



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

TESIS DE GRADO:

“La intervención profesional del Trabajo Social en salud mental en el ámbito de la salud pública hospitalaria de Comodoro Rivadavia: aportes y desafíos en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, durante los períodos 2024-2025.”

Tesista: VALDEBENITO, Luciana Aylén

Directora de tesis: Lic. HERNANDEZ, Patricia

2025

Agradecimientos.

En primer lugar, quiero agradecer a mi mamá, por haber bancado sola y con mucho sacrificio mi formación universitaria. A mi papá, por haber apostado siempre a mi educación, desde donde sea que estés, gracias Pa por haberme dejado la mejor herencia que una hija de trabajadores podría tener: una formación profesional.

A mi tía Sandra, gracias infinitas por tu incondicionalidad, por ser muchas veces mi amiga, mi confidente, mi psicóloga y mi cómplice de mañas.

A Bubbita, Karen y Mia por acompañarme hasta altas horas de la madrugada en el proceso de escritura.

A mis amigxs de la vida (Aldi, Mel, Lau, Ariel, Lore, Dami, Barbi, Ale) y facuamigxs, que decirles, más que gracias miles, sin ustedes no lo hubiese logrado.

A los equipos de cátedra de Trabajo Social I y Trabajo Social III, gracias eternas por el espacio concedido, por permitirme formarme en la docencia universitaria y potenciar mis conocimientos y habilidades.

A Osvaldo y Ximena, por las tardes eternas y los mates interminables en las oficinas de Bienestar, ayudándome a encontrar mi camino y sobrevolar obstáculos, no solo en el trabajo de investigación, sino también en la vida.

A la universidad pública y gratuita por tener las puertas abiertas para todxs lxs que sueñan con un futuro mejor.

Al personal de salud mental del Hospital Regional, que brindaron parte de su tiempo para contribuir al trabajo de campo de la presente investigación.

Por último y no menos importante, quiero agradecer profundamente a mi directora de tesis Patricia Hernandez, no solo por haber acompañado y guiado el trabajo investigativo, sino también por haberme brindado un espacio de escucha en momentos de angustia, frustración, miedo, incertidumbre. En ella, no solo encontré una excelente directora de tesis, sino también una persona a quien admiro y aprecio muchísimo.

A todxs ustedes, les digo gracias por creer en mi cuando ni siquiera yo lo hacía.

¡LO LOGRE!

ÍNDICE

Introducción	7
Capítulo I: Construcción histórica del campo de la salud mental, del asilo a la comunidad	18
1.1 Aproximaciones teóricas al concepto de Salud Mental	19
1.2 Locura como objeto de tutela y peligrosidad	21
1.3 De la institucionalización hasta la desinstitucionalización: desmantelando el viejo paradigma	25
1.4 Recorrido normativo	31
1.5 La intervención del Trabajo Social en salud mental: contexto histórico	36
Consideraciones finales de capítulo	38
Capítulo II: La salud mental en el ámbito público hospitalario: entre políticas, prácticas y disputas	40
2.1 La salud mental como Derecho Humano en el escenario local	41
2.2 Sobre el Hospital Regional Dr. Víctor Manuel Sanguinetti	46
2.3 Sistematización del trabajo de campo	51
2.4 De red a divisiones: sobre el departamento de salud mental y adicciones del Hospital Regional	54
2.4.1 División de Adicciones.....	62
2.4.2 División de Rehabilitación Psicosocial	62
2.4.3 División de Enlace Psicosocial.....	63
2.4.4 División de Internación	63

Consideraciones finales de capítulo	65
Capítulo III: Salud mental y Trabajo Social	66
3.1 Aproximaciones conceptuales a la categoría Cuestión Social en relación a la salud mental	67
3.2 Salud pública y seguridad social	70
3.3 La salud mental en el contexto nacional actual	73
3.4 Intervención profesional en salud mental	75
Consideraciones finales de capítulo	79
Posibles líneas de acción	81
Conclusiones	83
Referencias bibliográficas	87
Anexos	94

Acrónimos.

APS: Atención primaria de salud

CAPS: Centro de Atención Primaria de Salud.

CIT: Centro Integral de Tratamiento de las Problemáticas de Consumo.

DUDH: Declaración Universal de Derechos Humanos

LNSM: Ley Nacional de Salud Mental

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

UNPSJB: Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco.

*Tarde o temprano ese lenguaje marginal, ese no
lenguaje (...) tiene una estructura completamente cósmica,
que no se la puede descartar, el lenguaje de los locos
mañana será el de los cuerdos.*

(Luis Alberto Spinetta)

Introducción.

La intervención profesional en Trabajo Social es entendida por Cazzaniga (1997), como una construcción artificial de espacio tiempo que se constituye desde la perspectiva de distintos actores. En este sentido, sostiene que la misma está determinada por una matriz conceptual que resulta ambigua en tanto que se configura en relación con las condiciones sociales, económicas y culturales en las que se inscribe la experiencia de los sujetos. Es decir, que la construcción del campo problemático está en constante tensión entre la teoría y la práctica, y se configura según la cuestión coyuntural y las nuevas expresiones de la cuestión social. En relación a lo expuesto, pareciese ser que la especificidad profesional se torna equivocada en las representaciones de los otros, con respecto al quehacer profesional, especialmente en aquellos ámbitos en los que se interviene de manera conjunta con otros campos disciplinares como ocurre con la salud mental, la cual demanda de un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial.

Esto último, aparece con claridad en el imaginario de la población de estudiantes ingresantes a la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales en la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco de Comodoro Rivadavia, que llegan a las aulas con la necesidad de suplir el deseo de estudiar Psicología, carrera que por el momento no se encuentra disponible en la oferta académica, motivo por el cual recurren a la formación profesional como una alternativa viable. Lo expuesto, remite no sólo a la confusión acerca de las facultades de los profesionales en Trabajo Social, sino también a la tendencia de lxs futurxs profesionales a percibir al Trabajo Social en salud mental como una extensión o complemento de la Psicología, lo cual deja en evidencia la necesidad de realizar un aporte para la producción de conocimiento a partir de la lectura y la inserción en el campo, resignificando y reivindicando la especificidad profesional y las incumbencias profesionales que establece la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072.

Por otra parte, no se puede pensar la intervención profesional en salud mental sin tener en cuenta el contexto político, social y económico que atraviesa el sistema de salud, particularmente de gestión pública. En este sentido, se considera pertinente destacar que la visión neoliberal del gobierno de turno trajo consigo un giro económico y político en lo que respecta al sistema sanitario que tuvo como resultado la reducción del gasto público y por consiguiente el desfinanciamiento de las instituciones de salud, tensionando la sostenibilidad de este y el acceso a la salud como un Derecho Humano Fundamental.

En línea con lo mencionado, resulta interesante recuperar las palabras de Mallardi y Ferreira (2013), quienes sostienen que la contradicción y el conflicto es un elemento constitutivo de los servicios sociales, en tanto que son funcionales a los intereses del Estado y de las clases dominantes como así también, necesarios y reivindicados por los distintos sectores de la clase trabajadora, donde la capacidad de presión y reivindicación de los usuarios de estos servicios, adquieren una importancia significativa. En efecto, la importancia del Trabajo Social como profesión en la intervención del campo de la salud mental, es un elemento de interés de la investigación, para dar a conocer los aportes en el campo problemático de los actores sociales y la cuestión social.

Es por todo lo expuesto que la presente investigación tiene como fin abordar acerca de la intervención profesional del Trabajo Social en salud mental en el marco de la salud pública hospitalaria de Comodoro Rivadavia, realizando el recorte entre los periodos 2024 y 2025. A partir del análisis se pretende ahondar sobre la experiencia del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia Dr. Victor Manuel Sanguinetti, en tanto que es la única institución en la ciudad que brinda intervención en situaciones de urgencia en salud mental y además cuenta con una amplia red de dispositivos de rehabilitación psicosocial con base en la comunidad. Es decir que el hospital ofrece cobertura a las demandas de localidades aledañas como ser Rada Tilly, Sarmiento, Río Mayo, Río Senguier, Facundo, Paso del Sapo y Beileiro, lo cual conlleva

a una sobredemanda en la institución, obstaculizando la accesibilidad a los servicios.

