsesivamente interesado en la clasificación y la terapia de enfermedades.

Dirigiéndose a los internos de la Casa Verde (Assis, 1994), la ciencia se proclama majestuosamente absoluta. La locura y la cordura, la enfermedad y la salud son atraídas por los considerados nuevos dioses de la

modernidad: los científicos. Postulan los manuales y códigos que decidirán la unicidad del otro. Un adiós a la otredad. Para Bacamarte (Assis, 1994) y sus seguidores, el mentado niño con autismo allí estaría: en la Casa Verde, en un rincón olvidado del aula, en la sala que nadie ve, o en la institución especializada para aquellos que no están en el nivel por definición objetivo y absoluto, o aún en ninguna parte. Existir en una sociedad que apuesta por la adopción de normas y comportamientos disciplinados por las demandas del sistema capitalista presenta un desafío permanente.

De Bacamarte a Canguilhem: sobre lo normal y lo patológico

Las escuelas nos señalan, en este caso el maestro, cuando hay alguna dificultad de aprendizaje. Examinamos, evaluamos, también vemos el historial familiar y vemos si es necesario ir a la sala de recursos pedagógicos. Y cuando no hay un laudo médico, lo remitimos a la red de salud, al neurólogo, a la psiquiatría, o al psicólogo, en fin, a la fisioterapia (información verbal, trabajador social del Centro de Apoyo Educativo).

Evocando memorias, reanudamos algunas líneas que ayudaron a componer este escrito. Todas eran ideas muy potentes y despertaron deseos, ansiedades y también

entusiasmo. También retomamos el personaje de Simão Bacamarte (Assis, 1994) para marcar su relevancia para esta ciudad, Itaguai, tal como otras pequeñas ciudades del interior, que podrían contar con una figura tan ilustre, quien posee el conocimiento de una ciencia inequívoca, capaz de restituir el sano juicio de esos individuos desorientados (o quizás desafortunados, por cruzarse en su camino). Pensamos en el carácter profético y la actualidad irónica, tan “machadiana”, de ese relato ficcional. Bacamarte (Assis, 1994) fue convencido solo por la ciencia, lo que lo llevó al borde de la locura. La sociedad nunca se cansa de elegir estándares y de contemplar, en nombre de prácticas distintas, modelos ideales. El cuerpo, el comportamiento, la infancia, la adolescencia, el envejecimiento, la salud y la enfermedad deben ajustarse. Pero ha de pagarse un precio por esto. No hay pocos casos de niños privados de su infancia simplemente porque no satisfacen las necesidades impuestas por el sistema educativo. Lo peor es darse cuenta de que el discurso hegemónico que tiene el poder de decir quién es apto o no para formar parte de la escuela está naturalizado. El discurso del trabajador social denuncia esta lógica. La derivación a especialistas representa la destitución del saber pedagógico. La escuela se permite cada vez más declinar su función social, ética y política para corroborar prácticas que impermeabilizan la posibilidad de existir en su singularidad. Cuando se busca el laudo,

el molde, el diagnóstico, se pierde la capacidad de ver a Miguel, João, Laura y muchos otros niños abandonados en el camino hacia a la red de servicios de salud. No hablamos de manera imprecisa, porque vivimos la práctica de convivir con niños que acuden a la clínica de salud mental extremadamente medicados y medicalizados. Entonces, frente a tantos CIEs (Clasificación Internacional de Enfermedades), creemos que estamos produciendo pseudocuidados.

Somos lanzados a investigar fundamentos que podrían amparar una práctica de psicología de valorización del sujeto y su alteridad, y ayudar a discutir lo que realmente está configurado como un proyecto de normalidad y patología. Canguilhem (2009), importante filósofo francés del siglo XX, dirige su atención a los conceptos de normal y patológico, crucial si pensamos que son responsables por guiar la acción terapéutica. Autor del libro *Lo Normal y lo Patológico*, publicado por la primera vez en 1943, el médico y filósofo Georges Canguilhem (2009) aborda la intensa influencia de los ideales científicos incorporados por la medicina a fines del siglo XVIII y principios del XIX, sometiendo los fenómenos biológicos, de la vida, a los postulados de las matemáticas, de la física y la química. Las leyes generales del funcionamiento del universo podrían explicarse a través de la razón científica (Bezerra Jr., 2006).

Hay situaciones en las que el mismo evento, dependiendo de la causa que lo provocó, puede ser considerado como normativo, preservando los estándares de normalidad funcional adecuados para la vida del individuo, o bien puede ser considerado patológico, causando daños a su funcionamiento. En este sentido, debe tenerse en cuenta el punto de vista contextual. Canguilhem (2009) marca de manera imperiosa en su obra que tanto la salud como la enfermedad son expresiones de la vida. Ambas son posibilidades de existencia que presenta el ser humano, cada una con su propia forma de manifestarse. La patología no está relacionada con lo normal a partir de una pauta, siendo entonces tomada como desvío, sino como una forma de vida y expresión del vivir (Canguilhem, 2009).

Si no existe una relación jerárquica entre la salud y la enfermedad, tan solo manifestaciones diferenciadas en la normatividad de la vida, se considera que no hay forma de clasificar a un ser humano como normal o anormal. Son modos singulares de expresión de la vida. Cuando la medicina, la psicología, la pedagogía y muchas otras ciencias toman el otro a partir de un estándar objetivo y determinista, lo singular queda descharacterizado y se impone lo patológico, la enfermedad, el error. Se corrobora la división entre aquellos que están aptos a formar parte de la escuela y aquellos que no

son escolarizables, los que pueden ser tratados y los que no tienen cura, los que pueden ser parte de la sociedad y los que deben ser removidos de la misma. El cuerpo se torna objeto de normalización, siendo marcado y disciplinado para convertirse a lo convencional. Las derivaciones escolares a los servicios de salud mental revelan una incapacidad constante para dar cuenta de la diferencia. Como profesionales de la salud mental vivimos las dificultades de nadar contra una corriente muy fuerte. Llega a causar asombro e incluso desconfianza cuando uno se niega a elaborar ciertos documentos, como laudos y pareceres que confirmen lo que se ha naturalizado en llamar por varios nombres: TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad), dislexia, TOD (trastorno opositivo desafiador). Tratar por el sentido de la falta se ha convertido en el paradigma de la normalidad contemporánea.

La perspectiva de la relación, del encuentro, de la percepción de subjetividad son destituidos de su importancia para una práctica clínica que valora al sujeto y su singularidad. Todos somos seres humanos y pertenecemos a diferentes culturas, lo que provocará en cada uno diferentes formas de pensar y actuar. No hay forma de tergiversar quiénes somos y de dónde venimos. Hay fuerzas que nos pasan y nos transforman, nos hacen intensos.

Autismo y mediación escolar: posibles puentes

El trabajo en salud pública está motivado por desafíos diarios. No se trabaja con certezas o previsibilidades, principalmente en el campo de la salud mental. Nos llama la atención por qué los niños con tantas potencialidades son derivados para recibir tratamiento, y cuál sería de hecho la intervención de la psicología en este contexto. El trabajo del psicólogo tiene el riesgo de hacerse desde la perspectiva de reforzar una lógica de exclusión que ya ha sido instituida por la escuela.

Esta postura apunta a un conflicto histórico, que tiene la exclusión social en su núcleo, y por lo tanto, les cabe a los psicólogos estar implicados en la estructuración de las políticas públicas que transforman esta realidad.

Con respecto al campo de la salud, se puede decir que el sujeto con autismo durante muchos años quedó al margen de los servicios de asistencia, recibiendo en algunos casos atención a través de hospitales psiquiátricos y universitarios, sin haber articulación con los servicios del territorio, lo que colaboró aún más con la segregación y marginación de estos sujetos dentro de la sociedad. El enfoque del tratamiento bajo este punto de vista se basó únicamente en el sesgo medicamentoso. A partir de la década del 90, el autismo comenzó a destacarse en la agenda de la política

de salud, ganando protagonismo a partir de acciones pioneras como los Centros de Atención Psicosocial Infanto-juveniles, reforzada por la publicación de la Ordenanza No. 336/2002, consolidando estos dispositivos como una estrategia de apoyo al tratamiento de niños con autismo en el ámbito del Sistema Único de Salud - SUS (Brasil, 2015).

Con respecto al campo de la educación, a estos niños se les garantiza el acceso incondicional a la escuela en todos los niveles, etapas y modalidades de enseñanza, con derecho al apoyo necesario para satisfacer las necesidades específicas individualizadas a lo largo de toda la trayectoria escolar (Brasil, 2010). Aunque todo el respaldo está garantizado por ley, sabemos que la realidad de las escuelas brasileñas aún está lejos de ser ideal.

Lo que realmente enfatizamos como relevante para los niños con autismo es pensar en su experiencia única en relación con los demás. Percibirlo como un sujeto, constituido históricamente y socialmente, superando así el límite de su carácter biológico de formación. Fue a partir de tal realidad que percibimos la importancia de tratar de construir un trabajo colectivamente, de modo que fuera construido por todos los involucrados, con aquellos considerados «no capaces», «diferentes», los que «fracasan». En las actividades del Grupo de Estudio e Investigación, desarrolladas por estudiantes

universitarios de Pedagogía, los becarios del Programa de Becas de Iniciación de Enseñanza Institucional (PIBID) han revelado las debilidades y potencialidades de trabajar con un niño con autismo en el espacio escolar regular. En esta perspectiva, el trabajo realizado por este grupo, la mediación escolar, presentó nuevas posibilidades de existencia para la relación del niño con autismo con la escuela, con la familia y consigo mismo.

El seguimiento de los niños con autismo en la escuela regular por parte de los estudiantes del Programa de Becas de Iniciación de Enseñanza Institucional fue supervisado a través de reuniones en la Universidad y también de talleres en la escuela, con el objetivo de movilizar a todos los actores involucrados con el estudiante a ser mediado. Este proyecto inspiró a otros municipios vecinos a construir también posibilidades en su relación con niños con autismo en la escuela. Fue a partir de entonces que la propuesta de trabajar con mediadores escolares con niños con autismo llamó la atención de profesionales del Centro de Apoyo Educativo de la ciudad donde esta investigación trazó sus rumbos. Así, fue realizado un convenio entre la Municipalidad y el Proyecto Empresa Escuela, siendo esta última la encargada del pago de las becas a estudiantes universitarios de pedagogía, que actuarían como mediadores en las escuelas del municipio.

Con respecto al sistema escolar público, el trabajo de mediación escolar ha sido realizado en gran parte por los estudiantes, y la capacitación básica del mediador está vinculada al área de salud o educación: psicólogos, docentes, educadores, psicopedagogos, fisioterapeutas, entre otros. Es importante que el mediador esté abierto al encuentro con el sujeto a ser acompañado y a todas las cuestiones que surjan de esta relación.

La mediación escolar se asemeja a un dispositivo de considerable relevancia conocido como acompañamiento terapéutico (Albano, 2015), que surge dentro del Movimiento de Reforma Psiquiátrica, en la perspectiva de permitir una nueva relación con la persona bajo sufrimiento psíquico, que hasta entonces se pautaba por el aislamiento y segregación.

Tanto la mediación escolar como el acompañamiento terapéutico permiten nuevas sociabilidades. Ambos configurarán micropolíticas en el cotidiano de las prácticas que han de romper con la lógica de normalización de aquellos considerados «diferentes».

La mediación entendida como procesualidad siempre será una apuesta, una posibilidad de suceder o no. Siempre pueden suceder en conjunto, con los componentes de la escuela, la familia, los profesionales que

trabajan con el niño, en resumen, todos los actores que están involucrados en la propuesta de inclusión. Así se configuraba el grupo de investigación y estudio, los becarios al realizar el seguimiento de niños con autismo en las escuelas públicas se vieron afectados por los eventos del ambiente escolar, con lo inesperado, con la imprevisibilidad de eventos que, sin embargo, enriquecieron las relaciones, aunque a veces las hacía difíciles, pero todo se sintió y vivió de manera impactante, produciendo elementos para la construcción de esta práctica innovadora. En una de las primeras reuniones en las que participamos en el grupo de investigación y estudio, recordamos el discurso de una de las personas que se refería a un momento en que caminaba por el pasillo de la escuela con una niña con autismo para calmarla y así poder regresar al aula. Estaba perpleja por la actitud de uno de los miembros del personal de la escuela, quien, al verla por el pasillo con la niña, le pidió que la escondiera, porque ese día la escuela recibiría visitas. Son los impactos experimentados por situaciones como estas, que nos recuerdan la cruel realidad que enfrentan estos niños, realidad a la que debemos resistir e insistir en que no sean ocultados, sino que aparezcan cada vez más en el protagonismo de los espacios que deben ocupar.

Así como esta, varias otras situaciones llevadas a las supervisiones del grupo de investigación y estudio

nos revelan los diferentes prismas por los cuales estos estudiantes son vistos en la escuela. Vale la pena destacar que la mediación aquí se presenta como una de las posibilidades de intervención con el estudiante con autismo. No nos interesa configurar esta propuesta de trabajo como siendo el único camino. Inclusive porque no son todos los maestros que sentirán la necesidad de recurrir a esta intervención, pudiendo él mismo estructurar su manera de mediar la relación con el niño con autismo y con todos sus alumnos. Es importante utilizar el mediador en algunos casos, teniendo en cuenta la necesidad o no de su presencia. Percibir en cada situación las configuraciones que permitirán que este actor se haga presente en este *setting*, la escuela.

Psicología, salud y educación: caminos que se cruzan en la producción de un cuidado compartido con el sujeto

La investigación en perspectiva cartográfica (Deleuze; Guattari, 2004) es un camino que está cambiando de acuerdo con los varios protagonistas que se cruzan sin siquiera imaginar el impacto de sus impresiones en el proceso de este trabajo. Pensar en una nueva praxis para el psicólogo de la salud es pensar la concepción de espacios para su construcción. Salir del consultorio, circular, ir en busca de lo que puede sorprender e impactar

las relaciones con los sujetos. Esta fue la elección que se hizo cuando hubo un desplazamiento de la centralidad del especialista hacia la articulación del cuidado en salud de manera compartida con los profesionales de la educación, inspirados por el sesgo de la estructura de trabajo delineado por el apoyo matricial. El modo de producción del cuidado en salud en la lógica del apoyo matricial rompe con la estructura jerarquizada de las referencias, o sea, quién deriva y quién recibe la derivación, permitiendo la corresponsabilidad de los actores involucrados en este proceso (Campos; Domitti, 2007). El diálogo con la temática parte del concepto de integralidad como la mirada que amplía para el sujeto en todas sus demandas y necesidades, no sólo como aquél que se enferma y necesita ser tratado.

En el contexto de la salud, más específicamente, el apoyo matricial articulará una mayor integración con el equipo o el profesional de referencia, que son los que deben acompañar los casos a lo largo del tiempo, en forma amplia, fortaleciendo la relación entre los profesionales de la salud y sus usuarios. «[...] son arreglos organizacionales y una metodología para la gestión del trabajo de salud, con el objetivo de ampliar las posibilidades de llevar a cabo la clínica ampliada y la integración dialógica entre diferentes especialidades y profesiones» (Campos; Domitti, 2007, p. 400). Hay un acuerdo

colectivo y modos de intervención compartidos que se estructuran a través de equipos interdisciplinarios. Por analogía, el profesional o equipo de educación se configura como referencia, y la figura del psicólogo como un posible apoyador, permitiendo el cambio en la relación entre estos dos campos, ya no desde una relación vertical y algo aislada, sino buscando desde el apoyo crear posibilidades y estrategias que permitan la interacción con las diferencias en la perspectiva del empoderamiento docente. Tal empoderamiento se justifica frente a la cantidad de derivaciones de la escuela al servicio de salud, que denuncia una destitución del maestro del lugar de búsqueda de nuevas posibilidades y estrategias con el estudiante, cuando apela al profesional de la salud para encontrar una solución a los problemas de aprendizaje.

El sesgo de la investigación que se constituyó caminó junto a la propuesta de un trabajo construido en conjunto con todos los actores involucrados en la producción de salud y calidad de vida para las personas en general. El lugar de «dar cuenta» de los posibles síntomas del sujeto que no aprende, que no puede, consigue estar al día con los contenidos que la escuela decidió a priori que se deben aprender, o sea, el lugar de «dar cuenta» de aquellos que están excluidos de la escuela ya no se reduce más a consultorios médicos. La apuesta que se hizo en este trabajo es la de un cuidado compartido que

también convoca a la escuela y a sus actores a cuidar de sus problemas y cuestionar sus conocimientos y prácticas instituidos como verdades absolutas.

Cartografía de procesos matriciales: el psicólogo como apoyador

Al principio, los discursos son de considerable resistencia hacia los estudiantes con autismo. En las “rondas de conversación” con los maestros de las escuelas públicas que colaboraron con esta investigación fuimos escuchando, percibiendo, hablando, tratando de establecer una relación de composición. Pronto surgieron algunos matices y fuimos percibiendo que detrás de una aparente resistencia a los sujetos considerados «diferentes» hay fuerzas que moldean y enmarcan a esos maestros en la productividad exigida por el sistema escolar. Más allá de la cuestión del proceso de enseñanza y aprendizaje había la necesidad de producción que la escuela exigía: mantener el IDEB (Índice del Desarrollo de la Escuela Básica) de la escuela en alto nivel, lo que repercute en impactos financieros; atender al mayor número posible de estudiantes (salas de aulas repletas); inclusión a cualquier precio, etc. Los maestros sintieron la necesidad de desahogarse. Tuvieron que dar cuenta de una serie de exigencias, pero muy poco o nada se les ofreció de ayuda. Estaban cansados, pero no desanimados.

Muchos en sus discursos se mostraban inspirados por la educación, pero no sabían el camino a seguir para producir una enseñanza de calidad. Hablaban sobre sus prácticas, de la construcción de posibilidades y alternativas, especialmente con los estudiantes considerados como el público destinado a la inclusión. Pero también hablaban de los miedos y la extrañeza de tenerlos en sus aulas. Desde esta primera reunión pudimos percibir que las derivaciones de estudiantes a la red de salud pública, especialmente al servicio de psicología, sonaban más como un pedido de ayuda. Todos en ese contexto sufrieron: maestros, estudiantes, miembros de las familias, en resumen, aquellos que estaban realmente preocupados por el proceso de inclusión en la educación en general. Este primer encuentro con los maestros desencadenó provocaciones que nos instigaron a seguir adelante. Sólo al hacernos presentes con los profesionales que tratan directamente con las demandas de inclusión sería posible establecer una relación de compromiso y composición de nuevas formas de cuidado.

Seguir adelante

La perspectiva de un pensamiento que se expande en la ruptura con una forma de verdad instituida acerca del otro es aquí el desafío. Percibir a este otro como diferente a partir de una mirada que no naturaliza, sino que

acoge, es la trayectoria pensada como una posibilidad de existencia en emancipación.

La sociedad cambia y opera cambios significativos en la vida de sus sujetos. Cuando conseguimos desprendernos de las clausuras epistémicas y nos permitimos avanzar por caminos no pensados o inexplorados, podemos efectivamente percibir la vida como potencia. Repensar nuestras prácticas para que podamos romper con una educación que necesita ser inclusiva, repensar la educación misma y todos los prejuicios que influyen en esta postura de segregación y exclusión que se cierne sobre diferentes instituciones, pero que siempre generan la misma condición de desigualdad y fracaso del sujeto que no se ajusta a lo preestablecido. Desplazarse del lugar que se ocupa y transitar en diferentes territorios, ponerse disponible al encuentro y promover los encuentros, tejer posibilidades para la expansión de la vida, creo que son movimientos que guían nuestro trayecto cartográfico. Frente a lo vivido, sentido y experimentado, nos sentimos privilegiados de haber participado en momentos de intensidades afectivas que también impactaron el camino de la práctica de la psicología.

Establecer una práctica basada en la atención psicosocial, percibiendo el sufrimiento humano como una complejidad de la vida, ya no como una enfermedad.

Comprender que no hay campo del saber que pueda considerarse privilegiado para hacer frente a esta complejidad. Todos estamos convocados a la presencia, dialogando y urdiendo formas de cuidado para con el sujeto que sufre en los diversos aspectos de su existencia. Es un movimiento permanente, que no tiene un plazo límite para empezar o finalizar, pero es importante estar abierto al acontecer.

El psicólogo de apoyo trata de articularse en diferentes territorios existenciales y de hilar una forma de atención que no produzca nuevas especialidades pero que pueda contribuir a la articulación de diferentes actores en la construcción de otras miradas, otros cuidados, otras prácticas, otros espacios que no sean ya segregadores y excluyentes de la diferencia, sino de relación con la alteridad del sujeto.

En este sentido, la mediación escolar en el proceso de inclusión de niños con autismo en la escuela asume diferentes roles. Percibimos que la mediación escolar puede ser otra forma de cuidado que se articula a partir de la relación de este alumno con el maestro, partiendo de esta relación la necesidad o no de su presencia. Entendemos que este es un proceso siempre en construcción, que no se guía por modelos, sino por personas que se extrañan y se conocen, que se descubren a sí mismas como humanas

y frágiles frente a lo que no se puede predecir. La vida es inconsistente, es variante, se transforma de acuerdo con la postura que nos permitimos adoptar frente al otro, con el otro y para el otro. La mediación escolar puede contribuir para una nueva relación entre los niños con autismo y la escuela, la familia y la vida en el proceso de expansión, pero se sabe que no consigue solucionar aisladamente la cuestión de la inclusión.

En general lo que aún se percibe es la constante subordinación naturalizada del saber pedagógico a los saberes médicos y medicalizantes de la salud. La práctica de la mediación escolar en sí misma, en varios momentos, demostró ser de medicalización, segregación y patologización. Sin embargo, no se trata de producir más culpabilidad o menos culpabilidad sobre la Educación Inclusiva, sino de seguir adelante de modo procesual, de buscar establecer relaciones que estén abiertas al encuentro, en la producción de salud, en la producción de otras existencias que no sean tomadas por dicotomías que se oponen. Protagonizar historias de vida basadas sólo en los afectos de los encuentros y en la imprevisibilidad de la existencia humana. Que podamos seguir adelante...

Referencias Bibliográficas

Albano, P. B. (2015). *Quando o acompanhamento terapêutico encontra a escola: a construção de uma prática intercessora*. 156 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17087>>. Acesso em 20 fev. 2018.

Assis, M. de (1994). *O alienista*. São Paulo: FTD. Disponível em: <<http://www.bibvirt.futuro.usp.br>> Acesso em: 10/10/2017.

Bezerra Jr. B. C. (2006). O normal e o patológico: uma discussão atual. In Souza, A. N.; Pitanguy, J. (ORG.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. (2015). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 156 p.

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. (2010). *A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar : transtornos globais do desenvolvimento*. Brasília : Ministério da Educação.

Campos, G. W., Domitti, A. C. (2007). Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (2): 399-407, fev. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016> Acesso em: 23/02/2017.

Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 153 p.

Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Subsídios para campanha Não a medicalização da vida, a medicalização da Educação*. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf> Acesso em : 29 de set. 2015.

Deleuze, G. & Guattari, F. (2004). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. I. São Paulo, Ed. 34.

Moysés, M. A. & Collares, C. (2014). Mais de um século de patologização da educação. *Fórum Diálogos em Psicologia*, ano I, n.1. Ourinhos/SP-jul./dez.

Skliar, C. (2003). A educação e a pergunta pelos Outros: diferença, alteridade, diversidade e os outros "outros". *Ponto de Vista*, Florianópolis, n.05, p. 37-49. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/pontodevista/article/download/1244/4251>>. Acesso em: 18 de fev. de 2017.



Servicios de Salud Mental Comunitaria.

La resolución de la demanda de cuidados por parte de personas desinstitucionalizadas con trastorno psicótico en los servicios de salud mental comunitaria. Caso de estudio: Casa de Pre Alta. Hospital Dr. Alejandro Korn de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Años 2014-2010.

Tesis maestría en salud mental comunitaria UNLa.

Doctora María Cecilia López Santi
Magister en Salud Mental
Comunitaria UNLa.

ce-santi@hotmail.com

Resumen

En el contexto de la salud mental comunitaria y de los procesos de desinstitucionalización de personas alojadas en hospitales psiquiátricos de la Argentina, planteamos: ¿de qué forma se resuelve la demanda de cuidados en los servicios de salud mental comunitarios? El estudio se realizó entre el año 2004 y 2010, y se tomaron tres indicadores: las necesidades expresadas, las transformaciones de la trama vincular y la calidad de vida. La población considerada incluye 20 personas con Trastorno psicótico asistidas en el centro de salud mental comunitaria (CSMC) Casa de Pre Alta, del Hospital Dr. A. Korn, provincia de Buenos Aires, Argentina. Se aplicó el Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell, (CAN) versión investigación R3, (1995). Se seleccionó a diez de ellos para realizar una entrevista en profundidad. Los centros comunitarios dan un lugar donde se aloja la palabra, aportan a la reconstrucción de la historia, al restablecimiento del lazo social y a la posibilidad de sostener un proyecto extramuros. Se pueden observar

dos etapas en el proceso de desinstitucionalización. En la primera etapa, hay una fuerte presencia del CSMC desde el cuidado formal. En la segunda etapa, se va construyendo la trama relacional, la cual aporta un sostén vincular que no puede remplazarse por el sistema formal.

Palabras Claves: Necesidades expresadas - trama vincular - calidad de vida - lazo social - CAN.

Abstract: In the context of community mental health the processes of deinstitutionalization of people admitted in psychiatric hospitals taking place in Argentina, we discuss how to cope with the demand for care in the community mental health services. The study was conducted between 2004 and 2009 and three indicators were considered: expressed needs, changes in the social fabric and quality of life. The population considered includes 20 people with SMD treated at the community mental health centre (CMHC) Casa de Pre Alta, of the Dr. Alejandro Korn Hospital, in the Province of Buenos Aires, Argentina. The Camberwell

Assessment of Need Questionnaire (CAN) research version R3 (1995) was applied and in-depth interviews with 10 of the members were conducted. Case histories, statistics, and service records were also reviewed. The community system provides a place for the word, contributes to the reconstruction of the history, to the reestablishment of social ties and to the possibility of running an extramural project. Two stages can be observed in the deinstitutionalization process. In the first one, there is a strong presence of the CMHCs formal care. People with SMD satisfy their basic needs—housing, income and community activities—through the CMHCs, which situates the subject in a position of exchange with others. The CMHCs offer the support for a long-term treatment and accompany in the development of abilities. In the second stage, the relational fabric is woven. Although not highly dense, it provides a relationship support that cannot be replaced by the formal system.

Key Words: Expressed needs - social fabric - quality of life - CAN.

Introducción

La construcción del campo de la salud mental dio origen a nuevas prácticas y nuevas disciplinas (Galende, 1998). Estas respondían al escenario complejo que planteaba la desmanicomialización y la atención en comunidad de las personas con sufrimiento mental, que se inició en los años 60. En esos años se comenzó a cuestionar la hegemonía del saber médico y las instituciones psiquiátricas. Se hicieron presentes otros saberes (psicología, antropología, sociología, psicoanálisis) que aportaron a la comprensión de la problemática. En paralelo, en la Argentina, se abrieron una serie de alternativas tales como los centros de salud mental en comunidad, servicios de salud mental en hospitales generales, hospitales de día, a partir de los cuales surgieron nuevas estrategias comunitarias. Se incluyó una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional. La persona con padecimiento mental dejó de ser objeto para ser sujeto de derecho y el profesional de la salud mental comenzó a pensar conjuntamente los problemas de sufrimiento mental del individuo y las dinámicas de integración-exclusión social.

En este estudio en particular se pone el acento en la forma en la cual resuelve el sistema de salud mental comunitario la atención de las personas externadas de

instituciones psiquiátricas. Este planteo es acorde a la legislación actual. La Ley de Salud Mental 26657 señala que se debe encarar una profunda reforma del sector, incluyendo el cierre de los monovalentes, aún existentes. En la provincia de Buenos Aires, los centros de salud mental comunitarios son parte de una red de servicios, algunos de los cuales dependen de los diferentes neuropsiquiátricos. Estos centros no llegan a integrar una política pública en salud mental equitativa y abarcativa.