Asimismo, se busca focalizar en la relación entre Estado, Salud Mental y Trabajo Social, considerando la relevancia de la especificidad profesional en la intervención en lo social, teniendo como horizonte las incumbencias profesionales, la ética profesional y los Derechos Humanos.

La intervención en lo social dentro del campo de la salud mental, en palabras de Carballeda (2012), se vio influenciada por una serie de cuestiones, lo cual implicó cambios y desafíos significativos que han llevado a replantear la forma en que se comprende y aborda la salud mental, como un proceso complejo y cambiante. Es así que se pretende profundizar sobre los aportes, como así también los desafíos con los que se encuentra el Trabajo Social al momento de pensar en la rehabilitación psicosocial de las personas con padecimiento mental en su integración social y también, al momento de elaborar estrategias que promuevan el abordaje integral, interdisciplinar e intersectorial en conjunto con los diferentes actores sociales en pos de superar las lógicas tutelares y estigmatizantes del paradigma asilar manicomial.

En función de lo expuesto se detallan a continuación las preguntas y objetivos que guiaron la presente investigación:

Preguntas de investigación.

- ¿De qué manera se configura la intervención profesional del Trabajo Social en salud mental dentro del sistema de salud pública hospitalaria en Comodoro Rivadavia, en el marco de la ley de salud mental N° 26.657?
- ¿Cómo se construye el campo de la salud mental a lo largo de la historia?
- ¿Qué dispositivos y/o recursos comunitarios contribuyen a posibilitar la rehabilitación psicosocial de las personas con padecimiento mental?

- ¿Cuáles son los desafíos que presenta la intervención profesional del Trabajo Social en salud mental en el marco de la salud pública?
- ¿Qué aportes e intervenciones puede realizar el Trabajo Social en salud mental en el marco de la interdisciplina y el acceso a la salud mental desde la promoción de derechos?

Objetivo general.

Conocer sobre la intervención profesional del Trabajo Social en salud mental en el ámbito de la salud pública hospitalaria de Comodoro Rivadavia, sus aportes y desafíos en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, durante los períodos 2024-2025.

Objetivos específicos.

- Conocer acerca de la construcción histórica social del campo de la salud mental
- Describir los dispositivos y/o recursos comunitarios que posibiliten la rehabilitación psicosocial de personas con padecimiento mental
- Identificar los desafíos que presenta la intervención profesional del Trabajo Social en salud mental en el marco de la salud pública.
- Analizar las diferentes líneas de acción e intervención del Trabajo Social en salud mental, en el marco de la interdisciplina y el acceso a la salud mental desde la promoción de derechos.

El interés del tema de investigación surge a raíz de dos cuestiones fundamentales, en primera instancia surge a partir de la trayectoria académica de quien escribe, que comprende tres años desempeñándose como auxiliar de segunda en la cátedra de Trabajo Social I de la Licenciatura en Trabajo Social de la UNPSJB y dos años de participación en el Programa de Formación Docente. En este periodo de tiempo, se ha observado que un porcentaje significativo del estudiantado que ingresa a la carrera lo hace como una alternativa a la

Psicología, lo que genera una confusión respecto del rol y la especificidad profesional en el ámbito de la salud mental.

Por otra parte, son numerosos los encuentros, ya sea a nivel regional, provincial y nacional, que tensionan y/o ponen en cuestión el abordaje de la Salud Mental y la aplicabilidad plena de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 de 2010. Dichos encuentros han tenido lugar desde la promulgación de la misma y siguen teniendo un espacio hasta el día de la fecha. En este orden de ideas, se puede observar que es un problema de larga trayectoria, y que ocupa un lugar importante en los debates actuales, producto de una sistemática lucha colectiva por la reivindicación de los derechos de las personas usuarias de salud mental.

En cuanto al disparador del área de análisis se desprende del tercer encuentro de proyección y debate titulado “Deconstruyendo estigmas en salud mental” llevado a cabo en la UNPSJB sede Comodoro Rivadavia. El mismo surge en el marco de las residencias interdisciplinarias de salud mental comunitaria del Hospital Regional, organizado por psicólogas y trabajadoras sociales, con la participación del grupo de teatro Salida de Emergencia y personal de Unimedia Patagonia. Se trabajó con mitos y prejuicios en torno a la salud mental, personas usuarias y la institucionalización de las mismas, por otra parte, se presentaron brevemente los dispositivos que conformaban la red asistencial sociosanitaria de salud mental hasta el año 2024.

Las profesionales que transitan el proceso de formación expusieron de qué manera se realiza un abordaje de la salud mental con base en la comunidad, y se propuso trabajar sobre algunos fragmentos de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones dando paso a la reflexión y el intercambio en torno a lo dispuesto por la ley, la realidad en la que se inscribe y los obstáculos que existen para la aplicabilidad plena de la misma. En línea con lo mencionado, resulta interesante recuperar los aportes de Yamamoto (2003) quien expone que

el profesional en Trabajo Social, posee capacidad para proponer, para negociar con la institución sus proyectos, para defender su campo de trabajo y sus funciones, y requiere ir más allá de las rutinas institucionales si su fin es la aprehensión de la realidad para la generación de tendencias y posibilidades. De este modo, se puede decir que investigar y ahondar sobre estas cuestiones, es necesario en tanto que, conduce a entender a las personas con padecimiento mental como sujetos plenos de derechos, separándolas de diagnósticos que devienen en rótulos, dando cuenta que la salud mental es un derecho humano y que es responsabilidad del trabajo social la defensa y reivindicación de los mismos, como así también la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales tal como lo expone la Ley Federal de Ejercicio Profesional 27.072.

Estado de la cuestión.

En lo que respecta a las investigaciones acerca del estado actual de conocimiento sobre la temática a investigar, el material bibliográfico sobre el campo de la salud mental es amplio y diverso, donde las producciones desde el Trabajo Social han contribuido significativamente en el desarrollo del tema en cuestión. No obstante, se observa limitada la producción en relación a la multiplicidad de roles y funciones que el Trabajo Social puede asumir dentro de una misma institución en el marco de sus incumbencias profesionales.

En concordancia con los lineamientos anteriores, cabe destacar que se recuperaron para la presente tesina tres producciones, de las cuales una es a nivel nacional, una a nivel provincial y una a nivel local. Resulta un dato significativo que las tres investigaciones fueron efectuadas a partir de la inserción laboral de las investigadoras en el campo.

La primera investigación consultada es de autoría de Marcela Soledad Darget y Andrea Daniela Pedernera, la cual fue publicada en el año 2021 y presenta un análisis sobre la intervención del Trabajo Social en los Consultorios Externos del Hospital Especializado en Salud Mental Dr. Braulio Moyano.

La segunda investigación consultada corresponde a Claudia García, (2021) quien en su tesis de maestría titulada “Proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (26657) en el Servicio de Salud Mental y Adicciones de Puerto Madryn (2008 – 2018)” en el capítulo 4: “problematizando e identificando tensiones”, realiza un abordaje sobre las transformaciones en la dimensión simbólica y de las prácticas llevadas a cabo a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, dentro del Servicio de Salud Mental y Adicciones del Hospital Zonal de Puerto Madryn durante el periodo 2008 – 2018.

La tercera investigación fue efectuada en el marco de las Residencias de Salud Mental Comunitaria de la provincia del Chubut. Las residentes de 2do año Rocío Chacoma Silva, Melisa Quispe Aravena y Silvina Viegas Bordeira, (2021) realizaron un escrito titulado “Continuidad de atención: ¿Derivación o Deriva?”, el cual realiza un abordaje acerca de la (des)articulación tanto a nivel interdispositivos como interinstitucional donde recuperan como ejes de análisis los principios de accesibilidad y la continuidad de atención con el fin de identificar los obstáculos que se desprenden de los mismos

Marco teórico.

El presente trabajo parte de una concepción integral de la salud, que reconoce la inseparabilidad entre salud física y salud mental. Tal como plantean Stolkiner y Ardila (2012), el proceso salud-enfermedad-cuidado debe ser entendido como una construcción social que involucra no solo lo biológico, sino también dimensiones subjetivas, culturales e históricas. Esta perspectiva viene a superar la mirada centrada en lo biológico y propone situar la atención en el sujeto que padece, pudiendo realizar un abordaje recuperando la experiencia de estos, en toda su complejidad.

En esta misma línea, Ricciardi et al. (2006) conciben la salud mental como parte de la salud integral, determinada por las condiciones materiales de existencia, el acceso a derechos, y la posibilidad de integración social. Desde esta mirada, el padecimiento mental se puede

separar del contexto político y social que lo atraviesa, y su abordaje requiere políticas públicas que superen el control social y se orienten a la promoción y restitución de derechos.

En este orden y dirección, el paradigma comunitario de salud mental, trabajado por Ardila y Galende (2011), propone una transformación en la relación con lxs sujetxs, posicionándolos como protagonistas activos de sus procesos de tratamiento. Este enfoque promueve intervenciones intersectoriales que integren los distintos aspectos de la vida cotidiana, fortaleciendo el lazo social como base para la vida en comunidad.

Desde el campo del Trabajo Social, se retoman los aportes de Iamamoto (2003), quien ubica a la profesión en el marco de la división social y técnica del trabajo, interviniendo en la gestión de lo público y en la lucha por la ampliación de derechos. En este sentido, el rol del Trabajo Social en salud mental se encuentra vinculado a procesos de acompañamiento y la construcción de espacios de escucha como forma de resignificar la experiencia de lxs sujetxs.

En cuanto a la intervención profesional en salud, Carballeda (2012) plantea que al insertarse dentro de las políticas públicas, permite articular protección social, lazo social y nuevas formas de ciudadanía, particularmente en contextos fragmentados. Por su parte, Cazzaniga (2001, 2002) aporta una mirada sobre el sujeto como entramado de dimensiones universales, particulares y singulares, resaltando la necesidad de una intervención interdisciplinaria que aborde la complejidad de las situaciones desde la singularidad.

Finalmente, el concepto de comunidad, siguiendo los aportes de Rozas Pagaza (1995), la misma expresa que es importante repensar el concepto de comunidad, teniendo en cuenta el contexto social, histórico, económico, donde se inscribe la reproducción de los sujetos sociales, entendiendo que el mismo es cambiante y está en constante transformación, y por consiguiente el proceso de reproducción se expresa en relaciones sociales diversas donde se complejizan los problemas. Estos problemas, explica la autora que si bien expresan

situaciones sociales a nivel colectivo, problemáticas compartidas, sentidas por el conjunto, están atravesadas por intereses, motivos y necesidades heterogéneas.

En relación con lo mencionado anteriormente, se vuelve necesario para pensar la comunidad, la superación de paradigmas individualistas, y trabajar desde un enfoque de solidaridad y trabajo colectivo. Entendiendo que, como dice Rozas Pagaza, el trabajo con la comunidad implica un desafío significativo en tanto busque propiciar prácticas de participación directa y de representación, que posibiliten fortalecer las bases de la democracia y promueva la defensa de los Derechos Humanos

Metodología.

Para el desarrollo de la presente investigación se tomó como unidad de análisis, Trabajadorxs Sociales que desempeñan su tarea profesional dentro de las distintas áreas del departamento de Salud Mental del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia. Los alcances son de tipo exploratorio y descriptivo, en tanto que el fin fue indagar sobre una temática poco explorada y proporcionar información que facilite mayor comprensión del tema, con la intención de generar nuevos interrogantes que propicien la realización de investigaciones posteriores.

El modo de abordaje es desde un enfoque cualitativo, dado que se considera de mayor pertinencia en consonancia con los objetivos y preguntas de investigación que guiaron el presente estudio. Hechas las consideraciones anteriores, resulta oportuno recuperar las palabras de Vasilachis (2006) quien desarrolla que la investigación cualitativa realiza un análisis situado en relación al contexto particular en el que se desarrolla, donde se trata de entender y explicar el contexto y sus procesos. En este sentido, fue clave para el desarrollo de la tesina analizar contexto económico, político y social actual, y su impacto en sistema de salud pública.

Para la recolección de información se llevaron a cabo diversas técnicas tales como, observación no participante, registro y entrevistas abiertas y semiestructuradas a trabajadoras sociales de las distintas divisiones del departamento de salud mental del Hospital Regional como así también a referentes institucionales de dicha institución.

En línea con lo mencionado en el párrafo anterior, cabe recuperar lo expuesto por Vasilachis (2006), en relación a las investigaciones cualitativas, entendiéndose que los resultados que se obtienen a partir de las mismas orientan la práctica, inciden al momento de construir intervenciones y contribuyen a la formulación de políticas sociales, es así que se refuerza la idea de la pertinencia de este tipo de investigación en tanto que contribuye de forma significativa al ejercicio profesional.

Organización de los capítulos.

A raíz de las preguntas y objetivos propuestos, la organización de la presente tesina se estructura en tres capítulos:

En el primer capítulo, se elabora todo un recorrido histórico que permite vislumbrar cómo se fue configurando el campo de la salud mental en el tiempo, como fue entendido el sujeto que padece con el transcurrir de los años y como se introduce la intervención profesional del Trabajo Social en dicha área.

En el segundo capítulo, se desarrolla una sistematización de la información recolectada durante el trabajo de campo, que permite identificar el funcionamiento del departamento de salud mental del Hospital Regional Dr. Victor Manuel Sanguinetti, los diferentes dispositivos con los que cuenta como así también los recursos, y los múltiples espacios que pueden ocupar lxs Trabajadorxs Sociales desde diversas funciones.

El tercer capítulo, comprende un análisis coyuntural acerca de los atravesamientos que sufre el sistema público de salud y en particular el campo de la salud mental, y en consecuencia, los desafíos que implica el contexto actual para la intervención profesional en

los dispositivos de salud mental en el ámbito público hospitalario. De esta manera se analiza las líneas de acción que pueden realizarse desde el Trabajo Social, en el marco de la interdisciplina, el abordaje comunitario y el acceso a la salud mental como un derecho.

CAPÍTULO I: CONSTRUCCIÓN HISTORICA DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL, DEL ASILO A LA COMUNIDAD.

Para el desarrollo del capítulo en cuestión, se realizará un primer acercamiento al tema de interés. En este sentido, resulta fundamental en primer lugar, conocer el campo de la salud mental en relación al proceso histórico, considerando cómo el contexto ha impactado en el cambio de paradigma y con ello en la experiencia de lxs sujetxs.

A partir de lo expuesto, se considera pertinente realizar un recorrido histórico que permita comprender de qué manera, las sociedades han construido diversas representaciones acerca de las personas que presentan algún tipo de padecimiento subjetivo; partiendo desde las nociones de loco, endemoniado, alienado, enfermo, hasta la irrupción del paradigma de la salud mental comunitaria donde se busca promover una forma de entender al sujeto basado en su dignidad, su libertad y el respeto por sus derechos.

Este proceso de transformación es producto de diversos estudios, investigaciones, así como de la emergencia de nuevos actores y fuerzas sociales que han promovido la necesidad de colocar la cuestión de la salud mental en la agenda pública, visibilizando las demandas de lxs usuarixs y contribuyendo en la construcción de políticas públicas que garanticen una atención integral y la efectivización de los Derechos Humanos.

Asimismo, cabe mencionar que, con este enfoque, irrumpe una nueva forma de entender los padecimientos psíquicos centrada en la noción de padecimiento subjetivo, que es desde donde se posicionará el presente trabajo de investigación. De tal manera se busca problematizar el antiguo modelo manicomial, donde el padecimiento mental es objeto de control, marginación y estigmatización. Desde el enfoque comunitario, en cambio, se centra la atención en el padecer como una experiencia humana compleja, que a decir de Faraone “se trata de colocar el padecimiento como una construcción subjetiva e intersubjetiva enlazada a procesos estructurales e históricos” (2013, p. 36), de tal manera, el interés se va a centrar en

la experiencia del sujeto y su relación con el contexto social y cultural, entendiendo así el padecer de lxs sujetxs desde su singularidad y desde la coyuntura en la que se inscribe ese padecer, lo cual permite su abordaje desde una perspectiva histórica-crítica.

En este orden y dirección, se tomará como horizonte la configuración del campo de la salud mental con su modelo de atención comunitaria y la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 siendo el marco normativo que regula y legitima este último, como único modelo aceptable en tanto que promueve un enfoque integral que reivindica los Derechos Humanos, la dignidad humana y la autonomía de lxs sujetxs.