¿Qué sucede con las personas alojadas en los neuropsiquiátricos durante largos años? En principio han perdido las redes sociales, se ha roto el lazo social, han quedado fuera del mercado productivo y de intercambio, y han visto suspendidos sus derechos por procesos de insania e inhabilitación. Los locos, los pobres, los marginales, los adictos y los ancianos forman parte del colectivo social que ocupa las instituciones totales (Goffman, 1998). Estas personas que integran la población asilar, como se verá más adelante, ven cercado su futuro por una confluencia de factores y la participación necesaria de diferentes estamentos del estado.

¿Qué podemos observar cuando una persona es desinstitucionalizada? En una primera etapa busca resolver sus necesidades básicas con ayuda del sistema formal -red de servicios de salud mental comunitarios-. En una

segunda etapa, la persona comienza a recuperar su capacidad de decidir sobre su propio proyecto de vida y, en consecuencia, logra una mayor independencia con respecto al sistema formal. Aparecen nuevas redes sociales que aportan, desde el sistema no formal, nuevos apoyos y oportunidades, sin estar exentos de los desafíos que representan las dificultades del acontecer diario. A su vez es de destacar que a mayor tiempo en comunidad se desarrollan o adquieren habilidades que favorecen el autovalimiento. Sin embargo, al ser padecimientos de larga evolución y complejos, se mantiene la relación con el sistema formal. En el caso de aquellos que no tienen familia esta dependencia se evidencia aún más, lo cual los obliga a permanecer en programas de seguimiento (Leff, 2000).

En relación a los cuidados que reciben las personas con sufrimiento mental podemos diferenciarlos en dos tipos. En primer lugar, los cuidados formales son aquellos que se practican desde las instituciones. Estas dependen de las políticas de salud que se instituyan, las cuales satisfacen las necesidades reconocidas como tales por ellas. Son, en definitiva, prácticas legitimadas por sistemas u organizaciones sociales (Twigg, 2000). En segundo lugar, los cuidados no formales se diferencian por la falta de dependencia jerárquica, administrativa, institucional que habiliten o legitimen sus prácticas.

Otra forma de definirlos es por la satisfacción de necesidades sentidas y no reconocidas por el sector formal. Una definición sustancialmente importante para guiarnos en el tema es considerar el cuidado no formal como la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos, u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

¿Por qué las redes sociales? Las redes sociales dan cuenta de los modos relacionales complejos y de carácter colectivo. Evidencian la búsqueda de los sujetos por satisfacer sus necesidades dentro del campo social. Como se sabe las redes sociales se dividen en primarias y secundarias. Las redes sociales primarias son conjuntos de personas unidas por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, estudio y ocio, con las que se ha establecido lazos directos o indirectos de relación. Como en los grupos, las redes primarias son recorridas por tensiones y polarizaciones, alianzas, conflictos y contradicciones. Manifiestan una estructura fluctuante en el tiempo y en el espacio. Desempeñan un papel esencial como amortiguadoras de situaciones estresantes en los individuos vulnerables, con un efecto directo en la calidad de vida alcanzada. Las redes sociales secundarias son conjuntos sociales instituidos por una serie de normas, estructurados para desarrollar diversas misiones y funciones específicas (escuela, empresa, comercio,

hospital, juzgado, etc.). Quienes las integran cubren roles predeterminados y los intercambios están fundados en el derecho o el dinero. Estas redes sociales satisfacen necesidades universales basadas en el bienestar común. Durante los últimos años, se ha producido un efecto de retracción del llamado Estado de Bienestar. Como consecuencia de esto muchas de estas redes secundarias han desaparecido o tergiversado sus objetivos, dado que se ven regidas por las leyes del mercado. Por este mismo proceso, surgen otro tipo de redes sociales secundarias que integran el denominado tercer sector, en su mayoría formadas por entidades sin fines de lucro que no mantienen relación directa con el estado.

En este estudio, se buscó analizar en las personas externadas de hospitales psiquiátricos cómo se desarrollan sus vidas en la comunidad, la reconstrucción de redes sociales y la recuperación de la calidad de vida. En consonancia, también se trató de responder si esto ubica a la persona en mejor posición para ejercer sus derechos civiles y sociales. Para este análisis se pensó la perspectiva desde el usuario, desde los equipos tratantes y de qué forma articulan los vínculos familiares y las redes sociales.

Metodología

Los resultados de este trabajo forman partes de la tesis de la Maestría de Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Lanús. El mismo se realizó con el consentimiento de las personas encuestadas y del Hospital Dr. Alejandro Korn. La tesis fue presentada y aprobada en el año 2011.

La propuesta de investigación está dentro del marco teórico y metodológico cualitativo y cuantitativo (Souza Minayo, 2004). Desde lo cualitativo permite incorporar en la investigación la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales. La investigación cualitativa se vuelve importante para comprender los valores culturales y las representaciones de determinado grupo sobre temas específicos. Así mismo es un medio para entender las relaciones que se dan entre actores sociales, tanto en el ámbito de las instituciones como de los movimientos sociales. En cuanto a los aportes de los instrumentos cuantitativos, hacen de soporte a lo planteado en el plano subjetivo, definiendo aún más las conclusiones obtenidas.

En lo referido al análisis de la demanda, los indicadores seleccionados se orientaron al reconocimiento de la

problemática planteada. A través de estos instrumentos se visualiza los diferentes estándares en la satisfacción de la demanda por parte de los actores en juego. Por otro lado, permite identificar las características de la demanda en esta población en particular, la cual está signada por la privación de su libertad, de recursos, de vínculos familiares y sociales y por la vulneración permanente de sus derechos.

Para esto se plantearon tres objetivos específicos. En primer lugar explorar sobre las necesidades expresadas por las personas con padecimiento psicótico de larga evolución (OPS 2005), con posterioridad a su externación del hospital psiquiátrico, y si las mismas son resueltas por el sistema formal o no formal. En segundo lugar, describir y evaluar las transformaciones de las redes sociales desde su internación a la fecha de las entrevistas. Por último, describir la percepción subjetiva con respecto a la calidad de vida alcanzado en comunidad.

Para el primer objetivo -sobre las necesidades expresadas- se utilizó como instrumento el Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell, (CAN c) versión investigación R3, Edición Española (Grupo andaluz de investigación en salud mental, 1995). Este cuestionario permite valorar los puntos de vista de los usuarios y del equipo tratante en 22 áreas. En cada área

hay cuatro secciones, la primera sobre los problemas actuales, la segunda sobre cuidados no formales, la tercera sobre cuidados formales y la cuarta sobre los servicios requeridos según el criterio del usuario y el plan de acción. En cada área, hay un espacio para consignar la opinión del usuario y de un referente del equipo acerca de la resolución de los servicios requeridos.

La aplicación de la escala se realizó a veinte personas con trastorno psicótico de larga evolución; quedaron excluidos los cuadros orgánicos. Todas ellas entre 30 y 55 años, de ambos sexos, que han tenido internaciones en el Hospital Kornpor un mínimo de cinco años consecutivos. La población participante están incluidas en el programa de atención del Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) Casa de Pre Alta, y han estado externados por un mínimo de tres años. En caso de internaciones por crisis no se han prolongado las mismas por más de un mes por cada año de externados. Las 20 personas a las cuales se les aplicó la escala constituían el total de la muestra.

La población evaluada se agrupó según los años de externados. El motivo de esta subdivisión fue explorar sobre los posibles cambios en las necesidades de las personas con sufrimiento mental, según los años que han transcurrido desde su externación de la Institución.

Con este fin se determinaron tres grupos: el grupo A de menos de cinco años de externados estuvo integrado por siete entrevistados, el grupo B de seis a ocho años de externados integrado por seis entrevistados y el grupo C de más de ocho años de externados integrado por siete entrevistados.

Para el segundo y tercer objetivo -las transformaciones de las redes sociales y calidad de vida, respectivamente- se utilizó como instrumento la entrevista en profundidad. El propósito fue considerar un marco amplio que favoreciera el diálogo y facilitara al entrevistado la transmisión de sus conceptos. Para esto se realizaron una serie de entrevistas abiertas, replanteando la estructura de cada una a partir del análisis del material, en forma paralela al desarrollo de las mismas.

El tipo de preguntas fueron una combinatoria de cerradas y abiertas, sin condicionamientos prefijados, manteniendo la atención en la temática propuesta. Partiendo de ciertas hipótesis y presupuestos, de una planificación que sirvió de orientación y relevando la forma en que impactaba cada tema propuesto. Se realizó la selección de diez entrevistados del total de veinte a los cuales se les había efectuado la entrevista CAN, y fue basada en la disposición que los mismos mostraron para expresar sus ideas.

Consideraciones sobre las entrevistas

En el siguiente apartado se efectuarán, algunos comentarios y conclusiones que se basan, en primer lugar, en la información obtenida a través de la aplicación del Cuestionario Camberwell y, en segundo lugar, en la que procede de las entrevistas en profundidad. Esto permite tener una mirada más amplia sobre el análisis de los indicadores planteados. En términos generales, se puede sostener que en la aplicación de los dos instrumentos mencionados puede observarse cómo ambos reafirman y convalidan sus conclusiones.

A. Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell. Necesidades expresadas, sistema formal y no formal

Vivienda

Con relación a la vivienda, cuanto mayor es el tiempo transcurrido desde su externación, mejora la capacidad de resolver el problema habitacional con recursos propios. Esto acorde a las necesidades del momento vital que atraviesan. Cuando el usuario decide salir del sistema formal se encuentra con varios obstáculos. El primero que suele aparecer es que no cuentan con garantías inmobiliarias para el alquiler de una vivienda y, por ende, los obliga a recurrir a pensiones. Estas son más

caras, con menos comodidades y habitadas en su mayoría por una población temporaria, donde los vínculos que se establecen son inestables y suelen ser problemáticos. Otro obstáculo es la dificultad en la aplicación del marco legal cuando el paciente quiere recuperar una vivienda que le pertenece y está usurpada, reclamar una propiedad por derecho sucesorio o comprar un terreno o una casa estando inhabilitado o declarado insano. En la última reforma del código civil se pasa de un sistema tutelar a un sistema de apoyos que brinda mayores garantías a la persona con sufrimiento mental.

Cuidado del hogar y personal

De las entrevistas surge una diferencia sustancial entre las necesidades de acompañamiento en la resolución del cuidado del hogar y del cuidado personal. Mientras 15 de los encuestados necesita ayuda en el cuidado del hogar, solo cuatro necesitan ayuda en el cuidado personal. En las viviendas predomina el desorden, la falta de limpieza y tienden a acumular objetos. Esta situación, a nuestro entender, tiene varias aristas. El acumular objetos sin valores propio de prácticas asilares, donde el desecho se vuelve un bien o algo que les pertenece aportando a su singularidad. Por otro lado, la mayoría no se han hecho nunca cargo de mantener una vivienda, ya sea porque vivían con la familia hasta el momento de la internación o porque han sido institucionalizados desde su infancia.

Aquellos que tuvieron una familia propia o vivían solos antes del ingreso, o sea que tenían mayor edad, necesitan una ayuda mínima en ambos aspectos.

Alimentación

En la alimentación, de los 20 entrevistados, 15 dependen del comedor del CSMC en la elaboración o provisión de alimentos. A partir de sus dichos se desprende que esto se debe a los exiguos ingresos y de la precariedad del espacio que disponen en sus viviendas para cocinar.

Actividades laborales

La participación en actividades laborales es importante en la población analizada. Del total de los entrevistados seis tienen un trabajo competitivo, once tienen trabajo protegido -en el CSMC- y cuatro estudian. Solo dos pacientes no realizan actividades por circunstancias que se lo impiden. Considerando los niveles de desocupación de la población de nuestro país y la falta de vacantes para personas con discapacidad en el mercado laboral, es dable a tomar en cuenta el nivel de motivación de los pacientes en cuanto a aprovechar los espacios laborales.

Alfabetización

Todos tienen distintos niveles de alfabetización. Los que estudian, están cursando los primeros años del primario o el secundario. Esto les permite un buen manejo

del teléfono, del transporte público o en la realización de trámites personales.

Beneficios económicos

Los beneficios económicos provienen en su mayoría -15 de los entrevistados- del sistema formal a través de la tramitación de pensiones no contributivas o derivadas de los padres y jubilaciones.

Tiempo libre

En cuanto al tiempo libre, tienen un alto nivel de concurrencia a actividades recreativas programadas, pero presentan dificultades si deben hacerse responsables de organizar las mismas.

Cuidados de salud

La mitad de los entrevistados reciben cuidados de salud, por hipertensión, asma, artrosis, acordes a la edad. Estos cuidados son supervisados por los enfermeros.

Consumo de sustancias

Los antecedentes de consumo están presentes en la mitad de los casos, lo cual pone en evidencia una problemática actual en la consulta, en la cual los pacientes con patología psicótica tienen períodos de consumo tanto de alcohol como de drogas. De esta forma, el tratamiento se complejiza. Los usuarios explican de

manera diferente las causas que los acercan al consumo. A juzgar por los relatos, el consumo se ve asociado a la aparición de los primeros síntomas psicóticos, con la esperanza de atenuarlos. Muy por el contrario los efectos son devastadores y provocan mayores dificultades en la etapa de recuperación.

Vínculos de pareja e hijos

La posibilidad de restablecer vínculos de pareja o el tener hijos aparece con más frecuencia en usuarios en los cuales el desencadenamiento irrumpe a mayor edad. En aquellos que son más jóvenes, con mayor derrumbe psíquico, evidencian mayores dificultades en establecer redes vinculares.

B. Entrevistas en profundidad, la transformación de las redes sociales y calidad de vida.

Las entrevistas en profundidad y la lectura de las historias clínicas nos permitieron hacer un recorrido por los participantes y sus consideraciones sobre lo vivido. De esto se desprende que las primeras crisis, que evidencian síntomas psicóticos, suelen estar atravesadas por episodios de consumo de sustancias, violencia familiar, abandono, conductas disruptivas o aislamiento. Todos problemas que la comunidad puede leer como pertenecientes

al ámbito privado. En algunos casos se buscan soluciones alternativas de acuerdo a las pautas culturales. Cuando el padecimiento irrumpe en la esfera social interviene el estado. Lo hace a través de sus instituciones, aunque no siempre este aporta las mejores soluciones.

Tanto las redes sociales primarias (vínculos más cercanos) como las secundarias (en este caso tomaremos diversos sectores estatales) se hacen presente en diferentes momentos vitales. Se irá evidenciando que si bien hay períodos donde prevalecen unas u otras su presencia se entrelaza a lo largo del recorrido de las historia.

En los casos citados se ve claramente la falta de respuesta de los servicios de atención primaria, los cuales suelen estar desinstrumentados para resolver este tipo de demandas complejas.

Las respuestas dejan en evidencia la falta de acompañamiento de la familia en el momento de la internación psiquiátrica. Esta situación de desvinculación familiar se profundiza en cada una de las reinternaciones. Internación no es sinónimo de institucionalización: esta última llega tras el fracaso reiterado del sistema formal en dar respuesta a la demanda de la persona con sufrimiento mental y a su familia.

Según los relatos desde las primeras consultas, la familia no suele ser partícipe del tratamiento y con el tiempo queda excluida del mismo. Entre otras causas que provocan esta situación podemos señalar: las que dependen del hermetismo hospitalario, las que se dan por la elección de los familiares de no querer ser partícipes de la situación, o simplemente por ignorancia sobre el acontecimiento que los involucra. Con respecto a los tratamientos, se resalta en las entrevistas la falta de información con que cuenta el usuario y su familia, sumado a la difícil accesibilidad a los servicios. Estos factores confluyen en el abandono del tratamiento y posterior reinternación del sujeto, alimentando la puerta de entrada a los hospitales especializados en forma constante -la puerta giratoria-. Los participantes del estudio cuentan con varias reinternaciones en las cuales aparece como causa de la misma el abandono de tratamiento.

Esto último nos obliga a pensar con más profundidad por un lado sobre las causas que lo motivan y, por otro lado, sobre sus consecuencias: las reiteradas reinternaciones. Con respecto a las causas, las entrevistas y las historias clínicas aportan datos en cuanto a la falta de información sobre el tratamiento en el momento del alta. No hay claridad en cuanto a los fármacos y las dosis que deben respetar. Otra vez ante la ausencia de información los asistidos suponen que pueden dejarlo

cuando se les termina la cantidad que le entregaron o cuando se sienten mejor. En otras oportunidades son los síntomas de los efectos adversos, sobre los cuales no se tiene información, lo que motiva el abandono. En cuanto a la poca accesibilidad a la consulta, que aporta al abandono, pueden observarse dificultades por la distancia, falta de recurso económico, derivaciones a otros servicios con dificultades en obtener un nuevo turno.

Cuando el sistema formal resuelve la entrega gratuita de los medicamentos, como es el caso del Hospital A. Korn, no siempre la persona con sufrimiento mental o su familia pueden desplazarse hasta el centro de salud que los provee. El hospital A. Korn implementó las altas en red, por medio de las cuales se les envía el medicamento al centro de salud más cercano al domicilio del consultante, en un intento de limitar los reingresos. En aquellos casos en que la persona no cuenta con un centro de salud de referencia cerca de su domicilio hace imposible que se implemente dicho dispositivo, el cual siempre requiere un referente en el área de salud. El peso del tratamiento está puesto en el fármaco, entre otras razones por la falta de profesionales que aborden otras estrategias terapéuticas.

Parados frente al escenario del sistema manicomial, se puede desprender de las entrevistas que las personas

se sitúan en él de maneras diferentes y, en particular, es factible focalizar dos aspectos. Durante la vida hospitalaria la capacidad de hacer lazo coloca a la persona con trastorno psicótico en el posible camino a la externalización. Esto marca la diferencia con respecto a las personas que son des-subjetivadas por la institución asilar, pasando a ser parte de la gran población estable y de difícil abordaje. Este proceso se confirma en la edad promedio de los pacientes de las salas de larga estancia, que alcanza a los 45 años, más del 50 % tienen más de 60 años. En la conjunción de causas aparece el arrasamiento de la psicosis, que se da en diferentes grados, y la falta de capacidad de respuesta frente al aplastamiento subjetivo que provoca el sistema manicomial.

Se pueden observar dos etapas en el proceso de rehabilitación psicosocial. En la primera hay una fuerte presencia del CSMC, desde el cuidado formal en relación al cuidado no formal, como el que responde a la demanda de los usuarios. A su vez da un marco de relaciones intersubjetivas que favorecen la expresión de las necesidades del sujeto y convierte a la palabra en instrumento terapéutico. Le devuelve a la persona con sufrimiento mental el reconocimiento de su historia, como un sujeto cuya existencia no se limita solo a la institucionalización. Hay un proceso de dos tiempos: re-tomar desde el presente la mirada sobre el pasado para hacer posible

una existencia en comunidad desde la autodeterminación, con los apoyos necesarios. En paralelo, dar paso a una mayor presencia del cuidado no formal a partir de la generación de nuevos vínculos.

Durante las entrevistas se evidencia cómo, a partir de las primeras internaciones, se produce el empobrecimiento del entramado vincular. El tiempo hospitalario lleva a la desvinculación familiar. Por el contrario, la salida del hospital inicia al sujeto en la búsqueda de los pedazos que quedan de su historia: son recuerdos aislados, nombres, direcciones que surgen sin orden. Cuando se les empieza a escuchar aparece la exigencia con toda la fuerza de un derecho recuperado “Ud. me dijo que iba a buscar a mi mamá”, “Ud. me dijo que íbamos a visitar mi barrio”, “Ud. me dijo que iba a buscar a mis hijos”. Pueden o no encontrarse familiares que a su vez podrán o no asistir en dicha tarea pero queda claro que un proceso de desinstitucionalización no puede basarse en los resultados de esa búsqueda, ya que llevaría a caminos inciertos. Será el Estado desde lo interinstitucional -a través de los diferentes dispositivos de salud, desarrollo social, poder judicial- quien acompaña a la persona en esta primera etapa.

Como quedó expuesto, en el CSMC las personas con trastornos psicótico desinstitucionalizadas resuelven

las necesidades básicas, tal es el caso de la vivienda, el ingreso y una actividad en talleres que coloca al sujeto en un plano de intercambio con otros. Una vez incluidos se ofrece el sostén de un tratamiento interdisciplinario prolongado en el tiempo y se los acompaña en el desarrollo de sus capacidades para que cada uno pueda utilizar lo que la comunidad ofrece.

Se trabaja en un proyecto personal donde el nivel de satisfacciones de las necesidades da cuenta del nivel de calidad de vida alcanzado. El sistema formal, en esta primera etapa, le brinda al sujeto el piso donde sostenerse para construir un futuro. En la segunda etapa, en la trama relacional que se va construyendo aparecen nuevos amigos, vecinos, compañeros de trabajo o de escuela. Por poca densidad que tenga (en cuanto a la cantidad de vínculos), esta aporta un sostén vincular que no puede remplazarse por el sostén ofrecido por el sistema formal. El modo de estar en el mundo de cada persona tiene características propias, las cuales dependen de las capacidades, del grado de autovalimiento, de las oportunidades que se les presentan y de la posibilidad de establecer lazo social.

¿Cómo se expresa la calidad de vida? Por su aspecto subjetivo lo hace de diferentes formas. Se observa en los participantes del CSMC, con el transcurrir del

tiempo, una menor dependencia del equipo de salud. Si bien al principio se señalaba que las necesidades estaban orientadas a la satisfacción de demandas básicas, al tiempo surgen otras inquietudes -como tener una vivienda propia, estudiar, tener un trabajo reconocido, tener una pareja, reconstruir una familia-. Aquí es donde entra a jugar la relación con el sistema no formal. Cuanto más amplio es el espacio social donde se relacionan, mayores son las necesidades expresadas pero también las posibilidades de satisfacerlas.

Frente a las preguntas orientadas a indagar sobre la calidad de vida aparece, en las entrevistas, la mención a la vida hospitalaria. En el discurso surge en forma fragmentada la referencia institucional y la vida actual, como si estuvieran desconectadas. Sin embargo, se puede observar que el deseo y la motivación que estaban aplastados en la institución, recién pueden desplegarse al tiempo de retomar la vida en comunidad. Por esto es que si bien aparece la satisfacción de aspectos que hacen a tener un registro de mejora en la calidad de vida, también se expresan nuevos deseos y necesidades a conquistar.

En las entrevistas se les realizó una última pregunta ¿Qué cambiarían? Basta escuchar las palabras de los entrevistados:

Rita: “me falta todo, heladera, televisor, cocina más grande, muebles. Lo que me gustaría es que estuviera de vuelta el taller de pañales, porque trabajábamos todos juntos ahí”.

Omar: “volver a tener algo mío, una vivienda para mí, un trabajo en blanco, estable”.

Claudio: “cambiaría el estar bien, seguir como era antes, trabajando; ahora me cuesta, no es que yo sea vago, me canso, hago lo que puedo. Los médicos pensaban que yo no quería trabajar, si estuviera bien no voy a los médicos y me pongo a trabajar con las personas normales, fui y volví del hospital como diez veces”.

Mario: “el día que dijeron que íbamos a ser centro de día me quería morir ¿A dónde vamos a ir a parar? Encima cierran a la noche ¿y ahora qué hacemos? Estaba pre-ocupado por eso, pero después me di cuenta que no, estaba bien. No somos chiquitos, tenemos que tomar las cosas bien”.

La pregunta introduce la dimensión del cambio como algo posible, como algo deseable, necesario para poder recuperar un futuro.

Consideraciones finales

Se partió en el análisis de las necesidades expresadas por las personas desinstitucionalizadas. Estas fueron evaluadas por la entrevista CAN que a su vez permitió evaluar de qué forma el CSMC participaba en la cobertura de las mismas.

En cuanto al sistema formal que integra las redes secundarias como los servicios de salud mental de los hospitales generales se ve que pueden intervenir en algunos casos, pero con una marcada tendencia a la derivación inmediata a hospitales especializados. En cuanto a los servicios de salud mental comunitaria tienen una oferta muy limitada; dichos servicios en provincia de Buenos Aires dependen mayoritariamente de los hospitales neuropsiquiátricos y asisten a los pacientes externados de los mismos, tal es el caso del Hospital Estévez, el Hospital Korn y Hospital Cabred. Es oportuno señalar que cada uno de los monovalentes mencionados ha desarrollado dispositivos comunitarios con características diferentes, a pesar que poseen un objetivo común que es la desinstitucionalización.

En cuanto a las reinternaciones, son consecuencia entre otras causas del abandono de tratamiento. Tal vez si se le pudiera ofrecer a la persona con trastorno psicótico atención y seguimiento en la comunidad desde su

primera crisis, se evitaría la institucionalización prolongada. Así no se caería en la contradicción de rehabilitar lo que la institución inhabilita. Planteado de esta forma el sistema de salud debe remediar un problema que él mismo genera. Se evidenció cómo en cada internación las personas se acercan a la institucionalización prolongada a la vez que pierden los vínculos familiares -redes primarias- y los espacios laborales o de formación -redes secundarias-.

En la hipótesis se sostuvo que la atención comunitaria, en contrapartida al sistema manicomial, propone una alternativa que aporta a la subjetivación y la habilitación de la persona con sufrimiento mental en comunidad. Se restablece el lazo social, se da la posibilidad de la re-vinculación familiar y se producen nuevos vínculos.

Rotelli (Sarraceno, 1993) refiriéndose a la evaluación de servicios de salud mental, compara un centro de salud con un bazar o mercado árabe, donde se aglomeran, entrecruzan y multiplican demandas, como sucede en un mercado de canje. Allí se ubica un cuerpo social que se reconoce. Es un lugar donde el sujeto se singulariza a través de la participación. Tomando la figura del bazar se puede pensar que un centro debe favorecer el intercambio pero no apropiarse del sujeto. Este, como en el bazar, solo está de paso, su vida continúa fuera del mercado.

Ahora bien, ¿de qué forma la sociedad brinda distintas alternativas frente al sufrimiento? Tomando una mirada más general sobre este sector, Menéndez (2004) plantea que en las sociedades latinoamericanas existen diferentes modelos de atención, diversas técnicas diagnósticas, distintos indicadores para la detección del problema y varias formas de tratamientos. Todo esto atravesado por la cultura y la historia de cada comunidad. El problema, según el autor, es que esta diversidad no es reconocida, ignorando y/o marginando una serie de intervenciones de atención, pese a ser frecuentemente utilizadas.

Muchas de las acciones que se desprenden de la atención en salud mental comunitaria siguen quedando en las sombras o reconocidas tan solo como experiencias que no llegan a ser aplicadas como políticas públicas. Queda claro que la recuperación de la calidad de vida va de la mano de ejercer el derecho de las personas con trastorno psicótico de vivir en comunidad, a ejercer la libertad de decisión, y en consecuencia su capacidad jurídica.

¿Cómo pensar el pasaje del monovalente al modelo comunitario? Reconocer que implementar un sistema comunitario demandaría una inversión inicial que aumentaría el gasto de salud de manera transitoria. Sería necesaria, en paralelo, la transferencia de recursos del monovalente al sistema comunitario. Para lograr esto último

se debería cerrar la puerta de ingreso a los monovalentes al mismo tiempo que se implementa un modelo de salud mental comunitario, territorial y accesible.

En la Argentina la reforma pareciera ser una utopía. Para Mario Testa (1995) no puede haber una transformación en el sector salud sin un correlato en lo social, señalando también que es imposible hablar seriamente de salud sin referirse al poder y la política.

La sanción de la Ley de Salud Mental 26657 es un claro ejemplo de la conjunción del espacio social, los representantes del pueblo, y los que llevan adelante procesos de reforma. En la práctica cotidiana, ¿qué sucede aún dentro de los muros de los hospitales psiquiátricos? La lucha entre los dos modelos, institucionalización-atención comunitaria, sigue vigente. Este binomio, si se mira desde el campo social, se manifiesta en el par excluido-incluido. Hoy más que nunca se trata de incluir en el espacio social a aquellos que por su padecimiento mental fueron condenados a la suspensión de su derecho a habitar la vida.