En suma, se considera fundamental realizar un recorrido histórico que comprenda desde la concepción de peligrosidad de la locura, la cual legitima prácticas de encierro y tutela de lxs sujetxs, propias del paradigma asilar manicomial, hasta la consolidación del paradigma de salud mental comunitaria el cual suscita nuevas formas de abordaje como así también dispositivos alternativos a la internación, situados en el seno de la comunidad.

1.1 Aproximaciones teóricas al concepto de salud mental.

Como se mencionó anteriormente, la forma en que se entiende al campo de la salud mental es el resultado de un proceso complejo y cambiante influenciado por factores sociales, culturales y científicos. Por tal motivo, en el siguiente apartado se pretende analizar la forma en que se concibe al mismo en la actualidad y la importancia de esto para pensar en una rehabilitación psicosocial que promueva una vida autónoma para lxs usuarixs y por consiguiente su participación en el espacio comunitario.

En la actualidad la salud mental es entendida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como:

Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar sus habilidades, poder aprender y trabajar

adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar [...] es un derecho humano fundamental. (2022, p. 1)

Desde la definición que brinda la OMS, se concibe a la salud mental como parte de la salud integral, habla de un estado de bienestar que supera la mera ausencia de enfermedad y recupera la dimensión social del sujeto.

En principio, al entender de quien escribe, pensar la salud mental como un estado, marca un punto de inflexión que impacta de forma directa en la cotidianidad de lxs usuarixs en tanto que rompe con la mirada reduccionista del modelo médico hegemónico que entiende al padecimiento mental como una condición, es decir, como una cualidad permanente, patologizante, limitante de la experiencia humana y por lo tanto, con la consecuente institucionalización de lxs mismxs. Por el contrario, esta nueva concepción de la salud mental, implica concebir al padecimiento subjetivo como parte de la experiencia humana y en efecto, de manera transitoria y reversible. A su vez, la definición que presenta la OMS habla de un derecho humano fundamental lo cual exige la presencia de un Estado que garantice políticas públicas que respondan ante dicha cuestión.

Por su parte la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), N° 26.657 de 2010, en su Capítulo II artículo 3° la define como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales”, de igual modo, dicho artículo desarrolla que se debe partir del reconocimiento de la capacidad inherente de cada persona sin que la presencia de un diagnóstico implique la presunción de un riesgo de daño o incapacidad. Esto último sólo puede resultar a partir de una evaluación interdisciplinaria que contemple la situación particular del sujeto en un momento determinado.

De esta manera, la LNSM ofrece un marco legal y conceptual cuyo objetivo no consta únicamente en garantizar el respeto y la promoción de los derechos humanos, sino también en regular y erradicar prácticas que los vulneren, como ser el caso de las internaciones forzadas y prolongadas, que históricamente han generado graves violaciones a los mismos.

El modelo comunitario propuesto por la ley introduce nuevas formas de intervención de carácter integral, interdisciplinar e intersectorial con base en la comunidad. Este enfoque posiciona al trabajador social como un actor central, ante la necesidad de superar los fenómenos de fragmentación, (lo cual el modelo asilar manicomial se ha encargado de reforzar a lo largo de los años), y propiciar el fortalecimiento de lazos sociales en pos de construir espacios de organización e integración que promuevan el bienestar colectivo.

En relación a lo expuesto hasta el momento, resulta fundamental entender que esta nueva forma de pensar la salud mental, es el resultado de un proceso histórico que no es lineal ni acabado, sino por el contrario, se encuentra constantemente tensionado, marcado por antiguos paradigmas y representaciones que aún persisten en la sociedad. Una revisión de ello, es central para entender los procesos estructurales que afectan la integración social de las personas usuarias.

1.2 Locura como objeto de Tutela y Peligrosidad.

Para el desarrollo del siguiente apartado se realizará un análisis en relación a los discursos y prácticas que se han establecido históricamente en torno a la locura como objeto de tutela y peligrosidad, siendo una de las formas más primitivas de concebir y denominar al padecimiento subjetivo a través de los siglos, el cual a su vez se ha instituido dentro del discurso colectivo a partir de una construcción social mediada por relaciones de poder. Esto último, se considera fundamental para entender los procesos estructurales que afectan la integración de las personas usuarias de los servicios de salud mental actualmente.

Dicho análisis se va a situar a partir de la instauración del liberalismo como sistema político, social y el desarrollo del capitalismo como modo de producción dominante, en tanto que marcó un punto de inflexión en la configuración de la subjetividad del sujeto moderno. Como señala Marx “en el transcurso de la producción capitalista, se va formando una clase obrera que, a fuerza de educación, de tradición, de costumbre, se somete a las exigencias de este régimen de producción como a las más lógicas leyes naturales” (2004, p. 21), en esta línea de ideas se va configurando una nueva subjetividad caracterizada por la individualidad y la productividad, siendo castigado todo aquel que quede por fuera del sistema.

Retomando las palabras de Bianchi, la misma sostiene que “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” (2019, p. 25). Esto último va a sentar las bases para la consolidación de discursos normalizadores de la experiencia humana que sitúan al sujeto que padece como una amenaza al orden social y a la propia reproducción del sistema, y por consiguiente se van a establecer las bases para la configuración de nuevas entidades para la dominación y el control.

Bajo esta concepción de la locura es que se comienza a optar por la práctica de la internación prolongada en asilos, dejando a lxs sujetxs allí alojadxs bajo custodia. Esta forma de abordaje intensificada durante los dos siglos siguientes, tenía como fin mantener a lxs sujetxs bajo control y aisladxs de la sociedad. Asimismo, cabe mencionar que, según lo expuesto por Galende (2008), aquellos lugares que albergaban dicha población, funcionaban en primera instancia, como un espacio de reclusión y confinamiento en tanto que no ofrecían ningún tipo de tratamiento para la misma de modo que se consideraba a las personas con padecimiento mental, como alienados incurables por lo que no despertaban un interés académico entre los médicos, siendo la hacinación de lxs sujetxs en los asilos lo que despertó

la necesidad de una especialidad médica y técnicas de tratamiento para abordar la situación de las personas internadas.

En este momento de la historia aparecen dos concepciones claves que marcaron la historia de la salud mental, la primera es la de Alienación y la otra es la de Peligrosidad, las cuales van a propagarse en el tiempo ocupando un lugar privilegiado en el imaginario social en torno al padecimiento mental. En cuanto al concepto de alienación, la psiquiatría se va a valer del mismo para entender al sujeto desde su parte puramente irracional e instintiva, tal es así que se considera un peligro para la sociedad por lo cual requiere de control y custodia.

En vinculación con lo mencionado anteriormente Stolkiner sostiene “la razón jurídica enlaza la locura con el delito y el crimen ligándola a la idea de “peligrosidad” (2023, p.18). En este sentido, dichos conceptos son los que van a legitimar el encierro de las personas, como así también las prácticas de control y disciplinamiento por parte del Estado.

De lo anterior se concluye que, históricamente la locura es asociada al peligro y la incapacidad para regular y/o controlar la conducta; esto se ha instalado en la cultura occidental consiguiendo fortalecer la estigmatización, promoviendo el rechazo y generando una cultura del miedo hacia el padecer mental, logrando así perpetuar la segregación del sujeto que padece a lo largo del tiempo. Tener presente lo histórico es central para comprender los desafíos que enfrenta hoy la salud mental y el nuevo paradigma, entendiendo que a pesar de los avances, estas lógicas, aunque de forma atenuada, siguen presentes, representando un obstáculo tanto para construcción de una agenda pública que priorice la inclusión social de las personas y la accesibilidad a los servicios de salud mental, como así también para la implementación de políticas públicas transformadoras.

Otro hecho significativo para la consolidación en la institucionalización de la locura, según los aportes de Galende (2008), tiene lugar a partir de 1789 de la mano de la Revolución Francesa, la cual traerá aparejado un periodo de transformación debido a que varios de los

valores que trae consigo dicho suceso serán luego los que orientarán las prácticas en los hospitales generales y/o asilos en relación al trato con las personas allí alojadas. En este punto, fue central la figura de Philippe Pinel para el nacimiento de la psiquiatría moderna, siendo este quien impulsa el traslado de los considerados locos, desde los hospitales generales hacia asilos específicos para dicha población, lo que condujo a la instauración de la locura como objeto teórico.

En este mismo orden y dirección, aparece la idea de asistencia a cargo del Estado, es así que se producen transformaciones significativas en las formas de concebir y abordar las necesidades sociales; de esta manera, se distingue entre las cuestiones que quedarán sujetas al orden privado y aquellas consideradas de orden público, quedando así los padecimientos mentales dentro de este último grupo.

En relación a lo mencionado, resulta interesante recuperar los aportes de Donzelot (1990), quien sostiene que, durante la emergencia del Estado moderno, el mismo va a buscar promover ciertas formas y normas del comportamiento, es decir, va a buscar incidir en el comportamiento de lxs sujetxs pero no de manera represiva o coercitiva, sino más bien mediante recomendaciones, las cuales se presentan como la opción más razonable y beneficiosa para toda la población. Esto, va a permitir sostener la idea de libertad, igualdad, democracia y autonomía que impartía el liberalismo durante el periodo revolucionario, pero sin dejar de perseguir como fin último el control social.

En función de esto último, es central pensar a la luz de la teoría sobre lo que sucede hoy con la implementación de la LNSM; si bien se entiende que la misma promueve la desinstitucionalización y la atención comunitaria, la implementación efectiva y su aplicabilidad plena es un tema que está constantemente tensionado. Algunos de los temas que giran en torno a ello son, la falta de recursos, el desfinanciamiento de las instituciones, la cronificación en dispositivos alternativos, lo cual termina generando que los procesos de

externación sean incompletos o insuficientes y por tanto obstaculizan la integración plena de lxs usuarixs en la comunidad y consecuentemente el ejercicio de su autonomía.

Por último, es importante mencionar que, con el surgimiento de las teorías positivistas, las cuales ocuparon un papel central en la modernidad, se establece la idea del manicomio y la psiquiatría como disciplina destinada al abordaje del padecimiento subjetivo. En términos simples, las ideas positivistas desarrollan que la realidad solo puede ser entendida como un conjunto de hechos individuales observables, donde el saber abstracto no es más que una forma de organizar y clasificar los datos experimentales, en este sentido, desde el positivismo, el estudio de los hechos implica un análisis empírico de la naturaleza, regido por el método científico, que pretende ser universal y aplicable para todos los campos de investigación (Conti, 2011). Al tomar los principios de las Ciencias Naturales, el positivismo sentó las bases para un abordaje biologista de la salud mental, de manera tal que el padecer es entendido de manera biológica y fisiológica, lo que condujo a la clasificación de la experiencia humana en términos patológicos y la consecuente institucionalización de lxs sujetxs para su tratamiento. Años más tarde esto va a habilitar la implementación de tratamientos deshumanizadores como las terapias de electroshock y las lobotomías, como así también la regulación de la conducta mediante la prescripción indiscriminada de psicofármacos.

1.3 De la Institucionalización hasta la desinstitucionalización: desmantelando el viejo paradigma.

Habiendo desarrollado acerca de la forma de entender al sujeto que padece a través de la historia, a continuación se pretende realizar un recorrido histórico que comprenda desde la instauración del sistema asilar manicomial como práctica predominante para el tratamiento de la locura, el cual tiene a la psiquiatría clásica y al manicomio como su principal estructura institucional, hasta la emergencia de nuevas corrientes y movimientos sociales que

comenzaron a problematizar y desplazar el antiguo paradigma, dando lugar a un largo periodo de reforma y transformación.

En principio, la idea de institucionalización surge como una forma de control y disciplinamiento, de modo que entre los siglos XVII y XVIII, se encerraba no solo a la población considerada bajo los parámetros de la locura, sino también a quienes ejercían la prostitución, quienes se encontraban bajo la línea de indigencia, a las niñeces abandonadas y a aquellas personas consideradas delincuentes y vagabundos, es decir, todo aquel que alterara el orden social. De esta manera, el Estado y la clase dominante usaron la institucionalización para controlar y disciplinar a quienes no encajaban en el ideal de ciudadano, patologizando tanto a personas con padecimientos mentales, como a otros sectores marginados.

Ya casi finalizando la tercera década del siglo XIX, se establece la primera legislación que homologó el marco jurídico de la internación psiquiátrica, donde se establecieron criterios para regular la hospitalización tanto en establecimientos públicos como privados, de las personas que presentaban algún tipo de padecimiento mental. Entre los avances más significativos que trajo aparejado la Ley de 1838, se encuentra en primer lugar la legitimación de la medicina para el abordaje de los tratamientos de las enfermedades mentales y el reconocimiento de la psiquiatría como una nueva disciplina especializada en la temática, asegurando de esta manera que las personas afectadas tuvieran derecho a recibir cuidados de calidad y respeto por su dignidad como personas (Stagnaro, 2006).

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX, las principales experiencias en el campo de la salud mental se centraron en clasificar y describir los cuadros clínicos, lo cual evidencia la fuerte influencia de la corriente positivista que reinaba durante ese momento. Dichas ideas, tuvieron una fuerte incidencia para la Argentina a partir del siglo XIX como resultado de la colonización europea y la posterior migración masiva de dicha población hacia el país.

En el plano de lo correspondiente al campo de la salud mental, el positivismo, introduce el interés por los problemas de la conducta promoviendo la producción de conocimiento fundado sobre bases científicas, lo cual da lugar al surgimiento de la psiquiatría en el país. Asimismo, esto último implicó cierto desplazamiento de las entidades eclesiásticas en tareas que pasan a quedar bajo el mando de profesionales de la medicina y delegando al Estado mayor responsabilidad sobre dichas problemáticas. En consecuencia, se despliega un abordaje basado en el aislamiento, en la custodia y en el uso de terapias físicas, que incluían prácticas coercitivas cuando eran necesarias para manejar situaciones de crisis.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, según los aportes de Stagnaro (2006), las instituciones psiquiátricas experimentaron importantes transformaciones, impulsadas por la consolidación de organizaciones defensoras de los Derechos Humanos, como la ONU y la OMS, creadas para promover la paz y abordar las necesidades de salud derivadas del conflicto. En virtud de lo mencionado, comienzan a surgir diversas teorizaciones de otras disciplinas como ser el campo de la sociología, las cuales elaboraron una crítica sobre los efectos negativos de la hospitalización crónica y cuestionaron las prácticas de las instituciones psiquiátricas llegando en algunos casos a realizar una analogía entre el estado de situación de las personas internadas con las víctimas del Holocausto.

En concordancia con los lineamientos anteriores, resulta pertinente recuperar dos momentos que fueron centrales en primer lugar para problematizar y desplazar el viejo paradigma a nivel global, y en segundo lugar porque de igual manera tuvieron gran incidencia para el proceso de reforma en Argentina.

El primer momento del que se hace mención, está asociado al surgimiento del movimiento de Higiene Mental, el cual contribuyó a la incorporación de factores que anteriormente no se consideraban relevantes por el enfoque biomédico, como la evaluación de las condiciones de vida del entorno en el que lxs sujetxs desarrollaban su vida cotidiana,

habilitando así, la incorporación de nuevas disciplinas competentes, como es el caso del Trabajo Social, para abordar cuestiones vinculadas a la salud mental. Asimismo, instaló la idea de prevención orientada a través de políticas educativas que debían trasladarse a los hogares, con el objetivo de evitar, en la medida de lo posible, la institucionalización (De Lellis, 2019).

Como es observable, a pesar que el movimiento de Higiene Mental introdujo la consideración de factores sociales, económicos y ambientales, su anclaje teórico estaba situado en una concepción biomédica, lo cual no fue suficiente para lograr abordar estos determinantes sociales de manera integral. De igual manera, perpetuó lógicas disciplinadoras y excluyentes al tratar de normalizar la conducta mediante políticas educativas para el cuidado del hogar y la familia, reforzando los estándares sociales dominantes.

En la experiencia Argentina, el movimiento de Higiene Mental tuvo un impacto tal, que dio lugar en 1929 a la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental y en 1931 habilitó la inauguración de consultorios externos de psiquiatría y neurología, donde lo que se buscaba era una mejora en el funcionamiento del manicomio que posibilite evitar el ingreso de casos que podían ser tratados de forma ambulatoria. En este sentido, su finalidad se basaba en la detección precoz y la rehabilitación (Lodieu et al., 2012).