Agradecimientos

Dr. Emiliano Galende, Director de la Tesis.
Magister Débora Yanco, Tutora Metodológica.
Dra. Diana Uribarri, por su valiosa colaboración.

Referencias Bibliográficas

Agamben, Giorgio (2007) *Estado de Excepción*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo Editora.

Chomsky, Noam (1998) *Habla de América Latina, Entrevistas de Heinz Dieterich*, Buenos Aires, Editorial 21.

Foucault, Michel (1981) *Un diálogo sobre el poder*, Alianza Editorial, 6ª edición, Buenos Aires, 1997.

Galende, Emiliano (1997) *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998.

Goffman, Erving (1970) *Internados*, Editorial Amorrortu. 6ª reimpresión, Buenos Aires, 1998.

Grupo Eiem, Sub Equipo SS con Redes, (1998) *La perspectiva de Redes Naturales: Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social*, Buenos Aires, Editorial Lumen Humanitas.

Leff, Julian (2000) Evaluating Community Placement of Long Stay Psychiatric Patients, *The British Journal of Psychiatry*, 176: 217-223, Londres.

Menéndez, Eduardo L. (2004) "Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en AAVV compilador Spinelli Hugo, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

Mueser, Kim; Bond, Gary R; Drake, Robert; Resnik, Sandra. *Modelos de cuidados comunitarios para enfermedades mentales severas: Una investigación sobre case management*, Traducción Universidad de Santiago de Chile.

Sartorius, Norman; Freemanhugh; Heinz, Katschnig (2000) *Calidad de vida en los trastornos mentales*, Buenos Aires, Editorial Masson.

Sarraceno, Benedetto; Montero, Francisco (1993) *La Rehabilitación entre modelos y prácticas*, AAVV Victor Aparicio Basauri, *Evaluación de servicios de salud mental*, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Souza Minayo, María Cecilia (1997) *El Desafío del Conocimiento*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

Testa, Mario (1995) *Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

Twigg, J. *Cuidadores de los ancianos: modelos para un análisis*, Cap. 2 en Jamieson A, Illsley R: *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*, Ed SG Editores S.A. (Fundación Caja de Madrid).

La formación de posgrado en Salud Mental

El caso de las residencias hospitalarias de psicología y psiquiatría como sistemas de formación.

Flavia Torricelli

Lic. en Psicología y Dra. en Psicología (Facultad de Psicología UBA). Docente e Investigadora (Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Psicología (UBA).

flvtorri@gmail.com

Silvia Faraone

Lic. en Trabajo Social. Dra. en Ciencias Sociales. Investigadora y docente titular de la materia Problemáticas en Salud Mental en la Argentina. Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Profesora del Doctorado de Salud Mental Comunitaria, UNLa.

silfaraone@gmail.com

Resumen

Resulta fundamental el rol de la formación de los profesionales de salud a la hora de transformar de manera integral las prácticas. Los diversos postulados de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 enfatizan la necesidad de revisar los saberes profesionales del campo de la salud mental promoviendo espacios de capacitación. Para tal efecto analizamos la formación de posgrado en servicio a través de las residencias de Psicología y Psiquiatría de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Se tomaron 20 entrevistas a residentes, instructores y jefes de residentes de hospitales públicos de la CABA (2016-2018). La práctica institucional está centrada en lo asistencial, particularmente en las intervenciones individuales, prevalece la perspectiva de la enfermedad y se relega lo interdisciplinario, lo comunitario y lo intersectorial. Se desvalorizan las experiencias enmarcadas en investigaciones locales. Por otro lado, la baja resolutivez frente a las necesidades de la

población se vincula con un aplanamiento del campo, y de la multidimensionalidad de las problemáticas sociosanitarias, la coagulación de identidades defensivas al no asumir las limitaciones de la propia profesión y la expansión de prácticas medicalizantes producto de no problematizar las dinámicas que atraviesan el campo.

Palabras clave: residencias - formación - interdisciplina - comunidad.

Summary: The role of training for health professionals in transforming practices in an integral way is fundamental. The various postulates of the National Mental Health Law No. 26.657 / 2010 emphasize the need to review the professional knowledges of the field of mental health by promoting training spaces. For this purpose, we analyze postgraduate training in service through the internal residences of Psychology and Psychiatry of CABA. Twenty interviews were

conducted with residents, instructors and heads of public hospital residents of the Autonomous City of Buenos Aires (CABA), (2016-2018). Institutional practice is centered on care, particularly on individual interventions, the disease perspective prevails, and the interdisciplinary, community and inter-sectorial aspects are relegated. Experiences not framed in local research are devalued. On the other hand, the low resolution against the needs of the population is linked to a flattening of the field, and to the multidimensionality of socio-sanitary problems, the coagulation of defensive identities by not assuming the limitations of the profession itself and the expansion of medicalizing practices product of not problematizing the dynamics that cross the field.

Key words: Internal Residency - training - interdisciplinary - community.

Introducción

Es imposible desvincular, en las problemáticas en salud mental, la complejidad de cómo se presenta hoy la escena sanitaria pública de los saberes profesionales. En esencia, tanto la política económico-social y sanitaria como la política educativa y la actividad académica, exigen un ensamble que articule desarrollos, perspectivas y sensibilizaciones que se orienten en una misma línea. Sólo de ese modo, y si se tiene como horizonte la disminución de la brecha y una mejora en la salud de los pueblos, puede pensarse una respuesta sanitaria adecuada. Corregir esas desigualdades es, además de una operatoria eficaz, un posicionamiento ético ineludible.

Frente a realidades en las que prevalece una falta de visión sistémica, reformas inacabadas, y fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, el descuido de la salud colectiva se vuelve cada vez más ostensible y la complejidad de las problemáticas impone nuevos modos de abordarlos.

Dentro de ese escenario hemos puesto énfasis en dos de las profesiones del campo de la salud mental, psicología y psiquiatría, y en particular en actores en formación que, con sus prácticas, producen y reproducen los sistemas de salud, constituyéndose, al mismo tiempo, tanto en fuerzas instituidas como instituyentes.

En 2010 la Organización Panamericana de la Salud lanzó para América una iniciativa para conformar el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública, con el fin de fortalecer las capacidades de sus sistemas de salud, en tanto estrategia para un mejor desempeño de las funciones esenciales en el campo. Anteriormente, a finales de la década de 1990, este organismo había difundido la propuesta *La Salud Pública en las Américas* en la que se evaluaron once Funciones Esenciales de Salud Pública. Entre ellas se contó la referida al “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública”, que resultó ser la segunda más baja en desempeño.

A partir de eso se concluyó que en materia de salud pública resultan fundamentales la capacidad no ligada a una profesión o un rol determinado sino las competencias asociadas a funciones esenciales desplegadas en los ámbitos de práctica de los sistemas de salud. Dichas competencias -entendidas como saberes, conocimientos, habilidades, actitudes y valores- se ponen en movimiento en la realidad sanitaria, social y política compartida para solucionar las problemáticas en salud. Estas aptitudes se construyen, o sea que, por ende, varían espacial y temporalmente, son dialécticas y se despliegan con el fin de profundizar en una perspectiva integral en los diferentes ámbitos de práctica (Suárez Conejero *et al.*, 2013).

En 2005 la Organización Mundial de la salud (OMS) propuso el *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental* (OPS, 2013), que fue aplicado en diez provincias argentinas y, luego de esto, en 2010, la organización dio a la Argentina diez recomendaciones como guía de acción para la reforma de servicios de salud mental. Entre estas recomendaciones se incluyó el desarrollo de los recursos humanos, el establecimiento de vínculos con otros sectores -es decir, la intersectorialidad-, y el apoyo y estímulo al desarrollo de investigaciones.

En este contexto nos interesa exponer, en este artículo, los resultados de una investigación que abordó, entre sus ejes, la formación de los saberes profesionales del campo de la salud mental tomando como referencia un conjunto de elementos teóricos metodológicos, tal lo establece los diversos postulados de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010.

Dichos postulados se basan en el enfoque de derechos, la inclusión social, la interdisciplina e intersectorialidad, y la salud pública; es decir que consolidan la declaración de los principios rectores de Brasilia y ratifican, a 20 años, la *Declaración de Caracas* a través del *Consenso de Panamá*.

Como antecedente, es importante destacar que el artículo 33 de la Ley 26.657 ha puesto la formación de

los profesionales en el centro de las estrategias para la transformación necesaria del campo de la salud mental; asimismo, remarca que la autoridad de aplicación debe realizar recomendaciones a las universidades públicas y privadas con el objetivo de que la formación de los profesionales sea acorde con los principios, políticas y dispositivos establecidos en la norma. En la misma línea también recomienda promover espacios de capacitación a nivel de los propios efectores o equipos de salud mental para poder cumplir con sus postulados.

Durante los encuentros convocados por la Comisión Nacional Interministerial de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) realizados desde octubre de 2014 a mayo de 2015, de los cuales participó un conjunto de referentes académicos de las carreras de Enfermería, Medicina, Psicología, Trabajo Social y Derecho de universidades públicas y privadas de todo el país, se acordó como diagnóstico de situación inicial la necesidad de transformar la formación fragmentada, el reduccionismo conceptual, la tendencia medicalizadora y la falta de articulación entre las diversas profesiones intervinientes. Se ubicó la salud mental como un campo específico de conocimiento (Bourdieu, 1990; Galende, 1990) en el que convergen profesiones, teorías, tecnologías y prácticas que se integran en el proceso de atención/cuidado (Pinheiro y Ceccin, 2009; Pinheiro, Guljor y Da Silva Junior, 2007).

A su vez, esta situación reclama perentoriedad por la enorme carga que representan la problemática en salud mental creciente en el país y la distribución desigual del recurso en esta área; a esto se suma, en muchos casos, la utilización del recurso humano de modo ineficaz, que aún se desarrolla prioritariamente en instituciones monovalentes, lo que profundiza procesos de desigualdad y exclusión en el acceso.

Tal como adelantamos, nos centramos en este artículo en la formación de posgrado en servicio de las residencias de Psicología y Psiquiatría.

Metodología

Los resultados que aquí se exponen se enmarcan en la investigación realizada a partir de un proyecto UBACyT (2016-2019) titulado “Salud mental, infancias y derechos humanos” con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

En el marco de esta investigación un objetivo central fue “describir y analizar, las transformaciones respecto de la formación de los recursos humanos en el campo de la salud mental” y es, en el marco de este objetivo, que se desarrolla este artículo.

Metodológicamente es un estudio cualitativo de tipo exploratorio, descriptivo y transversal. Se utilizaron fuentes de datos primarias y secundarias. Se realizaron 20 entrevistas a residentes, instructores y jefes de residentes de hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el período 2016- 2018.

Se analizaron documentos técnicos e informes de situación vinculados al encuentro de universidades, año 2015, para desarrollar contenidos en torno a la Ley 26.657. El *corpus* bibliográfico y la propia selección de entrevistados se fue definiendo en la medida que avanzaba el trabajo de campo. Mediante la técnica de bola de nieve, se incorporaron entrevistas adicionales hasta la saturación teórica del tema de estudio. Se elaboró una guía para las entrevistas, que fueron grabadas con consentimiento informado explícito de los entrevistados, documentado a través de un formulario descrito y fechado que se entregó a los involucrados garantizando los resguardos de confidencialidad de la información y anonimato (Meo y Navarro, 2009).

La investigación se encuadró dentro de los criterios y pautas de la *Guía de Buenas Prácticas en Investigación en Salud* (Res. MS N° 148/2011)

Residencia: un cruce entre lo formativo y la política en salud

El sistema de residencias, que forma parte del sistema público de salud, constituye el punto de cruce entre la política educativa, la política sanitaria -particularmente aquella vinculada a la salud mental- y la práctica profesional. Consiste en un sistema de posgrado de capacitación en servicio, remunerado y a tiempo completo, con dedicación exclusiva o de integración docente asistencial (Programa de Residencias, 2003; Marco de Referencia para la formación del equipo de salud. Residencia Interdisciplinaria en salud mental, 2015); de acuerdo a esto los profesionales llevan a cabo su práctica en salud mental (Ordenanza 40997/1985).

Es pertinente esclarecer que las residencias en salud mental en la CABA tienen énfasis en la formación de psicólogos clínicos y de médicos en Psiquiatría, a diferencia de lo que fuera la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, creada en 1985 por Vicente Galli -por entonces director nacional de Salud Mental- que incluía, además de las profesiones señaladas, las de trabajo social, enfermería y terapia ocupacional (Ferro, 1989; Galli, 1989, Faraone, 2012a, 2012b, 2013).

Las residencias forman parte del sistema público de salud conformado en la CABA por trece hospitales generales, dieciocho hospitales especializados -entre los que se ubican cuatro hospitales monovalentes de salud mental (uno de los cuales es infantojuvenil)-, y dos hospitales generales de niños. A esto se agregan dos Centros de Salud Mental y cuarenta y cuatro Centros de Salud y Acción Comunitaria. Al momento de la investigación se llevaban a cabo residencias en salud mental en catorce sedes o ámbitos de formación, como hospitales generales de agudos o monovalentes de salud mental, y centros de salud mental.

Roles y estereotipos profesionales

Si bien en la institución hospitalaria interactúan médicos que llevan adelante la especialidad en Psiquiatría y Psicología que despliegan su experiencia asistencial y comunitaria, también hay residencias vinculadas a otras profesiones, tales como Trabajo Social, Psicopedagogía, Musicoterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional, que confluyen en los diferentes servicios de salud mental. Sin embargo, el título que expide la Dirección de Capacitación del Gobierno de la CABA es el de psicólogo clínico y el de psiquiatra formados en un programa interdisciplinario. A pesar de que cada sede institucional es particular, los entrevistados acotan que hay espacios

de formación y rotación donde ambas profesiones se articulan interdisciplinariamente, no relegando lo disciplinar. Aunque el Marco de Referencia señala que el 80% del tiempo se dedicará a la formación del residente en el equipo interdisciplinario de salud y el 20 % a la formación disciplinar, eso varía de acuerdo a cada sede.

Más allá de las competencias de cada una de las profesiones en juego, y de las características de cada sede hospitalaria, la práctica institucional está centrada en lo asistencial, particularmente en las intervenciones individuales.

Si bien el denominador común de los egresados universitarios en el campo de la salud mental es el trabajo de ligazón entre la práctica profesional y las problemáticas psicosociales emergentes, existen tareas específicas sujetadas a los roles de cada una de las profesiones. El trabajo de reorientación implica, en el caso de los psicólogos, una erosión sistemática de estereotipos basados en modelos teoristas, es decir centrados en conceptualizaciones o abstracciones arborescentes escindidas algunas veces de la práctica (Castro Solano, 2004; Courel y Talak, 2001). En sus investigaciones, Castro Solano exploró los planes de estudio de la carrera de Psicología y determinó que, en términos generales, tenían como carencia básica una desconexión entre la teoría y la práctica profesional, por lo que desarrollaban

un perfil profesional con insuficiente entrenamiento en procedimientos de intervención en los campos de trabajo con problemáticas y demandas sociales que se perciben alejadas de un posible abordaje.

Además, en el caso de los médicos prevalece en su formación de grado un modelo ceñido a los aspectos químicos y biológicos, y concebido desde una epistemología clásica. Aquí la perspectiva de la enfermedad y el trastorno se consolida como hegemónica y las prácticas vinculadas a dimensiones familiares, sociales y comunitarias quedan alejadas de la cotidianidad de las intervenciones y las prácticas (Yanco y Roma, 2007; Ferro, 2010; Torricelli, 2012). En la misma línea, un grupo de investigadores brasileños refiere que los trabajadores de la salud poseedores de avances técnicos actúan con un saber en ocasiones altamente especializado pero fragmentario para intervenir de forma puntual sobre el cuerpo de un individuo, desresponsabilizándose del cuidado de aquel usuario y demostrando una baja resolutividad frente a las necesidades y demandas de la salud (Terenzi Seixas *et al.*, 2016).

En el mismo sentido que el diagnóstico realizado por los representantes académicos convocados por la CONISMA (2015), lo observado en el trabajo de campo con las residencias de Psicología y Psiquiatría fue una

situación en la cual la formación de grado ya venía imbuida de un perfil predominantemente asistencial, en detrimento de aspectos privilegiados por la Ley 26.657, como son los modelos comunitarios o territoriales, y con peso en la prevención o la rehabilitación. Pero aun la exploración de lo clínico dentro de la labor asistencial en niveles micro de la subjetividad requeriría la inclusión de diversas perspectivas que tomen en cuenta los planos evolutivos, familiares, ambientales, micro y macro sociales, culturales e históricas (Jiménez, 1995), aspectos distantes en ocasiones de la práctica cotidiana del joven profesional.

Todo ello refuerza y a la vez es realimentado por las políticas públicas en salud en general y en salud mental en particular, un modelo con peso en lo asistencial y hospitalocéntrico.

El aplanamiento y la descontextualización de la complejidad

Tal como se señaló, los residentes son responsables de gran parte de la asistencia en el campo de la salud mental del sector público y llevan a cabo tareas clínicas programadas, en la urgencia y en la interconsulta. Esto supone la permanencia durante gran cantidad de horas en los hospitales y centros de salud (Torricelli, 2007).

En esas instancias, según se pudo registrar, para la realización de los diagnósticos los residentes deben utilizar -en sintonía con lo empleado en todo el subsector público- el *CIE* en su décima versión, sin embargo en la práctica se utiliza el *DSM IV*.

El manejo de los manuales diagnósticos y la consiguiente forzatura en la codificación forman parte de una instancia en la formación en salud mental. Si bien su uso es una herramienta que puede permitir llevar adelante algunas exploraciones epidemiológicas, y organizar determinadas políticas en salud, puede también precipitar hacia un profundo apego por los procedimientos estandarizados, promover un estilo escolar (Gauron y Dickinson, 1966) y aplanar la perspectiva clínica desde la cual actuar sobre la complejidad.

Con el apego por la codificación no sólo quedan por fuera las complejidades que se presentan en el campo, sino que tampoco se pueden construir una diversidad de respuestas terapéuticas necesarias y contextualizadas socio-culturalmente de las problemáticas en salud mental. Si bien autores estadounidenses refieren que el uso de los manuales en psicoterapia fue una moda en los años sesenta (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994), advierten sobre el peligro de la manualización como ejemplo del feroz aplanamiento de la clínica.

De hecho, Conrad y Bergey (2014) han advertido acerca de la extensión del manual *DSM* como uno de los indicadores de la globalización de los diagnósticos medicalizados en el siglo XXI, y diferentes autores se han encargado de resaltar la íntima y robusta relación que se establece entre la creación de nuevos diagnósticos o la reformulación de antiguos diagnósticos, y la consecuente prescripción de medicamentos presumiblemente indicados para ciertas nosografías (Russo y Venâncio, 2006; Conrad, 2007; Moynihan y Cassels, 2007; Jara, 2007; Cabral Barros, 2007; Healy, 2002; Shorter, 2009). Estas investigaciones, sustentadas en diferentes casos empíricos, sean de corte histórico o en relación a problemáticas actuales, ponen de relieve la importancia de considerar el campo de los fenómenos medicalizados como una trama en la que los manuales en general, y el *DSM* en particular, se constituyen como piezas fundamentales para reflexionar acerca de las relaciones entre nosologías, diagnósticos y fármacos.

Vinculado a los efectos de la manualización, en el trabajo de campo se observó un abrupto modelaje de los padecimientos, devenidos en trastornos. Así, los jóvenes profesionales acuden en ocasiones a un veloz rastreo de bibliografía amparado en un supuesto científicismo, elaborado por la propia industria farmacéutica, con lo cual tratándose de momentos formativos se impone

una dinámica farmacológica que impregna el proceso de asistencia (Pavlovsky, 2006).

Una práctica no enmarcada en investigaciones locales

Por otro lado, y en concordancia con lo expuesto anteriormente, una observación que merece destacarse en la formación de los residentes es la escasa relevancia que se otorga a estudios o investigaciones locales, llevadas a cabo generalmente por centros científicos o académicos o en secretarías u organismos locales, que proporcionan insumos adecuados para conocer las realidades zonales (población, problemáticas, perspectivas integrales de salud y recursos disponibles). Si bien estas investigaciones tienen el potencial de situar las prácticas y ofrecer un entramado más acorde al contexto, en las entrevistas se manifestó que las mismas no son ponderadas ni consultadas por los residentes, aunque dichas investigaciones aborden datos estadísticos o cualitativos y cualitativos afines a sus intervenciones.

En esta línea, investigaciones centradas en la formación de los residentes que anteceden a este trabajo (Torricelli, 2007; Comité de Redacción Clepios, 2013; Agrest, 1994; Agrest y Nemirovsky, 1998; Agrest *et al.*, 1998) y en artículos científicos producidos por exresidentes

(Rubinstein, 2013; Vainer, 1996; Pavlovsky, 2006), queda expresado el sesgo de la formación predominante hacia la atención individual más cercana al consultorio privado en desmedro de la capacitación en dispositivos grupales, familiares o comunitarios. En tres de estas exploraciones (Torricelli, 2007; Pavlovsky, 2006; Vainer, 1996) se concluyó que existía una brecha entre la formación en la residencia y la complejidad en materia de problemáticas que la realidad evidenciaba. Estos trabajos demostraron que ya en el momento de realizar las respectivas investigaciones, hace varios años, la capacitación de los jóvenes profesionales no respondía adecuadamente a las necesidades sanitarias de la población ni tenía interiorizada una perspectiva interdisciplinaria que pudiera intervenir en las problemáticas que, según los propios entrevistados, se presentaban cada vez con mayor agudeza. En nuestro trabajo de campo -realizado entre 2015 y 2017- se observó que la complejidad de los nuevos problemas y demandas en materia de salud mental daba cuenta de un contexto de creciente vulnerabilidad y una disociación con los recursos necesarios para la intervención.

Desprestigio de lo comunitario

Otro factor para conjugar con esta situación, y totalmente relacionado con lo precedente, es la escasa

proporción dentro del sistema público de salud de experiencias de base comunitaria que sean de referencia para el aprendizaje de los jóvenes profesionales. Así es que los residentes rotan por equipos del primer nivel de atención sin ser apuntalados por profesionales más experimentados, a menudo muy sobrecargados y demandados con tareas asistenciales; y si bien estas se desarrollan en la periferia de los nosocomios forzosamente mantiene la lógica hospitalaria en la atención a la demanda (Falicoff *et al.*, 2013).

Lo comunitario parecería alejado en los procesos de formación, ya sea por la ausencia y/o desmantelamiento de dispositivos en el sistema formal de salud, por la falta de inquietudes personales de los residentes, pero también por la complejidad de las propias problemáticas psicosociales que los profesionales deben enfrentar y dar respuesta. Lo comunitario emerge como ese espacio no transitado, donde se generan resistencias e identidades defensivas dentro del campo.

Un punto señalado por los entrevistados, y que tiene una profunda relación con este aspecto, es la falta de inclusión de espacios de revisión y reflexión sobre la práctica, ya que la inclusión de estos aspectos no es sistemática ni formal y que quedan librados a los intereses personales de los residentes. Sin embargo, si

concebimos la formación en salud pública como una tecnología relacional, ubicada en un espacio *inter*, entre los jóvenes profesionales, la institución y el usuario en un espacio de interacción (comunidad), resulta esencial la necesidad de pensar la micropolítica del proceso de trabajo (Merhy y Franco, 1999). Justamente, el acto de reflexionar sobre la práctica e interpelar estereotipos desmarca la dicotomía usuario vs. profesional/efector y reubica el tema de las prácticas en salud mental comunitaria en un espacio complejo que incluye lo multidimensional (Stolkiner *et al.*, 2003; Faraone *et al.*, 2011).

El residente como modelador de su formación

Otro aspecto que resultó significativo dentro de la exploración de las residencias ha sido la modelación propia de la formación de manos de los mismos residentes, de acuerdo a sus intereses particulares.

Es interesante tener presente que para el funcionamiento de las residencias en general, y en particular en salud mental, existe un documento marco de referencia que exige para cada especialidad un conjunto de criterios básicos y estándares mínimos que aluden al perfil profesional considerando las bases curriculares y las capacidades de cada egresado, a la vez que delinea la trayectoria formativa de cada especialidad para que sea

equivalente en todo el país (GCBA, 2011). Por ello, la Dirección de Capacitación del Gobierno de la CABA provee a las residencias un programa de formación con contenidos que contemplan los diferentes contextos y necesidades hospitalarias zonales (Yanco y Roma, 2007). El programa oficial funciona desde 2003 -a diferencia de otras especialidades de la salud, que son más recientes- y en 2019 sigue vigente.

En dicho programa se encuentra una línea de base común con cursos obligatorios que garantizan un estándar mínimo de conocimientos y luego se adecua variando con la realidad de las distintas sedes mediante programas locales a cargo de coordinadores institucionales de residencia de ambas profesiones. Esta última particularidad hace que en alguna sede los residentes puedan decidir separar los cursos de formación de Psicología por un lado y Psiquiatría por otro, con lo cual se restringen los espacios interdisciplinarios y se consolidan instancias disciplinares.

Además, es menester señalar que el hecho de que gravite sobre los residentes la decisión de moldear su propia formación acorde a sus intereses durante la residencia es una característica del campo de la salud mental, pero no así de otras especialidades. Este aparente ejercicio de libertad de elección libra en manos de profesionales que

dan sus primeros pasos en el hospital la formulación de trayectorias educativas que necesitan ser pensadas con una lógica cuyo eje se funde en la necesidad de recursos del sistema sanitario público, en base a lo establecido normativamente para tales funciones, y no sólo en las inquietudes personales o las de otros actores que disputan en el cotidiano las políticas y prácticas en salud mental (Faraone y Bianchi, 2018).

Las singularidades de cada sede guardan relación también con la corriente teórico-clínica de los jefes, coordinadores y/o miembros del servicio hospitalario. Así es que en algunos hospitales puede primar una perspectiva psicoanalítica, en otros una perspectiva más conductual o también una mayor pregnancia del paradigma biologicista. Entonces, en alguna sede puede haber más afinidad por el funcionamiento interdisciplinario o, por el contrario, por la primacía de una sola disciplina en desmedro del funcionamiento en equipo. En ese sentido, Rovere (2011) señala la falta de interface entre las residencias en salud y el personal de planta, ubicando a las primeras como mano de obra precarizada que termina refugiándose en sí misma y sin apoyatura de las líneas jerárquicas.

Lo dificultoso de la situación descrita es que, a pesar de la existencia de la Ley Nacional de Salud Mental, y

la Ley N°448/ 2000 de Salud Mental de la CABA, que consolidan perspectivas interdisciplinarias e intersectoriales para abordar esas complejidades, tales transformaciones no se reflejaron en las prácticas ni en la formación de los profesionales. Se registran, en cambio, actitudes defensivas producto de no asumir las limitaciones de la propia profesión o línea teórica y la necesidad imperiosa de articular con otro.

La ley N° 26.657, la gran ausente.

En primer lugar cabe señalar que el sistema de salud en la CABA no ha realizado acciones ni construido dispositivos acordes a la Ley 26.657. Esta ausencia se evidencia también en los portales oficiales de la Dirección General de Salud Mental y en el sobre adicciones (en ambos casos consultados en enero de 2018), o en el cuadernillo Guía de Recursos y Derivación de Salud Mental 2014/2015 (GCBA, s./f.) donde no figura el texto escrito de la norma. A esto puedo sumarse el acta acuerdo firmada en julio de 2019 entre la Asociación de Médicos Municipales y las autoridades de salud del Gobierno de la CABA que pone el acento en el desconocimiento de la norma, violentando sus principios.

Esto se acompaña con una ausencia de espacios formales de capacitación en torno a los contenidos de la Ley

26.657, que sólo se realiza de manera autogestiva. Todo ello resulta sinérgico con una dificultad de asimilación en la comunidad profesional (Faraone, 2012a).