Por otra parte, se impulsó la incorporación de nuevas profesiones, de manera tal que en 1934 se crea el curso de Visitadoras Sociales dictado por la Liga Argentina de Higiene Mental, donde las egresadas de este último van a conformar en 1942 el primer Servicio Social al interior de un Hospital Psiquiátrico (Conti, 2022).

A pesar de evidenciarse algunos avances en relación a las prácticas asilares, el movimiento de la Higiene Mental no deja de impulsar experiencias de control social, desde una concepción positivista del sujeto que continúa legitimando prácticas de exclusión y segregación.

El segundo momento, que se sitúa a partir de 1950, se enmarca en un contexto de crisis que dio origen a diversos movimientos sociales y por consiguiente, a un proceso de reforma psiquiátrica orientado a reestructurar el sistema manicomial, el cual colocaba en el centro de la trama interventiva la enfermedad. En su lugar, se pretendía realizar un abordaje que persiga la promoción de la salud, lo cual implicó un quiebre en el campo de la salud mental, tanto desde lo teórico, instaurando nuevos debates en relación al tema, como así también desde la práctica misma (Birman y Costa, 2009, como se citó en Faraone et al, 2023).

Una de las primeras experiencias emergente que incidieron en la reforma psiquiátrica fue la de las comunidades terapéuticas, estas surgen principalmente en Inglaterra expandiéndose rápidamente a Estados Unidos. El objetivo final según lo expuesto por Galende, era el “análisis de los intercambios institucionales en términos de dinámicas grupales, interpersonales” (1990, p.144) y su forma de abordaje era mediante asamblea comunitaria, la cual actuaba como órgano regulador de toda planificación de tratamientos.

En este sentido, se entiende entonces que el método de abordaje de las comunidades terapéuticas privilegiaba, por un lado, la participación y el conocimiento de lxs usuarixs en relación a sus tratamientos, restituyendo así cierta autonomía en relación a las dinámicas que afectan su bienestar y colocándolos desde un rol activo dentro del tratamiento. Por otra parte, dicha experiencia favoreció la construcción del lazo social como forma de tratamiento, supuesto fundamental para sentar las bases de lo que se conocerá luego como el campo de la salud mental comunitaria.

Una de las principales críticas hacia las comunidades terapéuticas, y a su vez el motivo por el cual se cree que estas fracasaron, es que su propuesta de transformación fue pensada al interior de la estructura institucional donde seguían existiendo relaciones de poder, de tal manera las comunidades terapéuticas no buscaron dismantelar la institución asilar, aunque sí generaron cambios al interior de la misma. En síntesis, si bien las comunidades terapéuticas

generaron cambios significativos que marcaron un quiebre y un periodo de transformación dentro de la psiquiatría clásica, “no es nada más que una gestión blanda del manicomio, en lugar de una gestión violenta”. (Basaglia, 2008, p.101)

En Argentina, las experiencias de comunidades terapéuticas se desarrollaron a partir de 1968, de las cuales se desprende una experiencia alternativa de carácter regional, conocida bajo el nombre de socioterapia. Si bien dichas experiencias no lograron introducir cambios significativos al poder manicomial, ambas sirvieron como experiencias pioneras de lo que sería luego la reforma psiquiátrica.

En segundo lugar, se sitúa la Política del Sector en Francia, la cual plantea que las cuestiones de salud y las enfermedades mentales no debían ser tratadas únicamente al interior de la institución psiquiátrica, sino más bien de generar un sistema de atención de salud de carácter comunitario que se ejecute en el territorio, es decir que, trasladar la atención dentro de la estructura institucional hacia la comunidad. En este sentido la Política del Sector en Francia se considera determinante, en tanto que introdujo en el debate la descentralización y la territorialización del sistema de atención (Galende, 1990).

Finalmente, la política de desinstitutionalización en Italia, que a decir de Faraone et al. “ha desarrollado un conjunto de saberes y prácticas que se constituyeron en categorías nodales en que se asentaron los procesos de transformación de las prácticas manicomiales” (2009, p.4), a diferencia de los otros movimientos, fue la que sentó precedente de un proceso de transformación cuyo impacto trascendió lo médico, extendiéndose al plano político, social y cultural.

En este orden y dirección, Rotelli et al., afirman que “el proceso de desinstitutionalización se vuelve entonces reconstrucción de la complejidad del objeto. El énfasis no se pone ya sobre el proceso de curación sino sobre el proyecto de intervención de la salud y de reproducción social del paciente”. (1987, p.172) Este fragmento postula la

necesidad de entender la desinstitucionalización como un proceso amplio y complejo, en el cual no basta con el cierre de las instituciones psiquiátricas y el traslado de lxs usuarixs de un lugar a otro, sino más bien, propone repensar el concepto mismo de salud mental, integrando factores sociales, políticos, económicos y culturales, que garanticen la reproducción social del sujeto, es decir, que garanticen su participación en el espacio social con el mayor grado de bienestar posible.

Se puede decir entonces, que dicho movimiento fue el que mayor impacto ha generado en lo que respecta a las políticas de reforma, consiguiendo la sanción de la Ley de Salud Mental N° 180, en Italia durante el año 1978. La misma se constituyó en la primera Ley en Salud Mental que refleja los avances políticos, sociales y culturales más significativos del movimiento italiano. A partir de ello, diversos países tomaron esta Ley como modelo para desarrollar sus propias legislaciones, entre ellos Argentina. Su incidencia fue determinante en las experiencias de desinstitucionalización llevadas a cabo en distintas regiones del país, lo que condujo a la implementación de leyes provinciales y posteriormente a la consolidación de la LNSM.

1.4 Recorrido normativo.

Como se ha venido desarrollando a lo largo del presente capítulo, la salud mental en Argentina se ha visto atravesada y tensionada históricamente por los modelos de organización política y económica que han suscitado a lo largo de la historia del país. Tensiones muchas veces obstaculizadoras en tanto reflejan la lucha por la hegemonía entre una visión conservadora y propuestas transformadoras.

En este sentido, los avances en experiencias desinstitucionalizadoras que permitieron la consolidación de una legislación en salud mental de carácter nacional, significó el resultado de un proceso de lucha y reclamo colectivo, el ejercicio de ciudadanía y la reivindicación de los Derechos Humanos. Es por lo expuesto que, se recuperarán a

continuación algunas de las experiencias con mayor significación e incidencia para la consolidación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Según lo desarrollado por Faraone et al., (2009) en el país se han producido importantes transformaciones en relación al abordaje la salud mental que desarrollaban experiencias alternativas al manicomio, sin embargo, con el golpe militar de 1976 se produce un desmantelamiento y supresión de estas experiencias, como así también el fortalecimiento de nuevos modelos basados en la psiquiatría clásica y en una psicología individualista. Es así que, en 1983 con el advenimiento de la democracia, la cuestión de la salud mental es declarada prioridad del sector salud.

A partir de este nuevo contexto político y social, se activa un proyecto de organización nacional del cual surgen programas participativos nacionales que introdujeron el debate sobre la desinstitucionalización, asimismo se propuso democratizar las relaciones de poder dentro de las instituciones mediante cambios significativos en los modelos de intervención, dando lugar de esta manera, al desarrollo de alternativas en los servicios de atención y la reducción de las internaciones en instituciones manicomiales (Faraone, et al., 2009)

Siguiendo lo expuesto por las autoras citadas anteriormente, las mismas desarrollan que durante esta etapa, se impulsaron diversos proyectos de desinstitucionalización en varias provincias del país, como Río Negro, San Luis, Santa Fe, Córdoba, y Buenos aires, las cuales fueron de gran relevancia. No obstante, con el cambio de gobierno en 1989 y la emergencia de políticas neoliberales, comenzó a desarticularse el proceso de transformación que se había logrado en el ámbito de la salud mental, de manera tal que la Dirección Nacional adoptó una política de desmantelamiento delegando la responsabilidad de los programas a cada provincia o grupo de intervención. Este último provocó fuertes disparidades, en tanto que los proyectos de atención no manicomial quedaron fragmentados, aislados y variaba considerablemente entre las diferentes áreas de influencia.