Por otro lado, en las entrevistas fue posible detectar una vivencia de la Ley Nacional ligada a un tipo persecutorio de la práctica, generando y poniendo en la propia norma o en otra de las profesiones intervinientes en el campo de la salud mental el armado de un enemigo. Entonces la adscripción a la Ley o su detracción vira en una puja corporativa profesional abroquelada en posiciones defensivas y no en el exclusivo cuidado del usuario y la preservación de sus derechos.

A modo de síntesis

En este artículo hemos presentado los resultados de un trabajo sobre la formación de posgrado de profesionales de salud mental centrado la exploración en las residencias de Psicología y Psiquiatría de la CABA. En él se ha podido observar una práctica centrada en lo individual y sin un enfoque transversal ligado a lo interdisciplinario e intersectorial que promueva una perspectiva de construcción conjunta del campo.

En otro plano, la disociación afín a una conceptualización de enfermedad/trastorno, que está ligada a los

procesos de aplanamiento del campo, logra que la multidimensionalidad de las problemáticas sociosanitarias, que requieren de respuestas complejas, terminen coagulándose en modos convencionales y reduccionistas de formación. Esta disociación, que jerarquiza modelos teóricos, que escinden lo cultural, territorial y comunitario, termina por recortar los fenómenos humanos.

La soledad en la formación evidencia una falsa libertad que deja librados a los residentes a la construcción de su propia trayectoria educativa, lo que restringe este espacio no sólo a inquietudes personales, sino también a la penetración de actores que disputan en lo cotidiano las políticas y prácticas en salud mental. Ligado a esto, los laboratorios farmacéuticos tienen un rol importante en la distribución de material vinculado a investigaciones que enlazan los fármacos y los diagnósticos establecidos únicamente por los manuales, particularmente el *DSM*. Con estos procesos se consolidan, desde los propios espacios formativos, instancias que promueven lógicas y dinámicas farmacologizadoras de los padecimientos psíquicos.

Este sofisticado entramado de factores que pueden ubicarse en diferentes planos más generales o macros, o más personales del aprendizaje y de la política pública, termina cercenando la posibilidad de complejizar la enseñanza y de desarrollar una perspectiva crítica. Esto

confina al profesional en formación a un espacio más defensivo o más sufriente, sin herramientas adecuadas para problematizar lo que sucede.

En la misma línea argumentativa, tal como lo postula la Ley 26.657, la construcción de un enfoque interdisciplinario debe concebirse desde el comienzo del aprendizaje y transversalizando toda la formación. Esta concepción rompe con el esquema clásico, logra transformar la práctica y produce nuevos saberes más integrales, en permanente interacción y dispuestos a saltar fronteras restrictivas; pero esto parecería estar lejos de la interiorización en las prácticas formativas en las residencias aquí analizadas.

Por último, si bien ya hay generaciones de residentes formados en el contexto de Ley 26.657 no existe, sin embargo, un sistema de salud en la CABA que haya formalmente realizado acciones y dispositivos acordes a la norma, y menos aún un espacio formativo para que la implementen las nuevas generaciones de profesionales. Más aún, se observa desde las propias autoridades y desde las corporaciones una resistencia que pone en peligro la institucionalidad misma. De este modo, las prácticas de los profesionales en formación son producto y producidas por los cambios que no han devenido en el sistema de salud, y que impregnan no sólo las intervenciones institucionales sino también los sistemas de formación.

Referencias Bibliográficas

- Agrest, M.** (1994). Los residentes de salud mental en 1994. Características poblacionales y sus opiniones sobre la formación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 41(3), 219-229.
- Agrest, M.; Arín, C.; Greco, C.; Nemirovsky, M. y Vainer, A.** (1998). Perfil profesional de los ex residentes de salud mental. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, VIII, 30, 278-288.
- Agrest, M. y Nemirovsky, M.** (1998). Los residentes de Salud Mental. *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental*, IV, 1, 15-18.
- Beutler, L. E.; Machado, P. P. y Neufeldt, S. A.** (1994). Therapist variables. En Bergin, A.E. y Garfield, S.L., *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Bourdieu, P.** (1990). Algunas propiedades de los campos. *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Cabral Barros, J. A.** (2007). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 579-587.

Castro Solano, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Revista Interdisciplinaria*, 21, 2, 117-152.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University.

Conrad, P. y Bergey, M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science and Medicine*, 122, 31-43.

Comité de Redacción Clepios (2013). La formación en la residencia en salud mental en la Ciudad de Buenos Aires”, *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental*, vol. XIX, N° 1: 29-35.

CONISMA (2015). *Recomendaciones a las Universidades Públicas y privadas. Art. 33 Ley Nacional 26.657*. Imp. Jefatura de Gabinete. Argentina.

Courel, R. y Talak, A. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en la Argentina [The academic and professional training of psychologist in Argentina]. En Toro, J. & Villegas, J. (eds.), *Problemas centrales para*

la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas. Buenos Aires: Sociedad Interamericana de Psicología.

Falicoff, J.; Lagos, M.; Mazzoglio y Nabar, M.; Bekerman, S.; Muñiz, M.; Méndez Ribas, M. (2013). Impacto subjetivo de la práctica clínica actual según momentos de la formación. *Sinopsis*, 26, 52, 31.

Faraone, S. (2012a). *Cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la argentina (1983-2010)*. Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Faraone, S. (2012 b). El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2, 4, 48-61.

Faraone S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones Salud Mental y Comunidad. *Ediciones Unla*, 3, 3, dic., 29-41.

Faraone S. y Bianchi E. (comp.) (2018). *Medicalización salud mental e Infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.

Faraone, S.; Geller, Y.; Mendez, M. J.; Rosendo, E.; Torricelli, F. y Valero, A. (2011). *Accesibilidad y derechos humanos en salud mental. Análisis de los procesos de atención en efectores generales de salud desde una perspectiva alternativa y sustitutiva de los modelos asilares: el caso de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego*. Salud Investiga, Ministerio de Salud.

Ferro, R. O. (1989). *Análisis y evaluación del desarrollo de recursos humanos para la salud mental en la Argentina 1983-1989*. Buenos Aires: OPS-DNSM.

Ferro, R. O. (2010). "Salud mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad", *Revista de Salud Pública*, XIV, 2, dic., 47-62.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.

Galli, V. (1989). "Lineamientos en Salud Mental". Documento, Dirección Nacional de Salud mental. Mimeo. Buenos Aires.

Gauron, E. F. y Dickinson, J. K. (1969). The influence of seeing the patient first on diagnostic decision making in psychiatry. *Am. J. Psychiatry*, 126, 199-205.

GCBA (s./f.) "Guía de recursos y derivación de Salud Mental 2014/2015", Dirección de Salud Mental. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/saludmental/guia-de-recursos-y-derivacion-de-salud-mental> [consulta enero de 2018].

GCABA (2002). *Plan Nacional de Salud Mental 2002 a 2006*. Dirección de Salud Mental.

GCABA (2011). *Documento Marco. Residencias del Equipo de Salud*. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Disponible en http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf [consulta febrero de 2018].

Ministerio de Salud. Guía de Buenas Prácticas en Investigación en Salud (Res. Ministerio de Salud N.º 1480/2011).

Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. London: Harvard University.

Jara, M. (2007). *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*. Barcelona: Icaria-Antrazyt.

Jiménez, J. (1995). El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada. En Defey, D.; Elizadlde, J.H. y Rivera, J. (comp.), *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos*, Uruguay: Roca Viva.

Meo, A. y Navarro, A. (Eds.) (2009). *La voz de los otros. El uso de la entrevista en la investigación social*. Bs. As.: Omicron System.

Merhy, E. E. y Franco, T. B. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 15(2), abr.-jun., 345-353.

Moynihan, R. y Cassels, A. (2007). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Barcelona: Terapias Verdes.

OPS (2013). Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS) Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Pavlovsky, F. (2006). La tentación: vicisitudes de un psiquiatra. *Topía*. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/la-tentación-visicitudes-de-un-psiquiatra> [consulta febrero de 2018].

Pinheiro, R. y Burg Ceccim R. (2009). Experimentación, formación, cuidado y conocimiento en el campo de la salud: articulando concepciones, percepciones y sensaciones para efectivizar la enseñanza de la integralidad. En Pinheiro, R.; Burg Ceccim, R.; Koifman, L. y Araujo de Mattos, R. (comp.), *Enseñar salud*. Buenos Aires: Teseo.

Pinheiro, R.; Guljor, A. y Da Silva Junior, A. (2007). Necesidades e prácticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta de avaliação entre demanda e oferta de cuidado. En *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

Rovere, M. (2011). Curso de Formación Docente para el Área de Prácticas en Salud en la Formación del Psicólogo. Seminario Extracurricular, Universidad Nacional de Rosario.

Rubinstein, V. (2013). Una formación que se inventa. *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental*, XIX, 1, 5-8.

Russo, J. y Venâncio, A. T. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatología*, 3, 460-483.

Shorter, E. (2009). *Before Prozac. The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Oxford: Oxford University.

Stolkiner, A.; Comes, Y.; Parenti, M.; Solitario, R. y Unamuno, P. (2003). *Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense*. Buenos Aires: Serie Seminarios en Salud y política pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad CEES.

Suárez Conejero, J.; Godue, C.; García Gutiérrez, J.F.; Magaña Valladares, L.; Rabionet, S.; Concha, J. et al. (2013). Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Pública*, 34(1), 47-53.

Terenzi Seixas, C.; Merhy, E. E.; Staeve Baduy, R y Slomp J. H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12, 1, 113-123. Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.

Torricelli, F. (2007). Residentes en Psicología Clínica y en Psiquiatría. Representaciones acerca de sus campos profesionales y producción inferencial clínica en su formación como psicoterapeutas. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Torricelli, F. (2012). Campo, rol y perfil profesional en los residentes en psicología y en psiquiatría en la Ciudad de Buenos Aires: una investigación sobre el componente ‘recurso humano en salud mental’ en el subsector público. *Salud Mental y Comunidad*, 2, 2. Disponible en <http://www.unla.edu.ar/public/saludMentalyComunidad/index.php> [consulta, febrero de 2018].

Vainer, A. (1996). La desaparición de lo grupal en las residencias. *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental*, 2, 2, 62-67.

Yanco, D. y Roma, V. (2007). Residencias de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Dilemas y avances en su construcción. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*, XVIII, 179-186.

Normativas citadas

Argentina, Ley 25.421 (2001). *Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM)*. Congreso de la Nación, abril 4.

Argentina, Ley 26.657 (2010). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Congreso de la Nación, noviembre 25.

GCBA, Ley 448 (2000). *Salud Mental*. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, julio 27.

GCBA, Ordenanza 40997 (1985). *Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud*, publicada en el Boletín Oficial N° 17720 el 11-02-1986.

Ministerio de Salud, Resolución 2340 (2015). Recursos humanos en salud. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/257650/norma.htm>



Saberes y Prácticas en Salud Mental: representaciones sociales de estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición.

Wisdoms and Practices in Mental Health: social representations from students of Nursing, Kinesiology, Medicine and Nutrition School (UNLaM).

Virginia Noemí Cordich
Lic. y Prof. en Psicología

virginiacordich1@gmail.com

José Antonio Marín
Médico especialista en imágenes

joseamarin@hotmail.com

María Victoria De León
Lic. en Psicología

deleonmariavictoria@gmail.com

Sabrina Cecilia Molina
Lic. en Nutrición

sabrinacmolina@gmail.com

Mariela Angela Ferrari
Lic. en Nutrición

marielaferri0408@gmail.com

Natalia Paola Osella
Lic. en Psicología
Mg. en Salud Mental

naty.osella85@gmail.com

Daniel Manfredo Frankel
Sociólogo/Dr. en Ciencias
Sociales

dfrankel200@gmail.com

Darío Sebastián Pertusi
Lic. y Prof. en Educación Física

lic.pertusi.dario@hotmail.com

Resumen

La investigación se orientó a conocer las representaciones sociales (RS) (saberes, acciones y valores) que los estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) construyen sobre la Salud Mental (SM). Los objetivos fueron conocer las mismas y compararlas entre aquellos que cursaban los primeros y últimos años de dichas carreras e indagar acerca del conocimiento que dichos estudiantes tienen acerca de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM). Se adoptó una estrategia metodológica mixta basada en la triangulación: Se trata de un tipo de estudio descriptivo exploratorio cualitativo-cuantitativo que se llevó a cabo en dos etapas. La primera mediante metodología cualitativa, teniendo en cuenta que de las hipótesis resultantes se aplicó, para la segunda etapa, una cuantitativa. Las entrevistas destacan desconocimientos referidos a la inclusión de salud mental en la currícula de

las carreras. Hay referencias parciales en alguna asignatura y cuando es mencionada es en relación a otros conceptos. Como conclusión se refleja la necesidad de incorporar a los programas de las asignaturas contenidos que profundicen los conocimientos de Salud Mental y Derechos Humanos, para así poder formar a los futuros profesionales con herramientas para el desempeño de su profesión, orientando a la humanización de la práctica y evidenciando las desventajas y atrasos de replicar el modelo hegemónico aún vigente.

Palabras clave: Representaciones sociales - Ley de Salud Mental - Interdisciplina - Prácticas.

Abstract: This research aims at learning the social representations (SR) (wisdoms, actions and values) that the students of Nursing, Kinesiology, Medicine and Nutrition from the Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) build about Mental Health (MH).

It attempts to know the social representations of the students; to compare them among the students from the first and the last years of their course of study, and to inquire about their knowledge of the National Mental Health Law (NMHL). A mixed methodological strategy was adopted based on triangulation: that is, a type of qualitative-quantitative exploratory descriptive study, carried out on two stages. The first used qualitative methodology; from the resulting hypothesis, the second used a quantitative research. An informed consent document was designed, among other activities. At the same time internal activities about qualitative and quantitative methodologies were performed. The interviews highlight ignorance regarding the inclusion of mental health in the curriculum of the careers. There are partial references in some subject and when it is mentioned it is in relation to other concepts. The conclusion of this research shows the need to include in the curriculum of the courses of study those contents that deepen

their Mental Health and human rights knowledge, in order to train future professionals with tools for the performance of their profession, guiding the humanization of the practice and evidencing the disadvantages and delays in replicating the hegemonic model still in force.

Key Words: *Social representations - Mental Health Bill - Interdisciplinary subject - Practices.*



Introducción

La OMS define la Salud Mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, entendiéndolo como un proceso multideterminado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, es decir una construcción que involucra a toda la sociedad. La Salud Mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. La Salud Mental depende de cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas y en qué forma uno responde a las demandas de la vida (Carranza, 2003). Pese a ser un objeto de interés creciente en los ámbitos académicos, profesionales y políticos, la Salud Mental no es unívoca en su conceptualización, lo que causa diferencias en los modos de comprenderla y abordarla. Los problemas que conciernen al campo de la Salud Mental son objeto de las interacciones cotidianas y dan lugar a un conjunto de saberes del sentido común que constituyen el objeto de análisis de la teoría de las Representaciones Sociales. Este concepto es una forma de conocimiento específico, el saber de sentido

común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados; en sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social orientado a la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (Jodelet, 1993).

De acuerdo con Moscovici (1979), una representación se funda en un sistema de valores y normas que orientan a los sujetos en el contexto social, permitiendo además la denominación y clasificación de la experiencia individual y colectiva. Por su parte, una representación social puede ser definida como una elaboración de un objeto social que constituye un modo de conocimiento que tiene como función la comunicación y la orientación del comportamiento, contribuyendo además a la inscripción identitaria en un grupo particular.

Conocer las representaciones sociales acerca de la Salud Mental de los estudiantes universitarios y cómo se van reconstruyendo las mismas durante la formación académica es de suma importancia en el sentido en que estas representaciones van a ejercer influencia en el desempeño, las competencias, la forma de enfrentar la enfermedad y la empatía de los futuros profesionales en su práctica profesional, cualquiera sea el ámbito en el que se inserten.

En el caso de los profesionales que trabajan en diversas áreas relacionadas con la Salud Mental, hay una coexistencia de saberes en torno a dicho objeto: por un lado, los saberes de sentido común que configuran las representaciones sociales y que son anteriores a la instrucción académica, y por otro, los saberes científicos resultantes de su formación disciplinar. Las representaciones sociales de los profesionales están imbricadas con su “conocimiento experto”, aunque las mismas no son una copia exacta del conocimiento científico sino una combinación y reconstrucción selectiva de los temas dominantes de representación (Bentacur, Restrepo-Ochoa, Ossa, Zuluaga, Pineda, 2014).

Es por ello que se considera pertinente indagar las representaciones sociales en Salud Mental de los estudiantes de la UNLaM de los primeros y últimos años de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición, para así poder determinar si a lo largo de su formación académica las representaciones sufren o no modificaciones y que tipo de modificaciones ocurren. De esta manera, poder comparar entre las carreras en relación a su currículo con el objetivo de transferir esa información no solo a la coordinación de las diferentes carreras, sino también a diferentes efectores de salud y Salud Mental.

Los objetivos de nuestro trabajo han sido describir las RS que los estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición de la UNLaM construyen sobre la Salud Mental e identificar semejanzas o diferencias en quienes cursan los primeros años de la carrera y los que cursan los últimos años. Por otro lado, también ha sido de interés indagar acerca del conocimiento sobre los postulados de la LNSM de los estudiantes anteriormente mencionados.

Representaciones sociales y Ley Nacional de Salud Mental

En los campos profesionales, las Representaciones Sociales se constituyen y redefinen constantemente en función de las prácticas de los profesionales que las sustentan. Las prácticas están cargadas de conocimientos y creencias pero no siempre ellas han pasado por un momento reflexivo desde el profesional que las porta (Frankel, 2002, 2003). A su vez, constituyen una explicación o teoría social que los sujetos, como parte de un colectivo, construyen sobre aspectos de esa vida cotidiana que les permitirán interactuar en ella. Es decir, son una totalidad significativa contextualizada (Jodelet, 2003) que identifica y define al grupo que construye esa representación, tanto como al contenido representado. Para Moscovici y Marková (2003) el universo

consensual involucra tres formas de construcción de conocimientos: el mito, el imaginario social y la experiencia. El conocimiento del sentido común favorece una experimentación del mundo y sobre el mundo, dando lugar a las prácticas sociales. Éstas, como sistemas de acción socialmente estructuradas e instituidas relacionadas con las posiciones sociales, son integrantes de las representaciones sociales.

La Ley Nacional de Salud Mental se convierte en un objeto novedoso y diferente, que debe ser comprendido. A pesar de su sanción en 2010 y reglamentación en 2013 todavía no puede efectuarse la plena implementación, debido a diversos factores: predominio del modelo médico hegemónico, resistencias institucionales y de corporaciones de profesionales como así también resistencias culturales-simbólicas que se centran en los conceptos de encierro y peligrosidad. Así, entran en conflicto las prácticas que todavía tienen como eje central el enfoque restrictivo de la psiquiatría basada solo en el criterio de la enfermedad y el hospital monovalente como modalidad de abordaje y aquellas que plantean un enfoque teórico centrado en la comunidad y la familia y abordajes que ponen el foco en dispositivos fuera del encierro (hospitales de día, casas de medio camino, casas convivenciales).

De este modo, las representaciones sociales que se construyen y circulan sobre la Salud Mental, guían las acciones y las decisiones individuales y colectivas. Junto con los saberes disciplinares propios del campo de la Salud Mental, los futuros profesionales de la salud construyen representaciones sociales que operan, incluso a veces de manera contradictoria con los mismos. En este sentido, adquiere central relevancia indagar sobre las representaciones sociales sobre la Salud Mental en estudiantes de carreras de salud, en el sentido de comprender las implicancias socio-profesionales, los marcos de referencia y sus prácticas en esa área. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se plantean los siguientes ordenadores conceptuales:

a. Salud Mental

En relación a las vinculaciones entre Salud Mental y la Ley Nacional de Salud Mental, la hegemonía del modelo asistencialista basado en la lógica manicomial desestima el reconocimiento del derecho a la Salud Mental. La polémica entre conceptualizar al sufrimiento psíquico como una dimensión subjetiva del enfermar en el cual intervienen determinantes sociales, culturales, históricos confronta con la postura objetiva y etiquetadora que ha primado a lo largo de la historia.

Las implicancias de la puesta en marcha de la Ley Nacional de Salud Mental generan un cambio estructural en varias áreas, lo cual no será sencillo lograr sin la participación conjunta de varios sectores (Ministerios de Educación, Ministerio de salud y Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo de las diferentes jurisdicciones como así también organizaciones de la sociedad civil que trabajan tanto en salud como en Derechos Humanos). Los obstáculos vinculados a la vigencia del paradigma tutelar operan como resistencia a las transformaciones para lograr una atención de las personas con padecimiento subjetivo en dispositivos alternativos en la comunidad y sin recurrir al encierro. Para contrarrestar la utilización de los hospitales psiquiátricos como único dispositivo de atención, se advierte la necesidad de producir articulaciones interdisciplinarias e intersectoriales en el nivel micropolítico institucional que construyan viabilidades y constituyan prácticas innovadoras transversales; así como el desafío de un movimiento de Salud Mental con múltiples actores sociales que garantice la universalidad de la salud (espacios académicos, organizaciones de la sociedad civil, trabajadores de la salud, usuarios, familiares y allegados de personas con padecimiento subjetivo principalmente). De este modo se propone un sistema de cuidados en redes de complejidad que garanticen equidad con accesibilidad, reducción del riesgo psicosocial, desarrollo de las capacidades de

resiliencia ante el desamparo y sufrimiento psíquico en espacios territoriales cercanos a sus lugares de residencia, favoreciendo así la accesibilidad geográfica.

Así, la formación del conjunto de actores en Salud Mental debe ser entendida como una práctica contrahegemónica que permita la construcción de nuevas estrategias de intervención reorientadas hacia el componente social, histórico, cultural y en el marco del enfoque de derechos humanos (Di Marco, 2012).

b. Representaciones Sociales

Respecto de los estudios vinculados con las Representaciones Sociales se destacan numerosos resultados observados en población adulta, familiares de personas con trastornos mentales, profesionales de la salud y estudiantes.

En población adulta de Guadalajara, México evidenciaron que la Salud Mental se identificó como un estado que comprende emociones positivas y estados satisfactorios de tranquilidad y estabilidad, lo que genera bienestar y calidad de vida; mientras que la Enfermedad Mental se asoció a la locura, causada por daños orgánicos y emocionales, por lo cual su tratamiento sería de tipo biomédico y psicológico, y con pocas probabilidades de recuperación (Torres, 2015). En otro estudio se indagaron las Representaciones Sociales en relación a tres estereotipos:

loco, enfermo mental y depresivo. Se concluyó que una persona loca no es percibida como posible de ser curada mientras que es más esperable la curación para el enfermo mental; y aún más para el depresivo, incluso sin ninguna intervención médica (Cherif, 2012).

Investigaciones realizadas con profesionales de la salud mostraron resultados diversos. En algunas se evidenció una coexistencia de saberes en torno a dicho objeto: por un lado, los saberes del sentido común que configuran las Representaciones Sociales y que son anteriores a la instrucción académica, y por otro, los saberes científicos resultantes de su formación disciplinar. La Salud Mental no solo se constituye en un objeto de conocimiento científico, sino un objeto social, mediado por el saber que circula abiertamente en las interacciones cotidianas y en los diferentes medios de comunicación. El conocimiento del sentido común favorece una experimentación del mundo y sobre el mundo, dando lugar a las prácticas sociales. Éstas, como sistemas de acción socialmente estructuradas e instituidas relacionadas con las posiciones sociales, son integrantes de las representaciones sociales. De este modo la construcción de conocimientos del sentido común constituye un proceso generador de acciones sociales a partir de visiones del mundo, concepciones ideológicas y culturales (Betancur, 2014).

En un grupo de agentes comunitarios de Botucatu, Brasil, se observó que las representaciones sociales se basaron en el paradigma psiquiátrico tradicional, que considera a la persona con enfermedad mental como pasiva, sin necesidad de convertirse en el protagonista de su propia historia (Pereira, 2007). Otros estudios también demostraron representaciones que contraponen la necesidad del abordaje social del tratamiento pero no consideran que los ámbitos comunitarios sean espacios propicios para la inclusión social (Barros, 2011).

Considerando el enfoque de nuestro trabajo, se destacan los estudios de Medeiros (2014) y de Miranda (2009) por haberse realizado en estudiantes de medicina y enfermería, en los cuales se observó que la atención primaria en salud emergió como una estrategia importante para hacer frente a los obstáculos de la atención de la Salud Mental en la comunidad. No obstante, también surgieron Representaciones Sociales descalificadoras, estigmas y obstáculos culturales vinculados con la organización de los servicios de salud.

Investigaciones comparadas dan cuenta de construcciones diferentes cuando se trabaja en atención individual o comunitaria. Para las primeras el énfasis está puesto en variables individuales/personales y la segunda evidencia una mayor integración del concepto

de salud mental haciendo referencia a variables socio culturales e incluyendo a la enfermedad como parte del continuo salud-enfermedad y no como categorías aisladas. En este punto, los resultados muestran cómo ante el mismo tema “Salud Mental” un cambio en el contexto (Institución Consultorios Externos vs Institución Salud Mental Comunitaria) modifica sustancialmente las representaciones de dos grupos de profesionales con perfiles aparentemente similares.

Asimismo, siguiendo a Moll Leon (2013), los autores plantean la presencia de un discurso estigmatizante en torno a la enfermedad mental por parte de los mismos profesionales, quienes suelen identificarse con los “saludables”, y del otro lado a los “enfermos”, quienes requieren de su atención. Pese al intento de los participantes por normalizar la enfermedad mental, en la narración se filtran elementos estigmatizadores que la conciben como locura y quien la padece es encasillado dentro de un estereotipo estático y negativo.

Es importante mencionar, cómo el trabajador de Salud Mental, al personalizar su discurso, hace emerger el prejuicio, el mismo que lo lleva a experimentar sensaciones de temor e inseguridad en el contacto con el paciente. Dichos sentimientos van a enmarcar la relación profesional de salud-paciente, influyendo no solo en la

percepción de los trabajadores con respecto a la persona que sufre una enfermedad mental, sino también en la forma en que los trabajadores se aproximarán a ella. El tradicional desarrollo de competencias en el campo de la formación de las Ciencias de la Salud sustentada en representaciones vinculadas con el saber psiquiátrico hegemónico y con la enfermedad, y que delimita la atención en Salud Mental a profesionales del campo “psi”, entra en conflicto con nuevas epistemologías que suponen:

- la comprensión dinámica de la psiquiatría, su incidencia en las prácticas asistenciales, la inclusión de otros campos disciplinares para las transformaciones y prácticas en Salud Mental, particularmente en instituciones públicas.
- relaciones interpersonales basadas en la no discriminación por prejuicios raciales, políticos, religiosos.
- un compromiso asistencial, participativo, promocional y social interdisciplinario.

c. Ética en Investigaciones de Salud Mental

Pensar en la ética es incluir la hospitalidad y la remisión constante, permanente, inexorable, a la singularidad que convoca cada hecho traumático; lleva impreso consigo mismo un determinado individuo, una historia sostenida por acciones y situación particular

e individual. El análisis de las situaciones traumáticas, desde el punto de vista de la clínica, no puede desconocer el encuentro entre la ética de profesionales de la salud, docentes, pacientes y alumnos (Vázquez, 2002). Como contrapartida la concepción del pensamiento médico tradicional se limita a admoniciones y prohibiciones. Por ello es que el movimiento bioético indica que el diálogo es el instrumento fundante de las prácticas sociales, ubicándose en una posición intermedia entre las creencias propias de cada cultura y las normas convertidas en leyes. De este modo, se destaca el rol de los comités, los cuales permiten la libre expresión de sus miembros y aceptan la pluralidad de los diferentes intereses; y tienen en cuenta el contexto cultural y social donde se ejerce la profesión, tratándose de reconocer la relatividad con que los principios y valores son implementados en diversas circunstancias y contextos. De no tenerse en cuenta este aspecto, los profesionales aparecerán como desvinculados de la necesidad que le plantea la persona (Lola Spetke, 2013).