A partir del escenario político y social que se ha desarrollado, se puede observar que previo a la sanción de la LNSM, ya existían en el país siete leyes provinciales, (Río Negro, San Luis, Santa Fe, Córdoba, Chubut, San Juan, Entre Ríos) y una correspondiente a la Ciudad autónoma de buenos aires, las cuales perseguían un mismo fin, la protección del sujeto que padece. Según lo expuesto por Hermosilla et al. (2012), las mismas compartían un mismo horizonte, sin embargo, difieren tanto en los cambios introducidos, como en aspectos formales.

Entre los aspectos compartidos por las legislaciones que precedieron a la LNSM según lo desarrollado por las autoras mencionadas, se sitúa, en principio la incorporación de la denominación de sufrimiento o padecimiento mental, el régimen de internaciones y su consideración como recurso excepcional, asimismo se introducen pero con algunas variaciones, los criterios de internación involuntaria, siendo las legislaciones de la ciudad de buenos aires y de la provincia de Córdoba las primeras en introducir la denominación de riesgo cierto e inminente para sí o terceros, y el consentimiento informado (CI), como reconocimiento del derecho de lxs usuarixs a recibir información y como garantía de su autonomía.

Si bien como se mencionó anteriormente, fueron siete las provincias que sentaron precedentes para la elaboración de un marco legal a nivel nacional en materia de salud mental, para la presente investigación se considera pertinente focalizar puntualmente en la experiencia desinstitucionalizadora y desmanicomializadora de Chubut, y la consecuente sanción de la Ley Provincial I-348 (actual I-N° 648), lo cual permitirá pensar de manera situada, el proceso sociohistórico que ha atravesado el sistema de atención mediante el cual se rige el área de análisis seleccionado para la presente investigación.

Según un informe del año 2007, realizado por Marcela Inés Freytes Frey y Susana Zelaya para la revista *topia*, las mismas mencionan que a partir de un extenso trabajo

desarrollado en la provincia, en el año 2004 se logró implementar una política de salud mental con orientación comunitaria dentro del Sector Salud. El sistema de salud de la provincia, administrativamente estaba dividido en cuatro áreas programáticas que estructuraban la red de servicios, donde la atención de salud mental, para el año 2004, contaba con cinco servicios ubicados en las principales ciudades de la provincia, entre las que se encuentran Esquel, Puerto Madryn, Trelew, Rawson y Comodoro Rivadavia; las mismas poseían recursos escasos y un enfoque centrado en la internación y la consulta externa, priorizando el tratamiento de aquellas patologías psiquiátricas.

En esta línea, desde el Departamento Provincial se propuso como principal objetivo trabajar con los equipos locales para generar cambios en las prácticas, promoviendo un modelo basado en la calidad de vida y el respeto de los derechos de las personas, lo cual desembocó en diversos procesos transformadores, con resultados diversos, como ser el desarrollo de un programa de capacitación en los servicios, la evaluación y monitoreo de los mismos y finalmente la transformación de los modos de atención de la salud mental. Este último implicó la reorganización del sistema de atención, logrando reducir derivaciones de usuarios a clínicas privadas que recibían financiamiento por parte del Estado, el fortalecimiento de la atención ambulatoria mediante la implementación de centros de día y la integración de la consulta en centros de atención primaria. Asimismo, tanto en las experiencias a nivel nacional como provincial se destaca el papel central de las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental Comunitaria, en tanto que forma a los profesionales de la salud mental bajo una línea de trabajo que promueve intervenciones de prevención y promoción desde el territorio, y fortalece el trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Por último, Freytes Frey y Zelaya (2007), destacan que la conformación del Foro Patagónico de Salud Mental Comunitaria en 2004, permitió consolidar una perspectiva común en salud mental, promoviendo el intercambio de experiencias y la construcción de

políticas regionales en base a lineamientos generales, que permitan unificar criterios a nivel nacional y respeten las particularidades de cada proceso a nivel local. De esta manera, con el fin de brindar un marco normativo a los procesos mencionados, es que se conforma la Ley Provincial de Salud Mental, cuyo objetivo es fortalecer la orientación comunitaria y consolidar un modelo de atención en salud mental que priorice la inclusión, la autonomía y la promoción de derechos.

A raíz de lo expuesto, se considera oportuno desarrollar los distintos instrumentos legales, tanto nacionales como internacionales, de carácter constitucional, que regulan actualmente el tema de estudio de la presente investigación. Para ello se tomará como eje central la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 la cual establece principios fundamentales para la atención y protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en Argentina.

A nivel internacional y a rasgos generales, existen diversos instrumentos que garantizan la protección de los derechos humanos de los cuales se va a puntualizar en aquellos derechos que han sido vulnerados a lo largo de la historia, en especial a raíz de la instauración de modelo asilar manicomial, en aquellas personas con algún tipo de padecimiento mental. En primer lugar, la Declaración Universal de Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas, 1948) establece derechos fundamentales inherentes a todas las personas, entre los cuales resultan especialmente relevantes para el presente análisis el derecho a la libertad, la dignidad, la igualdad y la no discriminación. Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Organización de las Naciones Unidas, 1966), que entró en vigor en 1976, refuerza los derechos mencionados en adhesión a la DUDH y se destacan principalmente su Artículo 12 el cual reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y el Artículo 13, donde se establece el derecho a una educación accesible e igualitaria para todas las personas.

Finalmente, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Organización de los Estados Americanos, 1969) protege los derechos fundamentales en el continente americano. En este marco, su Artículo 5, inciso 1, reconoce el derecho de toda persona a la integridad física, psíquica y moral. Asimismo, el Artículo 7, incisos 1 y 2, establecen el derecho a la libertad, señalando que nadie puede ser privado de ella, salvo en los casos previamente establecidos por la ley.

En cuanto a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la misma también reconoce instrumentos legales internacionales, específicos en materia de salud mental, tales como la Declaración de Caracas de 1990, adoptada por la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud, la misma trata cuestiones tales como la superación del modelo manicomial, la dignidad de las personas con padecimiento mental, los modelos de atención, y el desarrollo de legislaciones y políticas públicas en salud mental. A su vez la LNSM reconoce los principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la atención de la Salud Mental de 1991 y los Principios de Brasilia sobre el acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad de 2008.

De esta manera, la Ley 26.657 establece un marco de derechos fundamentales para las personas con padecimiento mental, asegurando el acceso a una atención y tratamiento, reconociendo la autonomía de lxs mismxs, promoviendo la participación en las decisiones que respecta a su rehabilitación psicosocial y reivindicando el derecho a la libertad de dicha población en tanto que se prohíben las internaciones crónicas de forma arbitraria y se insta a la creación de políticas públicas en salud mental para la promoción de un modelo de atención descentralizado, ambulatorio con anclaje comunitario.

1.5 La intervención del trabajo social en salud mental: contexto histórico.

Recuperando los aportes de Stagnaro (2006), se puede decir que las ciencias sociales realizaron un aporte significativo para la construcción del campo de la salud mental,

estudiando el entorno social de las personas con padecimiento mental, e introduciendo así, las nociones de integración, reinserción y potencial terapéutico o patógeno de la comunidad. Esto último resulta un factor clave para pensar la salud mental como un Derecho Humano fundamental, en tanto que habilita la emergencia de nuevas líneas teóricas que impulsan la promoción de la integración comunitaria, lo cual implica reconocer la dignidad y las potencialidades de lxs sujetxs rechazando la segregación como respuesta de intervención.

En cuanto a la intervención profesional en el campo, según lo expuesto por Darget y Pedernera (2021), surge en Estados Unidos a partir de la incorporación de Trabajadores Sociales en hospitales psiquiátricos con el fin de dar respuesta a la cronificación de las personas con padecimiento mental en las instituciones y la masificación de los manicomios, sosteniendo que la intervención del Trabajo Social contribuiría a un abordaje integral en el tratamiento de los mismos, replicándose más tarde en otros países como España e incluso en Argentina.

En cuanto a lo que respecta a la experiencia argentina, el Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Entre Ríos, desarrolla que, los comienzos de las prácticas disciplinares en relación a la salud mental, se van a situar en un campo más amplio que es el de la salud. En este sentido, el escrito elaborado por el colectivo profesional desarrolla que el surgimiento de la disciplina en el campo, está vinculado a la historia de las instituciones de salud pública, lo cual comprende desde la experiencia de las Visitadoras de Higiene Social, pasando por formaciones tales como Visitadoras de Higiene, Asistentes Sociales, hasta la actualidad como Trabajadorxs Sociales; siendo protagonistas de las reformas de prácticas terapéuticas de promoción y prevención en abordajes singulares, grupales y comunitarios, que persigue la integralidad en lo que compete a los procesos de salud - enfermedad - cuidado.