La posición conforme a los autores mencionados anteriormente es de gran relevancia para nuestra investigación, ya que la Representación Social del concepto de Salud Mental en profesionales o afines es de carácter primordial al momento de la formación de dichos profesionales. Sin dejar apartadas las cuestiones clínicas, el

profesional debe contemplar todas las experiencias del individuo y realizar una configuración totalizadora del mismo al momento de la atención médica. Este tema es central para retomar la importancia que existe en el conocimiento de la Salud Mental en el campo de la práctica médica y en las áreas afines a la misma.

Metodología

Esta investigación fue de tipo exploratorio descriptivo cuali-cuantitativo, en el cual se adoptó una estrategia metodológica mixta basada en la triangulación. La muestra estuvo conformada por estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición de la UNLaM. El estudio se desarrolló en dos fases, la primera cualitativa y la segunda cuantitativa.

Primera etapa

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional por criterios (Patton, 1990). El tamaño de la muestra final fue de 74 estudiantes y se determinó por el criterio de saturación conceptual (Glasser & Strauss, 1967). Se realizaron entrevistas en profundidad a estudiantes de los primeros años y se realizaron grupos focales con los estudiantes de los últimos años. En ambos casos se utilizó una guía de preguntas que permitió profundizar en

aspectos vinculados con las Representaciones Sociales en Salud Mental y las percepciones en torno al funcionamiento de la Universidad.

Segunda etapa

Se realizó un cuestionario estructurado auto-administrado. Todas las variables fueron medidas en escala nominal, politómicas, con opciones de respuesta única, a excepción de dos variables, en las cuales se dejó libertad para seleccionar más de una opción. Para el cálculo del tamaño de la muestra se recopilaron los datos del universo de estudiantes de la UNLaM y del Departamento de Salud. Se consideraron ocho estratos, dos por cada carrera, dividiendo a los estudiantes entre aquellos que cursaban los primeros años de las carreras (1er y 2do año) y aquellos que estaban en los últimos años (4to y 5to año). Para la prueba piloto se tomó una muestra inicial de 39 estudiantes, de los cuales pudieron ser re-encuestados 19.

Resultados

Etapa cualitativa

Se generaron 24 archivos que fueron cargados en el paquete de R para análisis cualitativo: RQDA. El texto de los 24 archivos fue codificado manualmente por dos investigadores,

y en función de las categorías recurrentes identificadas, se definieron los códigos que se detallan a continuación:

- Paradigma Neurobiológico (Biomedicina): se refieren a una visión fragmentada del padecimiento mental centrada en lo individual, lo biológico y lo psiquiátrico.
- Cambio de Visión: hace mención a si currícula generó o no un cambio en la manera de pensar a partir de la cursada y las rotaciones por centros de salud y/o hospitales.
- Definiciones del Sentido Común (definiciones externas): Definiciones de Salud Mental, prejuicios y presupuestos estigmatizantes en relación a la misma, que existen desde el sentido común y fuera del ámbito de formación.
- Entorno Social: indica si hay factores sociales que pueden incidir en la salud mental.
- Funcionamiento de la Universidad: son las normas y funcionamiento de la universidad en situación de salud mental, como así también la formación en salud mental dentro de cada carrera.
- Ley Nacional de Salud Mental: conocimiento de la misma y aspectos relacionados con la Ley específicamente o su desconocimiento.
- Objetivos de la Salud Mental: se refiere al para qué sirve, en qué situaciones se hace necesaria,

cómo reaccionar ante la detección de un problema de Salud Mental, cómo estar atentos para poder detectarlo, cómo poder detectar problemas de tipo físico a través de síntomas psiquiátricos o conductuales como así también las responsabilidades y competencias de los distintos profesionales de la salud.

- Proceso multideterminado: consideración de la Salud Mental como un proceso multicausal y complejo, concepto de carácter holista y definición de la persona como una totalidad.
- Experiencia de padecimiento mental: tanto de conocidos como de ellos mismos.
- Modelo Manicomial: referencias a las características de los tratamientos que violan los derechos humanos de los pacientes, modelo tutelar y de aislamiento o encierro.
- Modelo de Atención Comunitaria: referencia a dispositivos de tratamiento con enfoque de derechos e inclusivos, integración, transdisciplina.

Estas categorías estuvieron presentes en el guión de las entrevistas en profundidad y en los grupos focales que permitió profundizar sobre los aspectos vinculados con las representaciones en Salud Mental y las percepciones en torno al funcionamiento de la universidad.

A partir del análisis de los códigos anteriormente mencionados, se pudieron identificar ciertos aspectos a tener en cuenta. Los estudiantes relacionaron la Salud Mental al cerebro, al equilibrio psíquico, lo psicológico, la mente, lo psiquiátrico y lo cognitivo. Este modelo de pensamiento atribuye el padecimiento mental a causas hereditarias o congénitas donde los tratamientos tienen que ver con la adecuada administración de medicamentos, tratamientos farmacológicos, los cuales en algunos casos son vistos como solución inmediata. En cuanto a sus propias definiciones de Salud Mental, las estudiantes establecieron comparaciones con otras enfermedades, enfermedad mental como patología, en ocasiones se opera una reducción a lo biológico o reduccionismo en general, enfermedad mental como alteración del aparato psíquico. En este sentido existen distintos solapamientos con el código modelo neurobiológico. Los estudiantes también hablan de distintos “perfiles de persona” aunque definidos desde sus propias ideas.

Conforme se avanza en las carreras, los estudiantes manifiestan ir transitando desde una perspectiva de miedo, temor, incertidumbre y rechazo, a una que enfatiza la necesidad de aprender a “tratar con pacientes descontrolados, alterados”, a “reconocer actitudes que dan cuenta de una patología mental”. El hecho de hablar de “patología mental” da cuenta justamente de la

vigencia del modelo médico-hegemónico en el discurso de los estudiantes. Un punto de quiebre se identifica en el período de realización de las prácticas, donde los estudiantes refirieron que “tener información” permite entender al otro, ser más paciente, ser más observador, ver síntomas, mantener la distancia.

En relación al concepto de entorno social, se puso en evidencia la oposición de las ideas de soledad, abandono, a las ideas de familia, comunidad, apoyo emocional, experiencias previas, socialización y red de contención. En casi todos los casos los entrevistados manifiestan que poseen poco conocimiento sobre la Ley Nacional de Salud Mental y la Salud Mental en sí misma, tanto en la teoría como en la práctica y que necesitan que la universidad brinde herramientas para poder manejar casos vinculados con la Salud Mental en su actividad diaria. En relación al funcionamiento de la universidad, entre las referencias a la convivencia en ese ámbito, se evidencian cuestionamientos a la actividad docente, sobre todo en términos de pedagogía y protección de la Salud Mental de los estudiantes. También se hace referencia a reglas de la universidad que no contemplan qué actividades “alivian el estrés” de los estudiantes.

En lo que respecta a la experiencia de padecimiento mental, en todos los grupos surgió lo autorreferencial,

reflexiones sobre la propia Salud Mental, el estrés que conlleva estudiar este tipo de carreras, sumado en muchos casos al trabajo y otras obligaciones. Casi todos los entrevistados tuvieron alguna experiencia de una situación vinculada con la Salud Mental, donde se percibió el padecimiento. En algunas entrevistas se observa que las clases de Salud Mental suelen ser una especie de espacio catártico grupal. A través de estas narrativas del padecimiento es posible acceder a modalidades de abordaje concretas y cotidianas, a la vez que conocer el impacto emocional en el entorno y la reelaboración que hacen los participantes de la situación de crisis.

Acerca del modelo manicomial, los estudiantes reflexionaron sobre lo experimentado en las rotaciones, la lógica de las instituciones en las que hicieron las prácticas, el contraste con conceptos incorporados desde la cursada, las contradicciones entre la teoría y la práctica. Se mencionaron categorías como encierro, institucionalización, manicomialización, violencia, maltrato, electroshock, baños helados, viejo paradigma, despersonalización, desobjetivación, pérdida de la identidad, aislamiento, mucha medicación, poca comunicación. La experiencia en el sistema de salud contrapone algunos conceptos desarrollados en la currícula con las prácticas diarias del trabajo en salud mental.

Etapa cuantitativa

A partir de los datos recolectados con el cuestionario estructurado se tabularon los datos en hojas de planilla de Excel. Luego se exportó a una planilla de SPSS y se estimaron los estadísticos de resumen, las pruebas de significación estadística con el Test de Chi Cuadrado, y se elaboraron gráficos para una mejor visualización de los resultados. Todos los análisis consideraron el tipo de carrera y el momento de la misma, analizando los resultados según los estratos definidos anteriormente.

El tamaño de muestra estimado fue 343 estudiantes. La muestra final quedó conformada por 293 estudiantes (tasa de no respuesta 15%) ya que algunos no quisieron participar y no se pudo tomar la muestra de los estudiantes de 5to año de Kinesiología.

Tabla 1.

Frecuencias absolutas y relativas según referencia a inclusión de contenidos en Salud Mental en asignaturas cursadas en el total de los estudiantes de las cuatro carreras de salud.

Inclusión de contenidos de Salud Mental en asignaturas cursadas	Frecuencia	Porcentaje
si	235	80,2
no	39	13,3
No está seguro/a	19	6,5
Total	293	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se puede observar que fue muy alta la referencia por parte de los estudiantes a haber cursado asignaturas que incluyeran contenidos de SM 80,2% (IC 95% 75,5-84,9 %). Las asignaturas que fueron mencionadas por más del 50% de la muestra fueron Psicosociales, Psicología social e institucional y Educación para la salud. Se destaca que no necesariamente estas asignaturas puedan tener efectivamente contenidos en Salud Mental. Se destaca que entre la totalidad de los estudiantes de carreras de salud, el 85.1% consideró que los contenidos trabajados sobre Salud Mental en las asignaturas cursadas fueron “muy relevantes” o “algo relevantes”. Sin embargo, al considerar los resultados por carreras, se observaron algunas particularidades que se detallan a continuación. Al preguntarles a los estudiantes cuál de las opciones representaba mejor lo que ellos pensaban sobre Salud Mental

M. V. Cordich | V. N. De León | M. A. Ferrari | D. M. Frankel
J. A. Marín | S. C. Molina | N. P. Osella | D. S. Pertusi

predominó la idea de que la misma “es un estado de la persona”. Era esperable que aquellos que tuvieran algún conocimiento previo del tema seleccionaran esta opción, ya que el término “estado” aparece de manera reiterada en definiciones propuestas por organismos de salud y diversos autores. Sin embargo, la importancia de esta pregunta radica en distinguir aquellos estudiantes que asocian la idea de Salud Mental con una disciplina determinada o con aspectos negativos de las personas. Es así que destacamos que el 25% de la muestra lo relacionó con la ciencia médico-psiquiátrica.

Al considerar los resultados por carreras, el valor de significación de la prueba de chi cuadrado fue significativo. Entre los estudiantes de Enfermería predominó la creencia de que las instituciones son útiles o beneficiosas (teniendo en cuenta la relación entre observados y esperados con las otras carreras). Entre los estudiantes de Kinesiología se observó una mayor frecuencia de respuestas que refieren que “son beneficiosas porque contribuyen con la curación”. Por el contrario, entre los estudiantes de Medicina predominaron las respuestas que consideran que las instituciones son ineficaces y perjudiciales. El mayor aporte al chi cuadrado justamente lo hacen estas dos celdas. Entre los estudiantes de Nutrición la respuesta que aportó al valor del estadístico fue el desconocimiento.

Tabla 2.

Frecuencias absolutas según creencias sobre las instituciones psiquiátricas por carrera.

Creencias sobre las instituciones psiquiátricas	Carrera Enfermería	Carrera Kinesiología	Carrera Medicina	Carrera Nutrición
Son útiles porque permiten el aislamiento como estrategia terapéutica	11	3	2	6
Son ineficaces porque limitan los derechos y libertades	13	8	28	12
Son beneficiosas porque contribuyen con la curación	26	20	6	13
Son perjudiciales porque promueven el abandono de la persona institucionalizada	29	16	35	22
No me interesa	0	1	0	0
Desconozco	3	5	3	16
No responde	7	2	3	2

Fuente: Elaboración propia

Conocimientos vinculados con la Ley Nacional de Salud Mental

El total de la muestra quedó definido por dos respuestas, por un lado la creencia que la Ley Nacional de Salud Mental amplía los derechos a la protección de la Salud Mental de todas las personas y consiste en un abordaje fuera de las instituciones de encierro, y por el otro, el desconocimiento. En lo que respecta al total de la muestra, solo un 3% mencionó que considera que la ley no contribuye con un cambio en relación a los derechos de las personas con padecimiento psíquico. En cuanto a la aplicabilidad de la misma, se observó asociación significativa para las carreras de Medicina y Nutrición. En Medicina se destaca nuevamente el desconocimiento solo al inicio, y una mayor proporción de respuestas vinculadas con la aplicación parcial hacia el final de la carrera que puede deberse al escenario de aprendizaje que consiste en las prácticas en campo. Para los estudiantes de Nutrición, el desconocimiento fue en ambos casos la principal respuesta, siendo la respuesta mayoritaria entre los estudiantes del final de la carrera. Entre los estudiantes de Enfermería y Kinesiología las distribuciones de frecuencia para cada respuesta fueron similares, siendo el desconocimiento y la aplicación parcial de la ley las respuestas principales tanto al inicio como al final de la carrera.

Tabla 3

Frecuencias absolutas según creencias sobre la Ley Nacional de Salud Mental en el total de la muestra

Creencias sobre la Ley Nacional de Salud Mental	Frecuencia	Porcentaje %
Amplía el derecho a la protección de la SM de todas las personas	109	37,2
Procura una mirada parcial sobre el padecimiento mental	20	6,8
Focaliza tanto en la atención como en la prevención del padecimiento mental	23	7,8
No contribuye con un cambio en relación a los derechos de los pacientes	10	3,4
Desconozco	129	44
No responde	2	7
Total	293	100

Fuente: Elaboración Propia

Triangulación de resultados

La estrategia de triangulación propuesta para analizar los resultados obtenidos del análisis de las entrevistas y grupos focales, en conjunto con los datos obtenidos del cuestionario estructurado auto-administrado, nos permitió realizar los siguientes aportes en torno a los objetivos de investigación:

El primer objetivo se propuso describir las representaciones sociales (saberes, acciones y valores) que los estudiantes de las cuatro carreras construyeron sobre la Salud Mental. Las opciones más asociadas con la definición de Salud Mental, sin importar la carrera o el momento de la misma, fueron “es un estado de la persona” y “es un componente de la ciencia médico-psiquiátrica” lo que podría relacionarse con los conceptos del Modelo médico-hegemónico donde la salud y la enfermedad se reconocen como estados permanentes y a veces, inmodificables. Asimismo, al indagar sobre las circunstancias que inciden en la Salud Mental, las opciones “un problema social” y “una causa psíquica” fueron las que presentaron mayor frecuencia de respuesta. Al indagar sobre la percepción que tienen los estudiantes acerca de las creencias de la población general en relación a la Salud Mental, apareció nuevamente la idea de un “problema individual” entre los estudiantes de Medicina tanto al inicio como al final de la carrera; y la asociación unánime con la locura en las cuatro carreras. Es decir, si Salud Mental “es un componente de la ciencia médico-psiquiátrica”, es lógica su asociación con la locura. La representación social hegemónica que asocia la Salud Mental con la locura entre los estudiantes de todas las carreras no estaría reflejando una cuestión de prejuicios, sino una construcción social arraigada en ellos que las currículas no pueden modificar, pero que,

al menos, entran en tensión. El funcionamiento de la universidad y las experiencias de padecimiento fueron los códigos más representados. El análisis de estos fragmentos dejó en evidencia que los estudiantes tienen la necesidad de reflexionar sobre su propia Salud Mental como así también de personas allegadas a ellos. Las experiencias de padecimiento surgieron en todas las conversaciones, con un fuerte contenido autorreferencial, lo cual permitió profundizar en la temática a partir de la propia reelaboración que ellos hicieron acerca de alguna situación particular.

El segundo objetivo se propuso identificar semejanzas y diferencias en las Representaciones Sociales que construyeron quienes estaban en los primeros años de la carrera y las que construyeron quienes estaban en los últimos años. Esta comparación aportó datos interesantes. Se ha observado una correspondencia en relación al cambio de actitud respecto de los conocimientos de Salud Mental, asociando un cambio de perspectiva por parte de los estudiantes de los últimos años de las carreras. “*Los prejuicios son un obstáculo para relacionarse con los demás*” se destacó entre los estudiantes de Medicina hacia el final de la carrera. Al analizar las creencias sobre las instituciones psiquiátricas, se observaron algunas diferencias entre los estudiantes de Enfermería, Medicina y Nutrición. Entre los

estudiantes de Enfermería se observó un cambio de actitud en torno a los beneficios de las instituciones para contribuir a la curación, ya que al final de la carrera, predominaron las respuestas que consideraban que las instituciones psiquiátricas son “perjudiciales porque promueven el abandono de la persona institucionalizada”. Entre los estudiantes de Medicina, ya al inicio de la carrera, refirieron que estas instituciones son perjudiciales; de modo que el cambio de actitud al final de la carrera se orientó hacia la ineficacia de las mismas. Esto coincide con los códigos identificados en las entrevistas y grupos focales. El código “modelo manicomial” emergió solamente entre los estudiantes de Medicina, dejando en evidencia particularmente las contradicciones entre la teoría y la práctica y como un impedimento para un trabajo en salud mental que garantice el acceso a derechos. Solo en estos fragmentos se mencionaron categorías como encierro, institucionalización, manicomialización, electroshock, entre otros. Es decir, que se pone de manifiesto la coexistencia de prácticas manicomiales como obstáculo a un abordaje integral en salud mental reflejando de esta manera dos paradigmas que aún continúan en disputa. Como contrapartida, el código “modelo de atención comunitaria” apareció en los mismos fragmentos como un enfoque alternativo al modelo manicomial, rescatando el enfoque de derechos, la desinstitucionalización, internaciones cortas y

hospitales “más abiertos” aunque estas prácticas no son las que se observan en el sistema de salud.

Entre los estudiantes de Nutrición, se incrementó significativamente el número de estudiantes que refirió desconocimiento acerca de los beneficios o perjuicios en torno a las instituciones psiquiátricas al final de la carrera. Probablemente al inicio de la carrera respondieron en base a las representaciones que traían de su entorno, mientras que aquellos que ya se encontraban en el último tramo de la carrera evaluaron su respuesta en torno a los conocimientos adquiridos y consideraron que no podían decidirse por ninguna opción.

El tercer objetivo se propuso indagar acerca del conocimiento sobre los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental en estudiantes de la carrera de Enfermería, Kinesiólogía, Medicina y Nutrición de la UNLaM. A partir de la triangulación se observó que dicho conocimiento fue bajo, destacándose la carrera de Nutrición, donde se evidenció que la mayoría de las respuestas en el análisis cuantitativo reflejaron un desconocimiento casi unánime. En contraposición, la carrera de Medicina reveló una baja frecuencia de respuestas relacionadas con el desconocimiento con predominio en la ampliación de derechos. En lo que respecta a los estudiantes de Medicina, se observó que a partir de los

grupos focales realizados, el modelo manicomial establecido en el análisis cualitativo, si bien ha sido el código menos representado, se puede correlacionar con el análisis cuantitativo donde se pone de manifiesto cómo hacia finales de dicha carrera las instituciones psiquiátricas son percibidas como ineficaces para el tratamiento en salud mental ya que limitan los derechos y libertades. Esta contradicción podría relacionarse con los diferentes espacios por los que circulan los estudiantes: en los primeros años rotan en centros de salud donde se trabaja con la comunidad y en el eje de la prevención y promoción de la salud; mientras que en los últimos años las prácticas en hospitales permiten ver que el modelo de salud mental comunitaria todavía es resistido por los trabajadores de la salud y la salud mental.

Reflexiones finales

Se evidencia la necesidad de incorporar a las currículas de las carreras de Enfermería, Kinesiología y Nutrición, contenidos transversales que profundicen los contenidos acerca de la Salud Mental, para así poder formar a los futuros profesionales con herramientas para el desempeño de su profesión, orientando a la humanización de la práctica y evidenciando las desventajas y atrasos de replicar el modelo médico-hegemónico aún vigente. En lo que respecta a la carrera de Medicina,

ya tiene en su currícula estas asignaturas pero de todos modos se pone en evidencia que no es suficiente. La currícula innovada podría contribuir a transformar saberes hegemónicos, ya que es en dicha carrera donde se evidencian estos aspectos (respuestas sobre internación e instituciones psiquiátricas) en comparación con Enfermería, pero no contribuye a transformar las representaciones sociales. Un ejemplo de ello es cuando asocian Salud Mental con locura, o que la Salud Mental es un problema individual (esta respuesta fue alta en Medicina) donde se refleja que las representaciones coexisten con los conocimientos.

A partir de los resultados podríamos afirmar que las representaciones influyen en sus prácticas pre-profesionales de modos diversos, con lo cual surge como interrogante la necesidad de reflexionar acerca de las ambigüedades que genera el conocimiento versus las Representaciones Sociales. Se puede inferir que esto se debe mayormente a las dificultades en la implementación de la Ley en los distintos efectores de salud y la dificultad para el trabajo tanto interdisciplinario como intersectorial, como así también la primacía del curso de locura y peligrosidad presentes en medios de comunicación y la población en general. Consolidar un nuevo paradigma no solo excede al planteo kuhnia-no de ruptura y sustitución de paradigmas limitado al

espacio académico, sino también y fundamentalmente a una marca política y social en el sentido de Sousa Santos. En este sentido reside la clave de afianzar la importancia del espacio académico en la cultura y en la transmisión del conocimiento.

Agradecimientos

Díaz Cordova Diego, Scanio Pamela, quienes realizaron el análisis cualitativo de las entrevistas en profundidad y grupos focales.

Referencias bibliográficas

Betancur, C.; Restrepo-Ochoa, D.; Ossa, Y.; Zuluaga, C.; Pineda, C. (2014). *Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: análisis proto típico y categorial*. Revista CES Psicología, 7(2), 96-107.

Cherif, W; Elloumi, H; Ateb, A; Nacef, F; Cheour, M; Roelandt, J & Caria, A. (2012). *Social representations of the psychiatric care in Tunisia*. La Tunisie médicale, 90.

Carranza, V. (2003). *El concepto de salud mental en psicología humanística-existencial*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 1(1), 1-19. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&tlng=es.

Di Marco, M H; Bugge, M; Boiso, N. (2012). Formación de los operadores socio-terapéuticos (OST). Un análisis desde los programas vigentes en el área metropolitana de Buenos Aires en 2012. En: Faraone, S. (Ed.). *Determinantes de la salud mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la ley 26.657*. Buenos Aires: UBA - Facultad de Ciencias Sociales.

M. V. Cordich | V. N. De León | M. A. Ferrari | D. M. Frankel
J. A. Marín | S. C. Molina | N. P. Osella | D. S. Pertusi

Frankel, D. (2003) *Entre Políticas Públicas y Programas Sociales: ¿un olvido histórico: la subjetividad negada?*, Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya, Revista Instituto Internacional de Gobernabilidad, Colección Documentos, Tema: Instituciones y Desarrollo, 152, Catalunya.

Frankel, D. (2002): *Una mirada institucional de las prácticas de gestión y atención de la salud*, en Cuadernos Médico Sociales, Rosario, 82.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategy for qualitative research*. New York: Ed. AldineTransaction.

Jodelet, D. (1993). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En *Moscovici Serge. Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.

Jodelet, D. (2003) Entrevista a Denise Jodelet. Realizada el 24 de octubre de 2002. *Relaciones*, 24, 93, pp. 115-134. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/137/13709306.pdf>

Leão, A; Barros, S. (2011). *Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 15(36), 137-152.

Lolas, F. Bioética y salud mental En Lolas, F., Drumond, JG. De Freitas (editores) *Bioética*. Mediterráneo, Santiago de Chile, 2013 (pp. 61-72).

Medeiros, B; Foster, J. (2014). Mental ill health in the elderly: medical students' social representations in the United Kingdom. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (2), 132-8.

Miranda, F. A. de; Simpson, C. A.; Fernandes, R. L.; Silva, M. B.; Sabino, M. D. (2009). Social representations and the therapeutic role of nursing students. *Revista brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 663-9.

Moll León, S. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 31() 99-128.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Argentina: Huemul.

Moscovici, S. & Marková, I. (2003) La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici. En Castorina, J. A (comp) *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa. pp. 111-152.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (2nd Ed). Newbury Park: Sage Publications.

Pereira, M. A.; Barbieri, L; Paula, V. P. de; Franco Mdos, S. (2007). Mental health in the family health program: the conceptions of community agents about mental illness. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (4), 567-72.

Torres López, T. M.; Munguía Cortés, J. A.; Aranda Beltrán, C; Salazar Estrada, J. G. (2015). *Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México*. *CES Psicología*, 8 (1), 63-76.

Vázquez, B. (2002): Doblar algo más una coma... Cuestiones éticas en el campo de la atención primaria. Presentado en *Congreso de Convergencia Psicoanálisis, Lazo Social y Adversidad: La práctica del psicoanálisis en instituciones asistenciales*, Moreno 3; C ref a Sacchett, Alejandro: Una Clínica de la Ética, Mimeo.



La Salud Mental en Deconstrucción; una Mirada Exofórica

Entrevista realizada a Mario Rovere
llevada a cabo el 24 de Octubre de 2019.

E: Aquí estamos con Mario Rovere. Los antecedentes de Mario, creo que todos los conocemos pero sería bueno empezar como él me enseñó a presentar: cada vez que hacíamos una reunión, decía “a ver ¿cómo nos presentamos hoy?” Entonces me parece bien empezar con esta instancia de presentación. Antes que nada te agradezco que nos hayas podido brindar este espacio para la entrevista y ya te voy a hacer algunas preguntas sobre el tema de la sección Debates “Salud Mental y Derechos Humanos”, si querés presentarte...

M.R.: Si yo hice una, bastante reciente, presentación en el Hospital Ameghino y elegí por un lado, el tema de no provenir estrictamente del campo de la salud mental, podríamos decir que la salud mental me llama periódicamente y la primer llamada fue justamente en la recuperación de la democracia pero en ese momento, yo diría hoy, como médico sanitarista, que a su vez provengo de la pediatría. En el campo de la salud pública yo

venía orientado al tema de planificación estratégica que estaba en ese momento, recién surgiendo como campo de trabajo, con algunas potencialidades de las cuales señalaría sobre todo este tema de haber encontrado una especie de “eslabón perdido” entre lo técnico y lo político en el campo de la salud colectiva. Vicente Galli estaba como Director Nacional de Salud Mental en ese momento, y me contacta por dos motivos, quizás tres: la propia salud pública, la planificación estratégica y las estrategias docentes que él estaba planteando como parte de su gestión en la Dirección, tratando de generar una especie de Red Federal de Direcciones de Salud Mental. Fui convocado para los cursos, que tenían un carácter federal, el primero en la Provincia de Córdoba, algunos en la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires, de carácter inter-jurisdiccional porque era Ciudad, Hospitales nacionales y Provincia de Buenos Aires y luego por este contacto yo ya mantuve una muy extensa cooperación con la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba. Todo eso cubre un período de más o menos unos ocho años de trabajo. A partir de esa afinidad, sale un poco, no solamente la aplicación, llegó al campo de salud mental la idea de planificación estratégica. Salud Mental prevalecía en ese momento un modelo de planificación un poco anticuado, que había sido capturado en la época del modelo anterior por el mismo Goldemberg tratando la relación salud pública-

salud mental, la función de puente la ejercía la planificación; A mi me toca introducir, junto con Mario Testa planificación estratégica en salud mental pero como fruto de ese intercambio, se me impone la perspectiva de redes. Es posible afirmar que ese movimiento de salud mental ya estaba trabajando con la noción de redes que es algo que si estaba presente, aunque fuera en forma subyacente en la propuesta de Lanús.

A partir de allí empiezo a percibir que todos los ex-Lanus que se incorporan a participar del movimiento de salud mental a partir de la recuperación de la democracia, por distintos motivos convergen en la noción de redes y lo que puedo hacer ahí es “intentar captar la esencia” de la noción de redes y probarla o expandirla más allá del campo de salud mental y llevarla por ejemplo al sistema de salud de la ciudad de Rosario o a los programas sociales de la entonces Secretaría de Desarrollo Social de la Nación. Ahí hay como una circulación Córdoba - Rosario, Buenos Aires que fue para mí muy intensa e implicada. El otro dispositivo que pude acompañar fue la RISAM, es decir, la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, a partir de esa experiencia de acompañar, sobre todo, la más prolongada que fue en la Provincia de Córdoba. En la Ciudad de Buenos Aires tuvimos también la oportunidad de acompañar a la Dirección de Capacitación de la Ciudad de Buenos

Aires durante un período en que crea una comisión asesora, yo fui parte de esa comisión que logró que durante un tiempo las residencias en Ciudad de Buenos Aires, en CABA, fueran residencias interdisciplinarias de Salud Mental. Es un dispositivo que se echó para atrás y hoy vuelve a haber residencias de psiquiatría y residencia de psicología por separado, a pesar de que las coordinaciones de ambas residencias están haciendo mucho esfuerzo para combinar ambas líneas de trabajo.

Así que esta puede ser una presentación “situada” y al mismo tiempo una introducción como ya entrando en tema. Cuando he interactuado recientemente me queda la fuerte impresión, queo desde el 84 para acá, que he sacado esta especie de primera idea que a lo mejor sirve para desarrollarla después, es que no hay sincronía entre los momentos buenos y malos de la Salud Pública y de la Salud Mental y en cambio sí hay incluso lo conversábamos con Vicente Galli una fuerte sincronía entre buenos y malos momentos de la Salud Mental y de los Derechos Humanos, ósea que, en la Argentina cuando se enfatiza o le va bien digamos a los Derechos Humanos les va bien a la Salud Mental y viceversa. Tienen una sincronía tipo delfín, porque en estos treinta y cinco años que va de la recuperación de la democracia hemos visto emerger y sumergirse a estos dos campos en forma casi sincrónica.

E: Si yo tuviera que plantear desde tu mirada el tema de Derechos Humanos ¿Qué decís al respecto, y ahora si metiéndonos un poco más, en principio en general y después vinculado con el área de Salud Mental, con el sufrimiento?

M.R.: Bueno, tengo la idea de que nosotros, sigo ahí un poco la pista de que nosotros hablamos de derechos y que los derechos adquieren una altísima visibilidad, justamente cuando son vulnerados, es decir, que los Derechos Humanos existen como política pública porque la humanidad llegó a la vulneración extrema de esos derechos, y creo que parten fundamentalmente del constructo intelectual por el cual a partir del odio, del desprecio, de la invisibilidad, alguien podría llegar a considerar, como lo señaló muy bien Bertrand Russell cuando analizaba el periodismo de guerra, de que otra persona, enemigo, adversario, indígena, etc. no es un ser humano. Y claro, por supuesto que en la historia de la humanidad esto remite en una situación extrema a la Alemania nazi, que estructura de alguna manera, que exagera, esta situación al infinito pero podríamos decir que en todo el periodismo de guerra, por ejemplo, la prensa norteamericana ha inventado el concepto de “colateral damage” que serían los daños colaterales. Por eso se reportan detalladamente los daños físicos o materiales infligidos que se realizan sobre el enemigo y después resulta que había personas pegadas

a esos objetivos, que siempre eran estratégicos, y esos “daños colaterales”, que son bajas, en inglés “casualties” que serían casuales, en cierta manera también, no?. Ahora la impresión que yo tengo, es que si uno quiere traer esto a hoy, pero claro una nota en una revista no debería quizás tener el tono periodístico del diario de ayer, lo que la esposa de Piñera enuncia cuando siente que los han invadido los alienígenas, en el fondo lo que está diciendo, es sobre el pueblo en la calle reaccionando frente a lo que está pasando en Chile, como dicen muy bien los chilenos “no son treinta pesos en el subte si no son treinta años de desigualdad”. Eso para ella es interpretado como un movimiento alienígena, un movimiento de marcianos, de gente que no podrían ser humanos si no están de acuerdo con las políticas estatales. Y encima de eso termina el enunciado diciendo, como una especie de mal menor, “vamos a tener que renunciar a algunos de nuestros privilegios”, o sea, es una pieza de estudio, yo creo que las próximas generaciones pueden estudiar cómo la noción de racismo se reproduce y puede estar trasladada a la cotidianeidad, a partir de cómo una clase social se autojustifica merecedora de privilegios porque obviamente necesitan convencerse que son superiores. Por supuesto que uno sabe que esto no es exclusivo de Chile pero hay que agradecer a la esposa de Piñera, que haya hecho ese audio en whatsapp para beneficio de todos.

E: Varias preguntas Mario, lo de los privilegios es lo que planteó ayer la esposa de Piñera es una cuestión de suma violencia y de provocación.

M.R.: No, a mí me parece que hay una frescura que surge de cierta impunidad. Yo creo que ese whatsapp lo emite en un momento emocional y ella responde con toda liviandad lo que piensa a a sus pares, sin pensar en ningún momento que un whatsapp colectivo en una red va a adquirir carácter público, pero no me cabe la menor duda que son los enunciados no explícitos de cualquiera de los barrios cerrados de cualquiera de las ciudades latinoamericanas, acá lo especial es que es la esposa del presidente pero no tengo dudas que las políticas neoliberales aplicadas en América Latina, en el mundo, se basa en la convicción profunda que a éste modelo le sobra población. Y yo creo que ahí, el que lo enuncia mejor es Bauman cuando habla de población residual, me parece que no es extraño que Bauman hable de esto primero porque él tiene una experiencia vivencial con la Alemania nazi, pero dice que el neoliberalismo al constituir la entidad “población residual” vuelve a repetir el mismo dispositivo que el nazismo. O sea, que hoy tenemos en la política económica y en la política social, una reedición de esta noción de gente que sobra y cuando uno ve la invisibilidad de la población en situación de calle en la Ciudad de Buenos

Aires, o ve por ejemplo, noticias periodísticas, yo no tengo forma de confirmarlo, pero que un homeless o una persona en situación de calle se muere en el pasillo del Hospital Pirovano, uno ahí se da cuenta de cómo el dispositivo le llega incluso al personal de salud, según el cual esa persona que estaba en el pasillo tirada no era un ser humano; incluso la nota periodística habla de diez horas de fallecido cuando le hacen la autopsia, o sea, estuvo diez horas fallecido en un pasillo de un hospital donde en el piso de arriba se estaba extendiendo la vida de una persona usando quizás insumos carísimos y ese señor, quizás, especulo, se hubiera salvado con un mate cocido y un par de galletas.

E: Mario temas acá tenemos para unos cuantos meses para hablarlo, el tema de la invisibilidad, ¿Cómo juega la invisibilidad en esto?

M.R.: A mí me gusta, diría que he tomado mucho interés, en una diada que está planteada por el filósofo napolitano Roberto Esposito, donde la polaridad que él sugiere es una polaridad desconcertante, es la polaridad entre comunidad e inmunidad. Siendo el munus estructurado como una raíz que se refiere a obligaciones y entonces los comunes, los que están en una comunidad, los comunitarios, son personas que se sienten coobligadas por un pacto no escrito, que no es una deuda económica, en algún sentido inclu-

so, es una deuda imposible de pagar porque como sos y te sentís parte de una comunidad te debes a ella. Yo creo que además comunidad hace resonancia con solidaridad porque en la comunidad vos haces cuerpo y cuando nosotros definimos solidaridad, como esa situación en la nada que le ocurre a un cuerpo le es indiferente al otro, los cuerpos están en cierta manera conectados o vinculados a través de esta obligación, que está fundamentalmente en la cabeza del obligado, lo contrario a eso, es decir, el antónimo de eso es el inmune, es decir, es la persona que siente que no tiene ninguna obligación, es decir, si yo paso por arriba de una persona que está en situación de calle y no la veo ¿Por qué no la veo? En realidad es porque he desarrollado inmunidad, es decir, no siento ninguna obligación con esa persona, entonces la pregunta que cabe al campo de la Salud Mental es ¿Quién está sano y quién está enfermo? Si el que tiene un sentimiento de comodidad o el que tiene un sentimiento de inmunidad, porque la inmunidad no es pasiva, es un constructo activo, o sea, yo tengo que hacer un esfuerzo para ser inmune, para sentir que no tengo ninguna obligación con esa otra persona aunque esté en la calle, aunque esté mal vestido o sucio, o puede imaginarme como será que resuelve su situación de higienizarse, de dormir o de comer.

E: Interesante lo de Roberto Esposito porque está el tema de la deuda y la falta. Respecto al tema del

racismo que mencionaste y también lo que habías hablado sobre odio y desprecio ¿Cómo lo vinculamos en estos tiempos?

M.R.: Es evidente que al hablar de racismo hay una raíz de intolerancia que es anterior o no se limita a la diferencia de orígenes que es lo que la palabra parece aludir. A mí me parece que fundamentalmente la problemática ampliada alude el problema es la insoportable situación de aceptar a otro asumido como diferente por distintos motivos, es decir, la construcción subjetiva de racismo puede aplicarse a un afroamericano como puede aplicarse a una pareja homosexual o a una mujer trans, es decir, el dispositivo fundamentalmente tiene que ver con lo insoportable de la aceptación de ese otro o de esa otra como un par. Por supuesto que hay todo un despliegue posible sobre porque me resulta “insoportable” ese otro/a, incluyendo que lo deba reprimir dentro mío.

Creo que se puede poner en positivo el tema de esta reflexión, porque el clima inmediato de la posguerra impulsa el movimiento de los Derechos Humanos otros conceptos, como el de Bioética, la definición de Salud y de la propia Salud Mental, podríamos decir que todos estos conceptos están emparentados, ese impulso de la posguerra inmediata nos trae hasta nuestros días, pero podríamos decir así, todos nosotros pertenecemos a

generaciones marcadas por la segunda guerra mundial pero a medida que pasa el tiempo la marca se debilita.

Creo, que el mejor ejemplo de eso es el ataque creciente a los organismos multilaterales, Hay motivos para pensar que el sistema de las Naciones Unidas tiene sus días contados, porque parece que ya no le sirve a los países centrales que prefieren un G7 o un G20, en buena medida podría pensarse que para la globalización es una estructura innecesaria o “excesivamente democrática” para algo que de todas maneras es una ficción de democracia, a la lógica “un país, un voto” cualquiera sea su tamaño se le contraponen, para decirlo gráficamente el que financia impone.

Yo veo, y ahí regreso un poco al tema de la Salud Mental, que el hilo conductor entre lo que conecta Derechos Humanos con el movimiento de Salud Mental se lo puede encontrar en distintas pistas. Una de ellas que es muy conocida para Salud Mental, que es la propia historia de Basaglia, porque Franco Basaglia es primero un militante antifascista, es una persona que como consecuencia de esa militancia antifascista va a estar en situación de cárcel y me parece que él encuentra en los pacientes del manicomio que le va a tocar dirigir, encuentra los mismos rostros que había encontrado en la cárcel. Eso me parece que emparenta con el discurso que tuvimos el privilegio de escuchar

de primera mano gracias a El Agora del jurista holandés, Louk Hulsmán, titular de Derecho Penal referente de la escuela abolicionista. A mí me parece que el abolicionismo es la matriz común que enlaza el movimiento de Salud Mental y un movimiento que también pone en cuestionamiento la utilidad de otras instituciones. En esa perspectiva procede la pregunta sobre porque el manicomio es demasiado parecido a una cárcel sino además la pregunta que pone en entredicho la funcionalidad social de las mismas cárceles. Entonces esa noción me parece que explica que al menos a mí me sucede que uno se sienta a escuchar a Vicente Galli o a otros referentes muy queridos en el campo de la Salud Mental, o lo escucha a Eugenio Zaffaroni e intuye que los discursos están emparentados. Cuando Zaffaroni se refiere a quienes son realmente los que pueblan las cárceles hoy, te encontrás ahí con una afinidad discursiva que desde mi punto de vista encuentra sus raíces en el abolicionismo.

Es un tema fuerte digamos, es la raíz de la desmanicomialización como un dispositivo clave del armado en la política de la Salud Mental. Ahora en ese sentido para el abolicionismo sería más que una desmanicomialización, es una suerte de desinstitucionalización o una deconstrucción porque la verdad es que la desmanicomialización necesita nuevas instituciones, no es una abolición de la institucionalidad, sino una deconstruc-

ción y creo que por eso, es que consciente o inconscientemente, aparece tan fuerte la noción de redes en Salud Mental, yo creo que redes en Salud Mental, es el sustituto que viene a llenar la falta cuando vos sentís que el hueco o la carie que produce el fin del manicomio.

E: Yo aprendí de vos, y son esas enseñanzas que uno no se olvida nunca, el tema de las redes en Salud Mental. Es imposible concebir en el nivel de la Salud Mental, en el nivel terapéutico o del sufrimiento, alguien aislado y eso es algo que caracteriza y distingue el campo de la Salud Mental. Son esas cosas que uno se lleva puesto y lo repite después. Es muy interesante esto que planteas. Una aclaración que me interesó mucho es la visión antifascista de Franco Basaglia, yo creo que quienes han militado en determinadas épocas en los movimientos de Salud Mental necesariamente tienen que tener una posición de esta naturaleza porque si no es muy difícil entenderlo, no sé qué pensás al respecto.

M.R.: Yo creo que efectivamente es un gran proveedor de sentido. Yo participé en algunas mesas en el Congreso de la Nación cuando se trataba de presionar para que tuviéramos reglamentación de la ley de Salud Mental, justamente allí recordé a la periodista italiana Oriana Fallaci cuando vino a hablar con el eterno comunica-

dor oficialista de la dictadura Bernardo Neustadt, y con gran sorpresa de Neustadt le dice “¿pero cómo, ustedes no saben que son una sociedad fascista?”. En realidad, el problema fundamental puede radicar en que la reforma que la Salud Mental plantea, una reforma de la sociedad Argentina, no solo de la Salud Mental, entonces la contención o incontinencia en la red de Salud Mental, o sea, vos te podés encontrar con que la localidad de Torres será continente o no a las casas de medio camino y según eso será el pronóstico de los pacientes, los pacientes externados tendrán un pronóstico diferente si la Comunidad de Torres los asila, los contiene, los siente parte de, o los rechaza o incluso puede plantear hasta noción de privilegios, porque después viene este tema de “¿si yo no tengo trabajo, por qué los discapacitados van a tener?” o “¿por qué las empresas sociales van a existir?”, porque el mecanismo de racismo se exagera también entre los sectores populares. En consecuencia, en una ley de Salud Mental debe estar implícito un proyecto de sociedad. Tuve la experiencia, literalmente hablando por golpes de suerte, de conectarme con esta problemática por el lado de mi trabajo en la OPS con Isaac Levav, con quien hicimos muy buena sintonía, en especial por una intervención que tuvimos que hacer juntos en relación al tema de una dramática situación que se vivió en ese momento en Perú, ahí, trabajando con él, tuve la oportunidad -sin estar en el área específica, pero además el área de

Salud Mental en la OPS era muy pequeña eran dos o tres personas en Washington- de conocer como era antes de jubilarse, e interesó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en tomar el tema de la Salud Mental en una manera muy particular. La CIDH es una estructura jurídica muy peculiar, que en sentido estricto, tiene más poder que la corte de la Haya porque tiene la posibilidad de forzar a los gobierno a sentarse, incluso sobre lo que los gobiernos no quieren discutir; probablemente tiene que ver con la simetría de las relaciones porque a mí no me consta que la CIDH tenga poder de citar al gobierno norteamericano pero a los otros países si, Argentina incluido. Entonces lo que Isaac Levav logra en la CIDH es interesar a algunos abogados que llegan a construir una especie de constructo nuevo, que no es estrictamente un fenómeno de Derechos Humanos, porque el fenómeno de Derechos Humanos, los gobiernos lo toman como “presiones light”, el tema es que este equipo jurídico llegó a considerar que en realidad estábamos adentro del Código Civil y del Código Penal de los países, porque se repetiría con el paciente internado, la misma figura que con el terrorismo de estado, es decir, la persona jurídica que tiene que cuidarte, que protegerte es la que te agrade, es de la que te tenés que cuidar.

Entonces, en ese marco, Levav logra interesar especialmente a algunos colegas, uno de ellos incluso va a

entrar después a la OPS a trabajar en el área de Salud Mental y ellos van reconfigurando a golpe de inspecciones, consultorías y auditorías externas, el campo. Por ejemplo la fuerza del dictamen de la comisión de Simón Wiesenthal y van a hacer intervenciones fuertes, dentro del cual nosotros tenemos antecedentes, como el que culmina con la intervención de la Colonia Nacional Montes de Oca. Cuando la comisión viene en la crisis del 2001/2002 ellos encuentran pacientes “desnudos enjaulados”, más que encarcelados.

Hacen un dictamen lapidario e intiman al gobierno argentino y a partir de ahí, surge la importantísima reforma de esa institución mas que centenaria. Fue el punto de partida de transformaciones de un espacio institucional en donde, además está sin resolver la desaparición de la doctora Cecilia Giubileo en otoño de 1985.

Por estas historias es que enfatizo la idea que la salud mental “emerge y se sumerge” al ritmo sincrónico con el énfasis en los derechos humanos de cada régimen político. Después de la etapa de Alfonsín, vivimos una década de retrocesos en Derechos Humanos y en Derechos Sociales, y luego a partir del 2003 se empieza a reparar, y los últimos cuatro años hablan por sí solos.

¿Por hacer este recorrido? Porque cuando se dice, (intentando minimizarla) que la Ley de Salud Mental no es una ley de Salud Mental sino que es una ley de Derechos Humanos de los pacientes internados, en algún sentido es cierto, y creo que tiene que ver con esta historia, tiene que ver con la historia del apoyo de la OPS, lo que estaba trabajando la OPS en ese momento era fundamentalmente el tema del derecho de las personas asiladas, por eso en términos de Salud Mental, uno de los hechos más graves que ha pasado en democracia en occidente en las últimas dos décadas es la represión en el Borda en tiempos en que Mauricio Macri era jefe de gobierno. El hecho ocurrido el 26 de abril del 2013 debió haber llegado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de inmediato, de hecho hablé con la gente de la OPS y me explicaron que efectivamente la CIDH lo podía tomar si los pacientes del Borda estaban en peligro, y bastó con mandar una foto de un paciente que tenía ocho perdigones de goma en la espalda de la cintura para arriba para explicar y sustentar que los pacientes efectivamente estaban en peligro, y además hay una nota que salió a los dos días en el diario Crónica en la que el director del Hospital explica, siendo él funcionario de la ciudad, que nadie le aviso que la operación policial iba a ser realizada.

Entonces tenemos la institución responsable, pero ¿Cuál es la institución? Y ahí viene la pelea de fondo, ¿la institución es el Hospital?, ¿la institución era el Ministro de Seguridad?, y ¿Quién junta al Ministro de Seguridad con el hospital? El Jefe de Gobierno, entonces, si esta causa se hubiera consolidado nosotros tendríamos imputado y condenado al jefe de gobierno de la ciudad de ese momento.

La corte suprema no atendió esta situación pero es interesante y lo mencionamos varias veces, el caso puede ahora ser presentado ante la CIDH, porque la CIDH puede operar en la emergencia o puede operar recién cuando se han agotado los recursos jurídicos del país. En este caso están agotados, porque la corte ya tuvo un fallo definitivo y vergonzoso internacionalmente para el país.

Volviendo al tema de la Ley, La gente de Salud Mental cuando militaba la ley decía “nunca se va a aprobar”, cuando la ley se aprobó decían “nunca se va a reglamentar” y yo creo, y ahí viene la explicación de porque referenció la agresión a pacientes y a los equipos de salud en el Borda porque entiendo que fue un hecho decisivo por el cual se reglamentó la ley (apenas a 32 días del hecho y a casi tres años de promulgada la Ley 26657) y por una razón muy sencilla porque si la CIDH hubiera intervenido en ese momento la responsabilidad de última instancia era del gobierno nacional porque la CIDH solo puede intimar a los gobiernos nacionales.

Si la ley hubiera sido reglamentada antes era mucho más fácil la imputación, o sea, había más elementos adicionales para la imputación al Gobierno de la Ciudad. Lo real ahora es que tenemos la Ley y la Reglamentación, tenemos, aunque subdimensionados todos los dispositivos que tenemos que tener y ahora falta terminar de inscribir la Ley en la Cultura, en los hábitos y costumbres del Sector Salud tanto público como privado.

Ahora, la pregunta del millón es ¿Es una ley de salud mental dedicada a las 12.020 personas que según un reciente censo están internadas en los manicomios públicos o es una ley de Salud Mental para toda la Argentina? (muchas de ellas sin consentimiento y por períodos superiores a los ocho años) Esa es la pregunta que hay que hacerse para adelante porque si no, uno podría preguntarse, se invirtió tantos esfuerzos en una ley para la población internada o para cambiar el modelo de atención y las bases paradigmáticas de la Salud Mental.

Lo hablábamos con Marcela (Bottinelli) justamente en el Ameghino, ahora está este censo que la ley obligó, y que nos ofrece datos 6 años después de la reglamentación pero, entiendo que lo real es que el manicomio y su clausura física y simbólica no tendría tanta importancia si no fuera porque además es el centro de gravedad de una forma de conceptualizar y una forma de abordar la problemática de Salud Mental.

E: Muy interesante el planteo por lo que mencionas como proyecto de sociedad y aparte hablaste de militar la ley, hablaste de la represión en el Borda, la verdad que son conceptos que después en otro momento vamos a poder desarrollar. Mario, tenemos que ir dejando. ¿Querés agregar algo?

M.R.: Si, mira, creo que quizás sea pertinente utilizar de analizador una contradicción que en la Argentina no está muy clara, pero que involuntariamente está muy clara en los Estados Unidos, y lo voy a decir de una manera un poco retórica. En Estados Unidos está claro que los republicanos no son demócratas, en la Argentina también, o sea, que en el fondo los que se llenan la boca con la protección de la República les importa muy poco la democracia. En el sentido más amplio, estamos hablando de la inclusión de todas las otredades, de la democratización de la sociedad Argentina y hemos verificado a lo largo del tiempo que el genio autoritario, el genio fascista, no solamente es difícil de desalojar en la sociedad, si no que se refugia en las instituciones, entonces por eso está siempre presente la posibilidad de un golpe autoritario, como el que vos estás viendo hoy en Chile que podría estar ocurriendo en la Argentina perfectamente, si no fuera la esperanza que hay en este momento en un cambio político, porque incluso las condiciones materiales de los últimos cuatro años de acá fueron más graves que lo que sucedió en Chile.

Hay que tener en cuenta que las instituciones son o pueden ser un reservorio y en cuanto tienen condiciones propicias exportan a la sociedad este autoritarismo que se esconde, que se resguarda allí; me gustaría creer que sólo en las fuerzas armadas, pero creo que el autoritarismo puede estar en la justicia, en las instituciones psiquiátricas, en los hospitales en general -porque no tenemos la garantía que el dispositivo internación psiquiátrica en un hospital general sea tremendamente más democrático que en un manicomio-, en las instituciones educativas, en las universidades, es decir, que el autoritarismo puede estar escondido y agazapado en cualquiera de esos territorios.

Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos: producción de información en los procesos de transformación

Solana María Yoma

Becaria doctoral de CONICET en el Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP, FCS-UNC).

Docente de la Facultad de Psicología, UNC.
Integrante del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

solanayoma@gmail.com

Jacinta Burijovich

Docente-investigadora del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP, FCS-UNC).

Vicedecana de la Facultad de Ciencias Sociales, UNC.
Integrante del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

jaschele@gmail.com

Introducción

Las leyes de salud mental (Nacional N° 26.657 y Provincial de Córdoba N° 9.848) sancionadas en el año 2010 implican un cambio de paradigma en salud mental mediante la adopción de un Enfoque de Derechos en lo que hace a las políticas públicas en esta materia. Estas normativas prevén la transformación de un sistema de salud mental estructurado desde una lógica biologicista, punitiva y asilar, y proponen su pasaje hacia un sistema de salud mental con base en la comunidad, interdisciplinario, participativo e integral.

En todo proceso de transformación, la información es un aspecto fundamental: se necesita información desagregada, confiable y dinámicamente actualizada para poder diseñar políticas públicas y actuar con “flexibilidad estratégica” ante realidades cambiantes. Sin embargo, uno de los problemas que enfrenta la institucionalidad estatal argentina es que existe un serio déficit de

información al momento de diseñar e implementar las políticas, así como al evaluar sus resultados. En materia de salud mental, esto se puso de manifiesto en los Principios de Brasilia (OPS/OMS, 2005) que señalan la insuficiente capacidad de documentación, monitoreo y evaluación de los Estados para dar cuenta de sus avances en el cumplimiento de los compromisos asumidos.

En este contexto, y como estrategia de acción frente a esta problemática, se crea en el año 2011 el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba, motivado por la necesidad de contar con un sistema de información que permita conocer y documentar los procesos de transformación de los servicios, políticas y prácticas de salud mental en la provincia, en el marco de lo establecido por las normativas vigentes. El Observatorio se propone analizar y hacer visible el cumplimiento de los objetivos sancionados en estas leyes a través de la observación, la evaluación, el monitoreo y la incidencia en políticas públicas. Para ello, utiliza como estrategia principal la producción de información, mediante estrategias sistemáticas de recolección y análisis de datos.

Los muros y el abandono en salud mental

A casi 10 años de sancionada la Ley Nacional de Salud Mental, y a poco de cumplirse el plazo histórico que

establece el fin de los manicomios para el año 2020, el Observatorio ha identificado situaciones preocupantes y un panorama desalentador en el sistema de salud mental de Córdoba.

- Los hospitales monovalentes continúan siendo el eje central de la política de salud mental: el 80% del presupuesto del sector aún se destina al sostenimiento de la lógica asilar y persisten prácticas vulneratorias de derechos de las personas usuarias, con un alto número de internaciones prolongadas y escasamente controladas.
- Se registra una ausencia casi total de dispositivos sustitutivos con base en la comunidad y la mayoría de los existentes se sostiene a partir de las voluntades de los/as profesionales.
- Se reportan situaciones de discriminación en la atención en hospitales generales, con insuficientes camas destinadas a salud mental y falta de disponibilidad de medicamentos específicos.
- Continúan siendo escasos e incompletos los equipos de salud mental en el primer nivel de atención: en la ciudad de Córdoba, de los 98 centros de salud municipales, tan sólo 23 cuentan con psicólogos/as y 14 con trabajadores/as sociales.

- No se ha avanzado en la creación de políticas integrales e intersectoriales que promuevan la inclusión social, laboral y comunitaria de personas en procesos de externación.

A su vez, se encontró que estos déficits en la implementación de la Ley tienen consecuencias aún mayores en grupos en situación de vulnerabilidad social, tales como las mujeres, las identidades trans, los niños, niñas y adolescentes, las personas mayores, las personas que se encuentran en cárceles y en situación de calle. A partir de análisis interseccionales, se pudo visibilizar cómo estos distintos ejes de diferencia (etaria, sexual, de género y clase social) se articulan en la emergencia de modalidades agravadas de exclusión, padecimiento y desigualdad.

Los resultados de nuestros informes reflejan que los abordajes en este campo oscilan entre la persistencia de los muros manicomiales y el abandono producido por políticas de ajuste que resultan devastadoras para la salud mental de las mayorías.