En esta línea de ideas, resulta pertinente retomar lo desarrollado por Darget y Pedernera, quienes dan cuenta de los inicios del Trabajo Social como profesión, el cual se sitúa como una forma de dar respuesta a las manifestaciones de la Cuestión Social, entendiendo esta última como una “manifestación irrefutable de las desigualdades estructurales del capitalismo y situación que amenaza el orden establecido” (2021, p.2). En este sentido, se puede decir que el acceso a la salud entendido como un Derecho Humano fundamental, se inscribe en un contexto de desigualdad generado por las condiciones estructurales que emergieron con la instauración del capitalismo, por lo que no se puede pensar a la salud y la salud mental separadas de la Cuestión Social y es allí donde el Trabajo Social no solo juega un rol protagónico en el campo de la salud mental sino también imprescindible, como práctica disciplinar que persigue la defensa y reivindicación de los Derechos Humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales, tal como lo expone la Ley Federal de Ejercicio Profesional.

Consideraciones finales de capítulo.

Para finalizar con el presente capítulo, es importante destacar que la salud mental ha sido un tema bastante tensionado a lo largo de la historia, ha atravesado múltiples transformaciones tanto en la forma de entenderla como tal, como así también en la forma de entender al sujeto que padece, lo cual, a su vez, implicó avances y retroceso en tanto que desde sus inicios estuvo atravesada por los contextos sociales, políticos y económicos de cada época. En este sentido es clave destacar que la lucha por el desmantelamiento del viejo paradigma, por la reivindicación de los Derechos Humanos de lxs usuarixs y la supresión de lógicas y prácticas manicomiales, no es un proceso lineal ni acabado, sino que es un desafío diario, que necesita de participación colectiva, del ejercicio de la ciudadanía y de la construcción de lazos sociales para superar los fenómenos de fragmentación que

históricamente atraviesan a la salud mental, y es en este sentido que el Trabajo Social tiene un desafío y un compromiso fundamental con la salud mental.

Por último no se puede dejar de mencionar que la implementación de la LNSM, implicó a nivel nacional un salto cualitativo en materia de derechos en tanto que introdujo transformaciones en las formas de entender al sujeto que padece, en las formas de entender asimismo ese padecer, también introdujo significativas modificaciones en la regulación de las internaciones y el consentimiento informado, lo cual durante muchos años la ausencia de una regulación de lo mencionado significó múltiples violaciones de los Derechos humanos. Sin embargo, no se puede desconocer que detrás de un escrito ideal para reglamentar la salud mental, se dista mucho de dismantelar el antiguo paradigma, es por ello que el desafío que debe enfrentar la salud mental hoy, no es la sustitución del manicomio sino el dismantelamiento del paradigma desde dentro, en tanto que aún sigue latente la imagen de peligrosidad y la tendencia a abordar la salud mental desde el aislacionismo, por lo cual superar el antiguo paradigma no es posible sin una transformación cultural y social.

CAPÍTULO II: LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO PÚBLICO HOSPITALARIO: ENTRE POLÍTICAS, PRÁCTICAS Y DISPUTAS.

El presente capítulo tiene como fin, desarrollar acerca de los aspectos que dieron forma al actual departamento de Salud Mental y Adicciones del Hospital Regional, en el marco de la implementación de la Ley de Salud Mental N° 26.657 y los nuevos lineamientos para su atención a nivel local. Para ello, se pretende ahondar acerca de distintos dispositivos con base en la comunidad que lo componen, pudiendo identificar qué tipo de población atiende, con qué tipo de políticas públicas articulan y fundamentalmente qué modalidades de intervención se desarrollan en cada uno de ellos, desde el ejercicio profesional y la interdisciplina.

En función de lo expuesto, se considera necesario en principio, elaborar un recorrido histórico que comprenda, por un lado, el marco normativo que configura el campo de la salud mental situado en la ciudad de Comodoro Rivadavia, y su proceso de aplicación en la ciudad a través de los años; por otra parte, se considera necesario retomar la historia del hospital, puntualizando en particular en el área de salud mental y su proceso de adecuación, y la instauración de los nuevos dispositivos.

Este análisis resulta fundamental para problematizar la forma en que se inscribe el ejercicio profesional en salud mental en el ámbito público hospitalario, como así también para reconocer las tensiones y limitaciones que atraviesan a los equipos interdisciplinarios y sus prácticas.

Comprender la trama institucional, entendida desde su sentido más amplio, es decir, como el entramado de normas tanto jurídicas como culturales, que se constituyen por creencias, leyes, valores, ideas y pensamientos colectivos que configuran las formas de intercambio social (Schvarstein, 2002), permite, a su vez, visibilizar las resistencias y la disputa de sentidos en el sector de salud mental, que implican una sistemática realidad de

avances y retrocesos para la implementación de un enfoque comunitario, integral y de derechos que promueva la participación de las personas usuarias en la comunidad, su reconocimiento como sujetos de derechos y el ejercicio de la ciudadanía. En términos de Nora Aquín “un abordaje comunitario (...) que contemple estrategias de mejoramiento de las capacidades de representación real de intereses agregados, y de interlocución a partir de esos intereses frente al Estado y otras instituciones del espacio público” (2003, p.123).

2.1 La salud mental como Derecho Humano en el escenario local.

La salud mental se configura actualmente bajo un paradigma de Derechos Humanos, respaldado por un conjunto de normativas vigentes que promueven y garantizan el respeto por los mismos. Según lo expuesto por Abramovich (2006) desde la perspectiva de los Derechos Humanos, las políticas sociales no se rigen por una lógica tutelar asistencial que busca satisfacer necesidades insatisfechas, sino que entiende a lxs sujetxs como titulares de derechos, con posibilidades de exigencia del cumplimiento de obligaciones por parte del Estado. Sin embargo, este marco normativo se establece bajo una realidad atravesada por desigualdades estructurales, exclusión social y estigmatización como formas de vulneración.

Entre los instrumentos legales que comprenden a la salud mental, como bien se mencionó en el capítulo anterior¹, se encuentran los tratados internacionales tales como: la Declaración Universal de Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas, 1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Organización de las Naciones Unidas, 1966), la Convención Americana de Derechos Humanos (Organización de los Estados Americanos, 1969), la Declaración de Caracas (Organización Panamericana de la Salud, 1990) y los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental de 1991.

¹ Capítulo I: Recorrido histórico: hacia una salud comunitaria, del asilo a la comunidad. - 1.4 Recorrido normativo.

A nivel nacional, se encuentra la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de 2010 la cual es de orden público, es decir que establece la obligatoriedad de adhesión y cumplimiento por parte de las provincias, reforzando su alcance y aplicación en todo el territorio argentino.

Dicha ley a su vez, establece en el capítulo IX, artículo 31:

El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos. (Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, 2010, p.35)

A tal efecto, el Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, es elaborado en el marco de la LNSM, estableciendo una serie de coordenadas para la reforma del sistema de atención en salud mental, dirigido hacia un modelo comunitario, con un enfoque integral, de Derechos Humanos, desmanicomializador y de inclusión social.

Entre las acciones propuestas en el plan se encuentran, garantizar el cumplimiento efectivo de la ley, lo que implica desarrollar una red de servicios de Salud Mental Comunitaria con el fin de fortalecer el primer nivel de atención con equipos interdisciplinarios; sustituir progresivamente las instituciones de internación monovalente por dispositivos en hospitales generales; el desarrollo de dispositivos intermedios, como son las viviendas asistidas; la incorporación de emprendimientos socioproductivos, centros de día y dispositivos sociocomunitarios; la inclusión de las problemáticas de consumo, e incentivar a la investigación y la formación de lxs trabajadores de la Salud Mental. Otro dato significativo del Plan Nacional de Salud Mental (2023-2027), es que establece en su apartado de financiamiento, fuentes y presupuestos, que el Estado nacional debe asignar financiamiento progresivo, alcanzando al menos el 10% del presupuesto total de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

Por su parte, Chubut cuenta con su