Puentes entre la salud mental y los derechos humanos

La Ley de Salud Mental ha creado puentes entre la salud mental y los derechos humanos en Argentina, al incorporar como parte de su articulado a diversos documentos internacionales de derechos humanos. Sin

embargo, a partir de lo reseñado hasta aquí, se advierte que el enfoque de derechos se presenta como un marco conceptual y de acción para guiar a los Estados en la orientación de políticas públicas, pero su mera incorporación a nivel constitucional y legislativo no consolida en sí mismo un modelo de políticas respetuosas de los derechos de las personas.

Con todo, consideramos que esto no anula su potencia transformadora y la posibilidad de tomarlos como herramientas de impugnación de cambios regresivos y como principios a ser invocados para discutir o cuestionar los modelos de política pública realmente existentes en nuestros países.

La información producida por el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos se constituye en un insumo clave en esa dirección, en tanto herramienta para incidir en la agenda, el desempeño y los resultados de la política de salud mental, a través de diversas estrategias de incidencia institucional y de procesos de acción colectiva.

Desde el año 2013, se realiza la presentación de nuestros informes anuales en espacios académicos, en servicios de salud, en jornadas con actores institucionales y decisores políticos y en distintos medios de comunicación de la provincia. Estos informes se han consolidado como un

espacio de referencia en la temática, puesto que identifican nudos críticos, problemáticas emergentes y la agenda pendiente para la implementación de las leyes de salud mental, con el fin de aportar a la discusión de políticas públicas con perspectiva de derechos humanos.

A nivel nacional, la información producida por el Observatorio ha motivado la presentación de diversas denuncias y solicitudes de intervención al Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26.657 y, desde el año 2019, comenzamos a integrar el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones. De este modo, la información se constituye en un recurso estratégico para incidir en mecanismos institucionales de formulación de políticas y de monitoreo de su implementación.

A su vez, participamos de procesos de evaluación y monitoreo internacional ante la Organización de Naciones Unidas. Junto con un colectivo de organizaciones de todo el país, presentamos “informes sombras” o “contra-informes” periódicos ante los Comités de Derechos de las Personas con Discapacidad y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Estos informes complementan, observan y denuncian los incumplimientos del Estado en relación a sus compromisos asumidos ante los organismos internacionales de derechos humanos.

Puentes hacia la comunidad, puentes hacia la dignidad

Además de estas estrategias institucionales, la información se constituye en un bien estratégico para el despliegue de procesos de acción colectiva en la reivindicación y defensa de los derechos de la ciudadanía. Desde el año 2014, el Observatorio participa del Colectivo por el Derecho a la Salud Mental de Córdoba, compuesto por personas usuarias, trabajadores/as, organizaciones estudiantiles, sociales y políticas que llevan a cabo anualmente las Marchas por el Derecho a la Salud Mental, en las que se exige la plena implementación de las leyes de Salud Mental y una política pública integral que garantice estos derechos reconocidos.

Las marchas son instancias participativas de construcción colectiva. En estos procesos, la información y los análisis del Observatorio contribuyen al diagnóstico de situación anual a partir de información actualizada y accesible, que nutren la construcción de las reivindicaciones y estrategias que se desarrollan desde el Colectivo.

Las marchas son una invitación a ocupar la calle, el espacio público, contra la indiferencia, la estigmatización, el retroceso. Son experiencias organizativas que nos invitan a construir, fortalecer y habitar espacios de construcción conjunta, en los que las personas usuarias

asumen el protagonismo en actos de profundo sentido político, en tanto sujetos que ejercen su derecho a demandar. A su vez, se trata de una movilización que se multiplicó desde su primera edición y se extendió a distintos lugares, alcanzando acciones simultáneas y articuladas en 23 ciudades del país y la región.

Las Marchas por el Derecho a la Salud Mental posibilitan recuperar las memorias de las luchas en derechos humanos y reconocer que las transformaciones y conquistas no se producen de manera espontánea, sino a partir del compromiso de personas que buscan construir modos de hacer diferentes.

En síntesis, identificar problemas, producir y socializar información, conceptualizar y disputar sentidos, son parte de las múltiples estrategias que como Observatorio hemos llevado adelante en los últimos años. El sentido de nuestro accionar es acompañar procesos, apoyar y formar parte de la constitución de actores colectivos que incidan en la agenda pública y de gobierno. Nuestro horizonte es la transformación de un sistema que, hasta ahora, ha producido la devastación de muchas vidas y trabajar en la construcción de otras maneras de acompañar y cuidar vidas plenas de sentido y dignidad.



Salud Mental y Derechos Humanos en los servicios territoriales y en Juicios de Lesa Humanidad

Entrevista a Vicente Galli

Llevada a cabo el 17 de octubre de 2019

Salud Mental y Derechos Humanos: La experiencia del Lanús.

Yo me comencé a formar, al poco tiempo de recibirme de médico, en Lanús desde 1962, donde había nacido la primera experiencia en el país de un Hospital General con “Servicio Psicopatología y Neurología” que tenía internación. Creado y dirigido por el Dr. Mauricio Goldenberg. En “El Lanús” atendíamos todo tipo de problemáticas vinculadas a lo mental. Los Consultorios Externos estaban fuera del monoblock, en lo que habían sido los viejos velatorios del hospital en su diseño original, que las había tenidos dispuestas en un Pabellón bastante amplio, que permitió la subdivisión en múltiples espacios para la atención ambulatoria de muchas personas, grupos y familias. Teníamos Salas de Internación, en el piso de Clínica Médica para hombres y otra para mujeres, con veinte camas en total, conectados con el sector de Clínica Médica en el Monoblock del Hospital. Se atendía todas las capas etarias. Hacia mediados de los 60 se organizaron también Servicios Comunitarios.

Lo interesante de este proceso en relación al campo de la salud mental, es que cuando yo comencé a recorrerlo, en 1962, apenas pocos años atrás se había comenzado a hablar de Salud Mental. En esa época ya se tomaba el concepto de salud en general, “no sólo como ausencia de enfermedad, sino como un completo bienestar físico, mental y social”. Es en esa definición de salud de la ONU que se empezó a hablar de Salud Mental. Aunque en aquella época se hablaba de Psiquiatría Social y/o Preventiva. Lo que implicaba perspectivas de Salud Pública.

Lo que estábamos haciendo era defender los derechos ciudadanos, tanto como las características idiosincráticas de las personas hasta ese momento eran internadas en los manicomios. Intentando encontrar formas de atención de los pacientes que respetaran sus derechos de persona, y no los arriaran a esas maneras de exilios de la sociedad, con marginación y estigmatización.

Luego de esa época esa época se fue llamando Salud Mental y, años después, se le empezó a hacer la ligadura con los Derechos Humanos en la medida en que estos se fueron haciendo más visibles luego de ser muy violados en la época del Proceso del Terrorismo de Estado (1976-1983). Por eso lo que se había comenzado a vincular de los derechos de los pacientes con los derechos ciudadanos, como en Italia en su Reforma Psiquiátrica, en Ar-

gentina se encaró más desde los Derechos Humanos, que los incluyen. Lo que se puede constatar en la Ley Nacional de Salud Mental del 2010, que acentúa es el derecho a tener derechos. Esta perspectiva también se encuentra en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad., en la que están incluidas muchas otras discapacidades, además de las mentales.

Desde el punto de vista de la Ley Nacional de Salud Mental, en el marco del Artículo 3: “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda la persona”. Es decir que cuando no se cumplen el derecho a estos derechos, la dinámica es de daño de salud mental. Si hablo de salud mental, hablo de derechos.

En las antípodas de este pensamiento están los hospitales psiquiátricos monovalentes que en su funcionamiento extremo son genocidas. Es la asistencia asilar centrada en la segregación, en la medicación y en el chaleco químico; son maneras de anulación de las existencias personales. Para que ellos dejen de existir hay que cubrir con dispositivos de Salud mental territoriales, hasta cubrir todas las necesidades. Con programas de salud mental

accesibles a toda la comunidad es los que la atención no esté sólo en los hospitales generales y centros de salud de atención primaria. Sino aún de manera más amplia y específica. De este modo, se pueden cubrir todas las problemáticas sintomáticas de los padecimientos, atendiendo también los temas vinculados con las diferencias sociales, las marginaciones, la pérdida de empleos o de tareas informales, los problemas vinculados al abandono de la tercera edad y tantos otros. Hay que trabajarlos simultáneamente con los padecimientos personales. La Ley Nacional de Salud Mental (N° 26657/del 2010) no habla ni de trastorno ni de enfermedad; solamente un punto en un punto donde hace referencia de los sufrimientos mentales, “incluyendo en ellos a los que son llamados trastornos mentales desde otras miradas”. Es lo que las corporaciones psiquiátricas toman para decir que esos son de resorte exclusivo de ellos, porque tienen los conocimientos técnicos. Interpretando así que “padecimientos” hay que entenderlos como referidos solo a sufrimientos sociales. Los otros, los trastornos clasificatoriamente organizados, son a los únicos que entienden como “verdad científica”.

El Juicio a las Brigadas:

Respecto al tema de salud mental y derechos humanos, tengo un escrito, un largo guion que me hice para la tarea

que tuve en un juicio de Lesa Humanidad que está transcurriendo en la ciudad de La Plata, que es llamado “Juicio de las Brigadas”. Me lo propuso Norberto Liwski, Presidente del CODESEDH: Presentar un Testimonio de concepto sobre **“Efectos Sociales del Terrorismo de Estado sobre Víctimas Directas, Familiares y Tejido Social”** que iba junto a otros tres testimonios de concepto hacia el final de la evolución del juicio oral; cuando ya habían testimoniado un grupo de víctimas directas sobrevivientes, los testigos presentados por las querellas y las defensas - familiares y conocidos de desaparecidos y reaparecidos -, y los acusados. Los “testigo de concepto” son invitados a hacerlo en carácter de peritos en cuestiones generales vinculadas a los contenidos de lo que se juzga. Ahora se está en la etapa de elaboración del veredicto.

Una de las particularidades del Juicio, que se desarrolla en el Tribunal Oral Nro. 1, en lo Penal Criminal Federal de La ciudad de La Plata, es que en la Brigada de San Justo sobre la que se pudo aportar mayor cantidad de pruebas, se documentó que de todas las víctimas, entre todos los que fueron secuestrados -torturados y devueltos a la sociedad; más los que desaparecieron- menos del 2% eran militantes de movimientos armados. Todos los otros eran desde chicos y chicas de la UES hasta dirigentes de movimientos sociales o barriales o trabajadores de la Mercedes Benz que estaba en San Justo; o de profesionales que trabajaban en Programas Comunitarios.

Algo especial de este es que es la primera vez que en la lista de acusaciones se llega hasta los que eran los responsables civiles. Están acusados el Ministro del Interior de la Provincia de Buenos Aires Jaime Smart, Ministro de Gobierno de la provincia entre 1976 y 1978 y su segundo Torino.¹

En el Testimonio de concepto que presenté dije que hay convergencias muy interesantes entre la perspectiva de la justicia y la perspectiva de los derechos humanos. La primera de ellas refiero al concepto de daño realizado. La definición jurídica es que son **Delitos de Lesa Humanidad**, -conceptualización acuñada en el juicio de Núrenberg- que nunca prescriben. Lo que significa que permanecen para siempre como delitos criminales, aunque no haya habido muerte de las víctimas mientras no sean Juzgados y castigados. Lo que, además, puede ser realizados en cualquier Jurisdicción por ser delitos universales. La convergencia que señalé, es que desde la perspectiva de Salud Mental y DDHH, los efectos de esos delitos aberrantes para la humanidad, perduran en sus efectos también de manera imprescriptible, hasta que no sean recordados, historiados y elaborados de la manera en que sea. Lo que es válido y necesario para varias generaciones sucesivas.

La noción de **Crímenes y Delitos de Lesa Humanidad** se armó para el juicio de Núrenberg. Son asesinatos y de-

litos de distinto tipo, aunque no lleguen al asesinato. que suponen un ataque grave a los derechos humanos personalísimos y fundamentales que por sus características son un agravio gravísimo no solo a las víctimas concretas sino a la Humanidad en su conjunto. Hay una cantidad de puntuaciones sobre lo que son delitos de Lesa Humanidad, que se resumen diciendo que... **“El bien jurídico que protegen, es el “núcleo duro” de los derechos humanos: que son la vida, la integridad física y mental, la libertad personal, la igualdad, la dignidad”**.

En relación a los grandes crímenes en contra a los derechos a la vida, a la existencia y al respeto a la identidad, uno de los tipos paradigmáticos son los **genocidios**. Desde los campos de concentración nazi para los judíos hasta otras experiencias de genocidios que existen desde el principio de las civilizaciones. Los delitos de lesa humanidad comenzaron en la Argentina antes del 1976, pero no eran genocidios todavía porque no era formalmente el Estado el que resolvía esa política de exterminio. Eran parapoliciales amparados por el Estado, pero no eran una política de Estado. **Genocidio es un concepto que acota con mayor precisión su puesta en práctica como políticas de Estado, de acciones coordinadas que tienden a la destrucción, total o parcial, de un grupo nacional, étnico, racial o religioso como tal.** Así lo define la Convención

para la Prevención y Sanción del Delito de Genocidio, por parte de las Naciones Unidas, en 1948, tanto como el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional de 1998. Tienen el objetivo de lograr el aniquilamiento de colectivos humanos como manera específica de destrucción y reorganización de relaciones sociales. Son una tecnología de poder peculiar, una “práctica social”, con causas, efectos y consecuencias específicas.

Los estudiosos de los genocidios los clasifican en cuatro tipos: genocidios étnicos, genocidios ideológicos, genocidios religiosos y genocidios reorganizadores.

Aquí aparece la segunda convergencia: ¿Cómo llamaron los que detentaron el golpe del '76 a lo que ponían en práctica?: “Proceso de Reorganización Nacional”. El nombre coincide con el tipo de genocidio reorganizador(!), que ya estaba definido muchos años antes del golpe cívico militar. Cuyo objetivo es buscar hacer desaparecer hasta la memoria y la existencia de todos aquellos que son caracterizados como enemigos del régimen, todo lo que traiciona lo que al régimen coloca como los valores fundamentales propios que hay que defender. Para los nazis eran los judíos bolcheviques, para el terrorismo de Estado en la Argentina eran los delincuentes subversivos. Ponían lo delincencial en lo que los nazis ponían a los judíos, a los homosexuales, a los gitanos, a los psicóticos; a todos los que consideraban

como racialmente degenerados. Los ponían a todos en la misma bolsa, para eliminarlos para mantener la pureza de la raza aria. El planteo del Terrorismo de Estado Argentino fue coincidente. Hacer desaparecer hasta la aniquilación total a los “delincuentes subversivos” y a todos aquellos a los que se podía considerar alentando y funcionando de acuerdo con esa estipulación.

Los NN

Lo de NN, además de ser la nomenclatura de personas vivas o muertas a las que no se les conoce sus datos de identificación, tiene que ver con un decreto en la época del nazismo: “Directivas para la persecución de las infracciones cometidas contra el Reich o las Fuerzas de Ocupación en los territorios ocupados” del 7 de diciembre de 1941 y desarrollado para la represión y eliminación física de oponentes políticos al régimen nazi en los territorios invadidos, así como combatientes enemigos miembros de la resistencia y de prisioneros de guerra de las Fuerzas Aliadas. Marcaba que los prisioneros fueran deportados de manera oculta a campos de exterminio específicos en territorio alemán. Los opositores debían ser detenidos durante la noche y la niebla (NN) son las iniciales de esas palabras también en idioma alemán; y si se interesaban por ello autoridades locales o extranjeras, solo se podía responder que parecía que habían sido de-

tenidos pero que no había más información disponible. Hitler mismo, según Keitel, fue el firmante del decreto al cual nos referimos arriba, en el que había definido que **“una intimidación efectiva y duradera solo se logra por penas de muerte o por medidas que mantengan a los familiares y a la población en la incertidumbre sobre la suerte del reo y que, a través de la diseminación del terror, toda disposición de resistencia entre el pueblo, será eliminada”**.

Este decreto, QUE pasó a la historia como el decreto de Noche y Niebla, por una película documental llamada “Noche y Niebla”; de Alain Resnais (1955), a partir de material cinematográfico y fotográfico incautado a los nazis.

El plan Cóndor que fue el pacto de coordinación de operaciones de las cúpulas de los gobiernos dictatoriales de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay en las décadas del 70 y principios de los 80, en la práctica se llamaba Plan Teseo. Este plan se tradujo en el seguimiento, vigilancia, detención, interrogatorios con apremios psicofísicos, traslados entre países y desaparición y muerte de personas consideradas subversivas del orden instaurado o contrarias al pensamiento político, o no compatibles con las dictaduras militares de la región. Esto está en el juicio en el cual se reconoce al Plan Cóndor como existente.

Los antecedentes de la Alemania nazi, de la represión francesa en Argelia y de las Enseñanzas en la Escuela de las Américas y las Conferencias de Ejércitos Americanos desde los 60 promovían acciones coordinadas en contra de “blancos subversivos”.

En este momento, la caricatura de eso, sin que haya un gobierno militar, sería Bolsonaro en Brasil; o acá en nuestro propio país, en esta época, durante todo este gobierno de Macri se han dado políticas de seguridad, políticas de segregación y la gran cantidad de asuntos que se resolvieron por fuera de los mecanismos organizativos de la cultura institucional de los tres poderes. Con decretos de necesidad y urgencia se han decidido cuestiones muy importantes como si fuera un gobierno militar. Muchas de estas conductas se vieron facilitadas porque hay ablandamiento y efectos residuales de la época del proceso militar que todavía siguen. Claro que lo que también siguió desde el Proceso Militar es la oposición y la lucha, no solamente desde las Madres de Plaza de Mayo, también desde el sindicalismo -más allá de sus fracturas-, desde las organizaciones sociales que se han mantenido muy activas en estos cuatro años. Macri no pudo seguir más arrasadoramente por la oposición que hubo. No se animaron a reprimir más duramente... Ahora con esta nueva posibilidad de un gobierno que venga a encarar el desastre organizando una integración, como es el Frente

de Todos. Es una gran resultante, opuesta a la fragmentación y desintegración que genera el terrorismo en el tejido social. Si nos juntamos todos es la única posibilidad; no es solo la lucha de los peronistas para hacer esta integración; en estos momentos hay cantidad llamativas de respuestas, como las de asociaciones empresariales, organizaciones industriales y movimientos intelectuales. Para hacer algo distinto de lo que venía pasando.

Insisto en que el tópico fundamental que permite establecer comparaciones y similitudes, son los modos por los cuales el aniquilamiento puede funcionar como una modalidad específica de destrucción y reorganización de relaciones sociales. La posibilidad de entender al genocidio como una tecnología de poder para lograr modificar relaciones sociales en una sociedad determinada, los modos en que los grupos se vinculan entre sí y consigo mismos, y aquellos a través de los cuales construyen su propia identidad, la de sus semejantes y la alteridad de sus otros. Perspectiva que queda incompleta sino se hacen preguntas acerca de la funcionalidad de las prácticas sociales genocidas como tecnologías de poder relativas a objetos variados, entre los que debe destacarse el lugar preponderante y hegemónico de las políticas económicas neoliberales inaugurada en el 76, con sus consecuencias de vertiginoso desempleo, pauperización, indigencia y fractura del mercado de trabajo.

Como contrapartida lo que quiero destacar es todo lo que significan las redes sociales, la construcción solidaria, las construcciones compartidas.

Impacto del Fallo a las Brigadas en Salud Mental y Derechos Humanos

En una definición de salud mental que teníamos como definición operatoria y cualitativa en la época en la que fui Director Nacional de Salud Mental durante el gobierno del Dr. Alfonsín, hablábamos de varios ingredientes:

Uno de ellos es que Salud Mental es un equilibrio inestable entre los elementos conflictivos de la existencia humana: amor/odio, actividad/pasividad; realidad/fantasías; placeres /sufrimientos, conocimiento/fanatismos, etc. que son prototípicos de nuestras existencias sociales y subjetivas. En esos equilibrios, inestables por definición, hay siempre crisis. Mayores o menores; algunas predecibles -como los duelos por pérdida de vínculos amorosos o por muertes, o las crisis por cambios durante la evolución mental por evolución de edades- y otras posible pero no predecibles con exactitud, como las causadas por efectos de catástrofes naturales o sociales, o por cambios de época en la cultura. Las crisis significan sufrimientos y peligros, pero también oportunidades de cambios y transformaciones. Las crisis de

los genios creadores terminan en producciones maravillosas, en el campo del arte, las ciencias o en prácticas de la vida cotidiana. Las crisis de los genios míticos concluyen en fundación de credos o en rupturas con los dioses existentes.²

Los que no somos genios, todas las personas más comunes de la humanidad también tenemos crisis. Con las mismas posibilidades de ser peligro de daño y simultáneamente potencialidad de transformaciones. Entonces el problema no son las crisis sino las resoluciones de las crisis. Lo que define entonces la cualidad de la vida mental, en relación con lo que venimos hablando, es la posibilidad de participación de la persona en sus propios conflictos y en los conflictos del contexto. **Nosotros hablábamos de que Salud Mental desde el punto de vista de la cualidad de vida mental es la posibilidad de participar y de tener compromiso consigo mismo y con el contexto; que llevan al compromiso y responsabilidades con las necesidades de cambios y mantenimientos en esos contextos.** Desde esta perspectiva los que están internados en el hospicio y se quieren escapar, tienen más salud mental que el personal cronificador que los atiende en el hospicio. Es una perspectiva que cambia mucho el paradigma de lo que es enfermedad y salud. Salud no es carecer de síntomas si no en que es lo que se hace con ellos.

Muchos de los grandes inventores, de los grandes descubridores, tuvieron que abjurar de sus ideas para sobrevivir, aunque no abjuraran en su coleteo interno, (el «*eppur si muove*» de Galileo), porque la religión del momento los liquidaba. La Inquisición liquidaba a todos aquello que no coincidían con el pensamiento que imponían. Son modelos muy viejos, de arrasamiento de aquellos que no piensan con el pensamiento oficial. Los que son sacrílegos o los apóstatas lo son porque no piensan como la doxa; muchos de ellos fueron tildados de locos en todas las culturas, internados como tales, por estar por contra el sistema. Entonces la participación y tener un proyecto compartido, tener esperanzas compartidas, son factores de salud mental. Lo vemos actualmente en lo que pasó a partir de la aparición del enroque entre la dama y el rey. La reina se corrió al lugar de dama y lo puso de rey a Alberto y Alberto va haciendo el tejido que está haciendo, que genera esperanza; y mucha gente está lanzada a esta esperanza sabiendo que hay gran cantidad de problemas; Es visible viendo a las personas, los grupos y las masas que siguen a los líderes que están tomando contacto con ellos preguntándole qué quieren, qué necesitan, tienen interacción con los movimientos barriales, sociales, con los movimientos en las intendencias, con los movimientos pueblerinos,... entonces aparece esperanzador en medio de una catástrofe, de una incertidumbre tremenda.

No sabemos qué país nos van a dejar en estas semanas que faltan. En cualquier situación vital en la que uno está mal y desesperado, alguien que aparezca, que te de albergue, te oiga en tu desesperación y te diga que juntos vamos a hacer algo para ver cómo solucionar tu problema y el del otro simultáneamente, y que constituís parte de la solución; no que la esperes pasivamente, sino que hay que activar para lograr eso. Podes tener hambre, pero se puede comenzar a tener esperanza.

Es justamente la inversa de uno de los efectos que genera el terrorismo de estado en el tejido social. Las figuras jurídicas, políticas y del habla popular que creó el terrorismo de Estado dan para hacer figuras en la clínica de la salud mental: los desaparecidos, los secuestrados, los torturados, los reaparecidos-torturados no matados, no asesinados que vuelven a la sociedad y son medio rechazados y temidos como los leprosos. El desaparecido era el intento de hacer desaparecer hasta la historia y la idea de la existencia de alguien.³

Con los desaparecidos quedaban agujeros en el tejido social, desaparecían parte del tejido. No solamente por la desaparición de esa persona con todas las expectativas, las incertidumbres y las imposibilidades de un duelo regular. -Ejemplo. Las madres que esperaban que sus hijos reaparecieran y que tenían el dormitorio preparado, que

no se animaban a pensar que estaban muertos-. Lo que también sucedía es que con los desaparecidos se expande el terror, eso que ya estaba formulado por Hitler y que se conocía empíricamente desde siglo antes. Sembrando el terror se paraliza a la gente; ¿cómo se produce esa paralización? La infiltración de los horrores y el terror, va logrando vacíos de representación y de percepciones, y por ende de acciones que dan espesor a la existencia, aunque sean conflictivas.

Entonces las desapariciones de personas hacen desaparecer tejido social activo y se fragmenta la sociedad; se genera desconfianza. Uno de los peligros era la delación, el torturado es un delator en potencia. También otro puede delatar a alguien para que se lo lleven acusándolo de subversivo para que lo torturen y alguien puede ser delatado como que cuidó a subversivos; la desconfianza se generaliza.

La gran fragmentación social que queda después del terrorismo de estado y que en parte se comenzó a reorganizar con el gobierno de Alfonsín, quién se la vio difícil porque tenía cerca el poder militar, que habían fracasado, pero estaban allí y además el programa económico de Alfonsín no daba para tener demasiada autonomía. Además, el radicalismo no acababa de entender a Alfonsín. Fueron varios problemas; no obstante, se pudo lan-

zar el conjunto de fundamental de leyes y acciones sobre derechos humanos de aquellas épocas. Después sucedió la muy discutida cuestión de Punto final y Obediencia Debida. Después corregidas por Néstor Kirchner.

Muchos son los análisis que se pueden hacer del Terrorismo de Estado- Lo que me interesa subrayar es la desaparición de interacciones y redes, que ante lo que se plantea en este momento genera tanto entusiasmo y tanta esperanza por su recuperación posible, que ya comienza con el sólo intentar ponerlo en movimiento. Excepto en gente que responde más al conservadurismo de la oligarquía argentina, más los de la doxa neoliberal y los que están enganchados de ese catolicismo tan ortodoxo y tan odioso contra todos los que no quieren respetar lo que ellos jerarquizan como valores republicanos; fusionándolos con lo de su credo.

¿Algo más para agregar? ¿Algún comentario que tengas ganas de decir?

Respecto al escrito del cual hablamos al comienzo de la entrevista sobre mi TESTIMONIO DE CONCEPTO SOBRE «Efectos Sociales del Terrorismo de Estado sobre Víctimas Directas, Familiares y Tejido Social”, una de las cuestiones que encaré al terminar la presentación fue que **los delitos de lesa humanidad son imprescriptibles,**

en su acusabilidad y en la necesidad de que sean sancionadas las penas, en cualquier país en el cual se encuentren los acusados, aunque el delito no se haya realizado allí.

O sea que esos delitos siguen vigentes mientras no sean condenados. Esto se ve en los nietos que aún no han sido recuperados y que siguen sin identidad verdadera. Ese delito sigue en funcionando activamente. Es muy claro. También los daños simbólicos generados por esos delitos en los tejidos solidarios, que también son permanentes, mientras no se los repare.

La coincidencia de la imprescriptibilidad desde el punto de vista de la jurisprudencia coincide con la perdurabilidad de los efectos del terrorismo de estado en las víctimas directas, indirectas y en todo el tejido social.

Hace un rato me refería antes respecto a la esperanza es su sentido reparatorio, no solo en relación con el hambre sino con toda la organización social dañada.

Una de esas tareas es la que realiza la Justicia. Especificando esta afirmación general. El Tribunal, como dispositivo de producción de Verdad y Justicia, asentado en la categoría de Derechos Humanos lleva a cabo una tarea que podemos llamar de reparación humanizante,

restituyendo parte del tejido social y subjetivo al restaurar derechos y estimulando la recuperación de esperanzas. Por lo tanto, opera en sentido opuesto al de los crímenes de lesa humanidad cuyos objetivos están asentados en la demolición de los procesos de creación y sostenimiento de lo humano.

Los métodos genocidas, de tortura, de secuestros, de desaparición, aniquilamiento, no son solamente sádicos o violentos, sino que atacan las condiciones básicas de hominización. Mientras que Los juicios y transformaciones que se dan a partir de ellos son hominizantes. El efecto reparador del juicio tiene muchos efectos en las víctimas, como hacerles saber lo que no terminaban de creer que vivieron. Muchas veces reconstruyen memoria en el momento de declarar, memorias que antes no tenían; surge alivio y sorpresa por el efecto de ser reconocidos, escuchados y creídos en quienes fueron víctimas de este proceso.

Ya en el final de la entrevista anoto algunas trazas sobre los efectos de las reparaciones humanizantes que vienen generando estos Juicios.

#Vivencias y efectos de justicia.

#Alivio y sorpresa por el efecto de ser reconocidos, escuchados y creídos.

#Reencuentro y fortalecimiento de sentimientos de dignidad

#Vivencia de verdad.

#Constatación y validaciones de lo vivido como real

#Recuperación y rejerarquización de aspectos fundamentales del sujeto ético⁴: Compasión, asco, vergüenza, pudor y culpa.

#Sensaciones de alivios y armonizaciones.

#Vivencias de reparación social y personal, que no son ni reconciliación y olvido, sino poder registrar en conjunto los agujeros perceptivos, las carencias y las ausencias, posibilitando la disminución de las tachaduras de realidades, lo que lleva al restablecimiento de lazos sociales⁵.

#Valoraciones de los juicios como colaboradores con el bien jurídico de la humanidad.

Sintetizando. Lo que hacen los Tribunales en estos Juicios, es lograr:

#Restituir parte del tejido social y subjetivo atacado.

#Restaurar derechos.

#Ayudar a la recuperación de la esperanza.

El rescate moral de la justicia, es repetir la historia, haciéndola comparecer. Su finalidad es política. Restablecer justicia es hacer presentes los hechos que acaecieron. Eso es administrar justicia: reconstituir hechos conforme a criterios éticos.

Se trata de hacer presente el pasado. Por eso la verdades histórica, fáctica, moral y al mismo tiempo jurídica de los hechos. Se habla de los hechos en tiempo pretérito, pero los actos del proceso se desarrollan en el presente. Es un “proceso de inversión moral del tiempo” por cuanto interrumpen el tiempo pasado imprescriptible y reabren el caso como si aún fuera posible actuar al respecto.

La sentencia detiene simbólicamente el curso de aquel mal⁶ y fija los hechos en la memoria colectiva al dar una versión oficial y definitiva de ellos.

Notas

¹ **Nota del Editor:** Ambos fueron ex militares ocupando cargos civiles en la organización del Estado. Juan María Torino Olivieri ocupó el cargo de subsecretario de Gobierno de la provincia entre abril de 1976 y marzo de 1979.

² **Nota del editor:** Destacamos el caso de Pablo de Tarso quien fue perseguidor de los primeros cristianos. Luego de la conversión Pablo queda transformado en apóstol.

³ **Nota del editor:** La cuestión que impulsó el nazismo respecto a destruir el nombre se representa en Auschwitz; el punto en el que la política de la vida se invierte en práctica de muerte representa el producto -degenerado al extremo- de la imposibilidad de aniquilar los nombres: Por ello se hace necesario matar esa muerte y eso es lo que es peor que la muerte. Porque si la muerte fuera aniquilada ya no hay nada a lo que pueda matar. Ni siquiera el nombre de judío. Por el contrario, apelar al nombre es recuperar la memoria y no dejarse tentar por el anzuelo del olvido... que es la naturalización que opera en la captura de conciencias. (c/ref a Lyotard J.F. en Derrida, J (2005): *Cada vez Única, El fin del Mundo*, Valencia, Pre-Textos, 242.; A gamben G. (2005): *Lo que queda de Auschwitz El archivo y el Testigo Homo Sacer III*, Valencia, Pre-Textos; Levi, P (2015): *Los hundidos y los salvados*, CABA.

⁴ Bleichman, S. (2011) *La construcción del sujeto ético*. Buenos Aires, Paidós.

⁵ Carlisky R, Zukerfeld R. y Z. de Zukerfeld, R. (Coordinadores (2016), *Efectos Reparatorios de los juicios al terrorismo de estado en la Argentina*. Cartagena, Congreso de la Federación Latinoamericana de Psicoanálisis.

⁶ Garapon A. (2002): *La injusticia y la inversión moral del tiempo*. en Ducrocq F.B ¿Por qué recordar”, Academia Universal de Culturas, Barcelona, Granica, p 90-99.

Cooperativas que prestan servicios de cuidados y empresas sociales de salud mental: hacia el fortalecimiento de un actor social en crecimiento.

Reseña sobre el Proyecto de investigación Aplicada.

Mariela Nabergoi
Marcela Freytes Frey
Gustavo Sosa
Selva Sena
Marina Veleda
Alberta Bottini
Mónica Copello
Merlina Martínez
Verónica Vila
Ana Cecilia Garzón
Cecilia Russo
Sabrina Belfi
María Victoria Araujo.

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo presentar el proyecto en curso “Investigación aplicada a las Cooperativas que prestan servicios de cuidados y a las empresas sociales de salud mental: hacia el fortalecimiento de un actor social en crecimiento” que fue aprobado en el marco de la 4ra. Convocatoria de Proyectos de Investigación y Constituciones de Redes del Programa de Cooperativismo y Economía Social en la Universidad de la **Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación**. Este estudio toma como antecedentes resultados de investigaciones y acciones previas de diferentes universidades que se encuentran trabajando en el campo de Cooperativismo, Economía Social y Solidaria, Empresas Sociales en Salud Mental y Cooperativas de Cuidados. El equipo está integrado por estudiantes, docentes e investigadores de diferentes disciplinas del Centro de Estudios de la Economía Social - CEES de la **Universidad Nacional de Tres de Febrero (Coordinadora General)**, del

área de Economía Social del Departamento de Desarrollo Productivo y Trabajo y Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg del Departamento de Salud Comunitaria de la **Universidad Nacional de Lanús**, del Observatorio de la Economía Social y Solidaria, Proyecto CREES (Construyendo Redes Emprendedoras en Economía Social), Programa Universitario en Incubación Social, Licenciatura en Terapia Ocupacional y Tecnicatura Universitaria en Economía Social y Solidaria de la **Universidad Nacional de Quilmes** y **Universidad del Chubut**.

El objetivo general es contribuir a la construcción de conocimiento sobre el sector de empresas sociales de salud mental y cooperativas que brindan servicios de cuidados con el fin de fortalecer el campo de la cooperación social en nuestro país. En este marco, la investigación se propuso estudiar las Empresas Sociales en Salud Mental (ESSM) y las Cooperativas que brindan Servicios de Cuidados (para personas mayores como para la primera infancia), con el fin de identificar y comprender los elementos que condicionan su expansión así como aquellos tendientes al fortalecimiento del campo de la cooperación social.

Justificación

Las necesidades de atención de las personas están creciendo y complejizándose, generando en América Latina un escenario de crisis de cuidado, producto de la mayor longevidad de la sociedad, de una más baja tasa de fecundidad y del ingreso masivo de las mujeres al mercado de trabajo y al sistema educativo. Si bien existen diferentes modos de organizar la provisión de cuidados (tanto sea para personas mayores, niñas y/o personas con alguna discapacidad), es innegable que aún hoy en día esta labor sigue concentrada en la familia y, dentro de ella, con mayor hincapié, en la mujer, en forma no remunerada. Por otra parte, como una problemática vinculada aunque singular, se encuentran aquellas personas con un trastorno mental severo o discapacidad grave, excluidas por su padecimiento del ámbito laboral, social y comunitario. Frente a este complejo escenario, es imprescindible actuar desde una perspectiva de corresponsabilidad entre diferentes actores, en donde el Estado debe ser el máximo garante de derechos, promoviendo soluciones innovadoras y sostenibles. El Cooperativismo y las Empresas Sociales de Salud Mental (ESSM) pueden y están contribuyendo a ello, a través de la generación de nuevos y mejores servicios de proximidad, complementando al Estado en la provisión de cuidados así como proveyendo de trabajo decente a sectores vulnerables y excluidos. Favorecen así el cumpli-

miento y ampliación de derechos y la democratización de las políticas sociales en la medida que la sociedad civil organizada (a través de la Economía Social y Solidaria) participa también en la cobertura de necesidades colectivas. En Italia y otros países, este modelo de cooperación social se encuentra ampliamente desarrollado.

Desde las Universidades y organizaciones que participamos en este proyecto venimos estudiando estos casos e impulsando el sector en nuestro país tanto a través de un proyecto anterior presentado ante la SPU desarrollado por la UNQ y FAESS, como mediante otras propuestas formativas, de investigación y extensión. Respecto de las ESSM el proyecto se inscribe y busca avanzar en el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010, en cuyo art 36 se sostiene que se deben “desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio - laboral para personas con padecimiento mental” con “mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria” desde la Autoridad de Aplicación y en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social. A su vez, tal como consta en el Art 11 se deben “implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria” a través de (entre otros): servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institu-

cional; cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral y emprendimientos sociales. En la provincia de Chubut existe un gran desarrollo de las ESSM, las que se originan en 2008 a partir de la implementación del Proyecto I.So.L.E (Integración Socio-Económica y Lucha Contra la Exclusión Social en Áreas Prioritarias de Argentina), programa de Cooperación entre Estados (Argentina e Italia) asociados al tercer sector y, posteriormente impulsadas por el Programa Ocupacional Laboral desde la Dirección provincial de Salud Mental Comunitaria. Hace unos años emerge en estas ESSM la necesidad de trascender la pertenencia orgánica al sistema sanitario y, sin perder los apoyos intersectoriales necesarios, procurar la autosustentabilidad económica en el marco de la economía social y solidaria. Estas experiencias muestran una dinámica emergente de interés y potencialidad, a pesar de que aún no cuentan con legislación específica de cooperación social al modo italiano o de otros países, tales como España y Canadá, y otros más recientes y cercanos, como Brasil o Uruguay, en donde el Estado es un gran promotor de las mismas.

Tanto la situación del crecimiento y cambio demográfico del país como la ampliación de derechos de los ciudadanos vía aprobación de trascendentales tratados, pactos y convenios internacionales, han instalado la problemática del cuidado y de la inserción sociolabo-

ral de población en situación de vulnerabilidad, en la agenda de la sociedad. Este proyecto procura proveer propuestas concretas que contribuyan a generar políticas públicas favorables a la conformación, ampliación y sostenibilidad de este sector.

Definiciones compartidas

Partimos de una concepción de Economía social y Solidaria, como un conjunto de principios, prácticas y organizaciones que sustentadas en la lógica de la reciprocidad, se orientan a la producción y distribución de bienes y servicios, priorizando necesidades y aspiraciones concernientes a la vida colectiva, a través de dispositivos asociativos y/o comunitarios, como es el caso de las Empresas Sociales de Salud Mental y las Cooperativas de Cuidados. Lo central son las personas y la reproducción ampliada de sus vidas, en una búsqueda permanente de generar condiciones sociales inclusivas, equitativas y justas.

La noción de “economía social y solidaria” refiere la variante de la economía que agrupa tanto las estrategias organizativas de la economía social que denominamos “nueva economía social” o “economía solidaria” como las experiencias históricas del cooperativismo y del mutualismo (Pastore, 2010; Sena, 2017).

En nuestro país, varias de las prácticas relacionadas con lo que llamamos Empresas Sociales en Salud Mental (con sus diferentes denominaciones tales como dispositivos de inclusión sociolaboral, emprendimientos sociales en salud, cooperativas sociales, etc.) se desarrollaron en el marco de experiencias vinculadas a procesos de reforma de la atención en salud mental enmarcados en normativas jurisdiccionales de diferente nivel (provinciales -Río Negro, Chubut, Santa Fe, CABA-, nacional) con mayor o menor nivel de implementación, muchas veces por iniciativa conjunta de usuarios y trabajadores de salud mental, en algunos casos con capacidad de construir incidencia en las políticas públicas. En general se relacionan con, y se han inspirado, en el modelo de empresa social italiana, el enfoque de rehabilitación psicosocial y la salud mental comunitaria.

De Leonardis, Mauri y Rotelli definen a la empresa social como “un contexto de asistencia estructurado sobre la base de relaciones que disminuyen la incertidumbre y la desconfianza en nosotros mismos y en los otros, que acrecienta un sentido de valor personal y capitalizan el placer que se extraen de las cosas que se hacen” (1995: 33).

Estas experiencias tienen como denominador común la búsqueda por conquistar el acceso efectivo al derecho al trabajo como parte de los derechos de ciudadanía, de

personas con padecimiento psíquico y otras situaciones de vulnerabilidad (Giménez et al, 2013; Freytes, 2018; Yujnovksy, 2016; Narvaez, 2015).

Las Cooperativas de Cuidados son aquellas conformadas generalmente como Cooperativas de Trabajo, integradas en su gran mayoría por mujeres (cuidadoras con o sin certificación, auxiliares de enfermería, auxiliares gerontológicos, y en menor medida licenciadas/os en enfermería, terapistas ocupacionales y acompañantes terapéuticos) que brindan servicios de cuidados, asistencia socio sanitaria y acompañamiento a personas mayores y/o personas con alguna discapacidad y, en menor medida, a niñas y niños. Son servicios de cuidados domiciliarios y/o en clínicas privadas o públicas, que abordan a las personas usuarias desde una concepción integral de la salud y de promoción de sus Derechos.

Las cooperativas de cuidado se caracterizan por una gestión democrática y asociativa, construyendo así espacios de trabajo participativos. La gestión asociativa es el aporte que la economía social y solidaria hace a la resolución de las cuestiones del cuidado.

Metodología

Las actividades del proyecto incluyeron entrevistas individuales a referentes de empresas sociales y cooperativas, entrevistas grupales a emprendedores de ESSM y grupos focales. Desde los inicios del proyecto se realizaron talleres con emprendedores y cooperativas vinculadas a la temáticas y en función de los datos que se iban relevando. Asimismo se realizaron acciones de acompañamiento y asesoría, especialmente a las cooperativas de cuidados. Las muestras se conformaron de manera intencional. Se implementó una encuesta para triangulación de fuentes al total de la muestra y se incluyeron en el análisis otras fuentes complementarias como información de páginas web, folletos, presentaciones, notas periodísticas y entrevistas publicadas brindadas por los mismos espacios.

La muestra de Empresas Sociales en Salud Mental quedó conformada por 12 emprendimientos: Las Emilianas (Santa Fe), QueremeAsí Piantao Buffet (Tandil), El Entrevero (Paraná), Bellísimas (Temperley), La Huella (CABA), Grupo Cooperativo Communitas (Rosario, Santa fe) Vital - arte en papel (Paraná), Nuevos Sabores (Puerto Madryn), Cocinando Sueños (Puerto Madryn), Hilando Caminos (Trelew), El Caldero (Trevelin), Quenuir (Esquel), La Chacra (Viedma) y Cooperativa en Salud Mental El Bolsón (Bolsón).

La muestra de Cooperativas de Cuidados Soltrecha (Chaco) Cooperativa Mar del Plata (Mar del Plata), Cuidacoop (Formosa), Nuevo Orrizzonte (Reconquista - Santa Fe), Manos que Cuidan (Esquel), Vital Asistencia (La Pampa), Acompañándolos (Tres Arroyos), Cuihdo (Salta), Manos Cuidando (Tres Lomas) y Sembrando Vidas (Gonzales Catán).

Palabras finales

Los resultados de este proyecto tienen como horizonte realizar aportes significativos orientados a la construcción de modelos sostenibles de Empresas Sociales de salud mental y Cooperativas de Cuidados y registro de estrategias concretas de comercialización, financiamiento, ampliación y creación de mercados. Es así que participamos en la construcción de una Red de Cooperativas Sociales que promueve la visibilidad y consolidación del sector optimizando los intercambios socio-económicos. Actualmente nos encontramos trabajando en el diseño de una Página Web con información sobre el Sector donde se encontrarán publicados los resultados del proyecto (<http://cooperacionsocial.org.ar/inicio.php/>) y en el diseño de propuestas normativas y regulatorias de distinto nivel (nacional, provincial, resoluciones de la autoridad de aplicación, de organismos públicos específicos) y la construcción de

recomendaciones de diversas líneas de políticas públicas tendientes a fortalecer al sector.

Asimismo, desde el proyecto se dictó en la UNLa el Seminario de Posgrado “Salud mental comunitaria y economía solidaria: empresas sociales de salud mental” como Seminario Optativo de la Maestría en Salud Mental Comunitaria, con docentes invitados de las cuatro universidades participantes.

Resultados parciales del proyecto fueron presentados en:

- la “II Conferencia Regional de Salud Mental Comunitaria” que se realizó el 30 de septiembre al 04 de octubre del 2019 en Esquel, Chubut con modalidad taller;
- los Talleres del Eje Cooperación Social, Empresas, Emprendimientos y Cooperativas Sociales en el “II Congreso Nacional de Economía Social y Solidaria” de la UNQ el 17 de septiembre de 2019.
- el “V Congreso de Economía Política” organizado por la Universidad Nacional de Quilmes/Centro Cultural de la Cooperación realizado el 1,2, 3 de octubre de 2019. Trabajo: “El cuidado y la cooperación social: estrategias colectivas desde el campo de la economía social y solidaria”

• “X Encuentro de Investigadores Latinoamericanos en Cooperativismo” organizado por la Red Latinoamericana de Investigadores en Cooperativismo (RLIC) realizado el 2 y 3 de agosto de 2018. Trabajo “Proyectos de promoción de Cooperativas Sociales para la Inclusión Sociolaboral en la Provincia de Chubut”

Referencias Bibliografías

Broide, A. (s/f) *El desarrollo de Empresas Sociales como recurso estratégico*. Disponible en <https://saludmentalrionegro.com/wp-content/uploads/Empresa-Social-por-Analia-Broide.pdf>

De Leonardis, O.; Mauri, D.; Rotelli, F. (1995). *La empresa social*. Buenos Aires, Nueva Visión, pp. 234

Dirección Nacional de Salud Mental MSAL (2018). *Dispositivos de inclusión sociolaboral. Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad*. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001261cnt-2018_dispositivos-nclusion-sociolaboral.pdf

Documentos finales del IV y V Encuentro Provincial de ESSM de Chubut.

Freytes Frey, M., Veleda, M (2018). *Proyectos de promoción de Cooperativas Sociales en la provincia de Chubut: un trabajo intersectorial en búsqueda de la inclusión sociolaboral de personas en situación de vulnerabilidad*. X Encuentro de Investigadores Latinoamericanos en Cooperativismo. Bs. As.



Giménez, M. (2009). *La Empresa Social como estrategia de Salud Mental Comunitaria*. Jornadas del Proyecto Integración socio-economica y Lucha contra la Exclusión Social. Áreas Prioritarias de la Argentina. Escuela Bial para Operadores de Empresas Sociales. Viedma. 25 y 26 de Marzo.

Giménez, M.; Beines, F.; Castroferro, G.; Nabergoi, M. (2013). *Curso Salud Mental Comunitaria. Módulo 3. Rehabilitación psicosocial*. Coordinador general: Emiliano Galende. Departamento de Salud Comunitaria. Convenio UNLa-Dirección de Salud Mental de la Provincia de Chubut. Edita: UNLa. Virtual / Universidad Nacional de Lanús.

Narvaez, S. (2015). *Emprendimientos sociales. El trabajo como posibilidad de inclusión social*. Congreso TO Parana 2015. Pags 58-62. Disponible en <http://www.cotoer.com.ar/imagenes/documentos/IXCONGRESOARGENTINOTO.pdf>

Pastore, Rodolfo E. (2010). *Un panorama del resurgimiento de la economía social y solidaria en la Argentina*. Revista de Ciencias Sociales, segunda época, año 2, N°18, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, pp. 47-74.

Sena, S.D. (2017). *La economía social y solidaria como un aporte a la salud comunitaria*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Strutti, C. (1997). *La empresa social. Algunas reflexiones y aportes a partir de dos propuestas implementadas en Colombia*. Editado por PTREV y PNUD Julio 1997

Spampinato, S. Testa D. (2016). *Emprendimientos sociales en salud mental. Transformar “desde abajo”*. Rev Argentina de Terapia Ocupacional 2 (2): 19-27. Disponible en: <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2016dic-art3.pdf>

Yujnovsky, N. (2016). *Emprendimientos productivos en Salud Mental. Del hospital monovalente a la comunidad*. Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 2(2), 28-35. Disponible en [http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/rato2\(2\)/RevistaTO-3art4%20final.pdf](http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/rato2(2)/RevistaTO-3art4%20final.pdf)

Entre el despido y la precarización: configuraciones laborales y salud mental, a partir de los procesos de reorganización laboral recientes en la Argentina

Convocatoria Oscar Varsavsky-UNLa, 2018-2019

Cecilia Ros
Miriam Wlosko
Alejandro Wilner
Gabriela Zunino
Valeria Pujol Buch
Carla Pierri
Candela Ruiz Díaz

Entre 2005 y 2015 se logró en la Argentina un importante descenso de la desocupación. Sin embargo, a partir del cambio de rumbo político, y en tan solo cuatro años, la desocupación aumentó más de 3 puntos porcentuales promedio para todo el país, alcanzando en 2019 el 10,6%. Por su parte, el aumento de la precariedad laboral consistió básicamente en el incremento del empleo no registrado, así como en el aumento de la cantidad de personas que involuntariamente, trabajan en jornadas reducidas. Según el informe del CETyD esto da cuenta de una tendencia a la «desalarización» de la estructura ocupacional, lo que implica el avance de modalidades que no se encuentran sujetas a la normativa laboral, a los convenios colectivos de trabajo ni, en general, a la representación sindical.

En el marco de este proceso, que implicó el incremento de los despidos masivos y la precarización laboral, este estudio plantea indagar las diversas configuraciones laborales surgidas del abanico existente entre el despido

y la ocupación, a fin de analizar su vinculación con la salud mental.

Investigaciones realizadas en países que atravesaron graves crisis económico-sociales y de empleo dan cuenta de graves consecuencias generadas en la salud y la subjetividad al de las personas afectadas. En Argentina las investigaciones sobre estos tópicos son escasas, antiguas y disciplinariamente heterogéneas.

La investigación se desarrolla en dos líneas complementarias: a.- una de corte epidemiológico que vincula la salud/salud mental con las condiciones de precarización laboral y b.- otra que aborda los modos de disciplinamiento vinculados al trabajo y los despidos masivos, a partir del análisis de la prensa escrita.

Para la primera de estas líneas se diseñó un cuestionario que incluyó tanto elementos relativos al empleo como a las condiciones de trabajo. Entre estas: 1. condiciones laborales actuales, 2. experiencias recientes de despido, 3. trayectoria laboral y su vinculación con condiciones de precarización laboral.

Además de las dimensiones concernientes al empleo y a las condiciones de trabajo, el cuestionario incluyó la aplicación de dos instrumentos de evaluación de la sa-

lud/salud mental: el SRQ 20 (Self-Reporting Questionnaire de la Organización Mundial de la Salud, 1994) y la escala de depresión de Beck.

La segunda de las líneas del estudio se dirige a analizar el carácter performativo, en términos de disciplinamiento social, de los fenómenos vinculados con el trabajo en general y de los despidos en particular. A partir de la construcción de un corpus compuesto por artículos publicados en medios de comunicación masiva de la prensa escrita (Clarín; La Nación, Página 12 y Anred), se trata de indagar cuáles fueron las lecturas propuestas por los distintos medios acerca de las temáticas vinculadas al empleo y al trabajo, qué acontecimientos privilegiaron destacar y cómo los caracterizaron, y si variaron los modos de definirlos o considerarlos en dos períodos seleccionados como casos (febrero de 2016 y mayo de 2018).

Desde el punto de vista teórico-conceptual, la noción de precarización utilizada conjuga el trabajo precario, informal y no registrado. Aunque la noción de precariedad suele referirse a empleos que suponen un desvío del “empleo típico” - entendiendo a este último como empleo asalariado, a tiempo completo, ligado a un único empleador, en un único lugar de trabajo y protegido por la legislación laboral y las instancias de negociación colectiva (Neffa, 2008), a la luz de las transformaciones en el mun-

do del trabajo de las últimas décadas, dicha noción asume otras connotaciones y amplía su alcance. Esta investigación analiza los procesos de precarización suplantando la división dual entre empleo precario/no precario por la de “grados de precariedad” (Fernández Massi, 2014); al tiempo que los entiende en términos de *descalificación social* (Paugam, 2015) y de *humillación e injusticia* (Honneth, 2011; Renault 2004). Se trata de pensar procesos que no sólo incluyen a la precarización del empleo, sino también la precarización del trabajo (Paugam, 2015). Esto ha llevado a plantear a autores como Robert Castel (2004) la *institucionalización de la precariedad*.

En una investigación anterior orientada a indagar el impacto de los despidos masivos en la salud y la subjetividad, sostuvimos que los mismos forman parte de una estrategia orientada a reducir el costo laboral, a anular derechos sociales y laborales e imponer una nueva “cultura” del trabajo en un país que tenía el mayor salario mínimo y la tasa más alta de sindicalización del de América Latina.

Una de las constataciones de dicho estudio se vincula con estrategias de disciplinamiento que pretenden la fabricación de subjetividades precarias que naturalicen su falta de derechos.

En la misma línea argumental consideramos que la conminación al empleo y el trabajo precario constituye

una herramienta central para producir el “autodisciplinamiento por el pánico” (Dejours, 2006; Alemán, 2016) y hacer efectiva la amenaza de desocupación, la que funciona sobreimplicando al trabajador, al modo del “chantaje social” (Malfé, 1995), lo que sin duda genera efectos de fragilización subjetiva, tanto en los individuos como en los colectivos laborales, a los que impacta desestructurándolos.

Referencias Bibliografías

Alemán, J. (2016). *Horizontes neoliberales de la subjetividad*. Buenos Aires: Grama ediciones.

Dejours, C. (2006). *La Banalización de la Injusticia Social*. Buenos Aires: Topia.

Fernández Massi, M. (2014). "Dimensiones de la precariedad laboral: un mapa de las características del empleo sectorial en la Argentina". Cuadernos de Economía, 33(62), 231-257.

Honneth, A. (2011). *La sociedad del desprecio*, Editorial Trotta, Madrid.

Malfé, R. (1995). *Fantásmata*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

Neffa (2008). *La informalidad, la precariedad laboral y el empleo no registrado en la provincia de Buenos Aires*, Prólogo de Oscar Cuartango, CEIL-PIETTE, CONICET y Ministerio de Trabajo de la Pcia.de Buenos Aires, con el auspicio de la OIT, 316 págs., 2008.

Paugam, S. (2015). *El trabajador de la precariedad. Las nuevas formas de integración laboral*, Fundación de Educación y Capacitación para los trabajadores de la Construcción, Buenos Aires.

Renaut, E. (2004). *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*, La Découverte, Paris.

Wlosko, Panigo, Ros y otros (2016). "Despidos masivos en argentina: caracterización de la situación y análisis del impacto sobre la salud física y mental-2015-2016 -" http://www.iade.org.ar/system/files/despidos_masivos_en_argentina_-_caracterizacion_de_la_situacion_y_analisis_del_impacto_sobre_la_salud_fisica_y_mental_2015-2016_vfinal.pdf.

WHO (1994). A user's guide to the self reporting questionnaire SRQ, Ginebra. Sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61113/1/WHO_MNH_PSF_94.8.p

**Obra*****Flores de Verano***

Acrílico sobre lienzo

79 × 84 cm

Año 2019

El Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús agradece al artista **Alicia Leal** por autorizar la publicación de la obra que acompaña esta edición.

Diseño de publicación

Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa

Director Claudio Loiseau

Coordinadora Andrea Michel

Equipo Iñaki Bolón García | Fátima Murphy Púpparo | Luciana Schiavi

Suscripción y correspondencia

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar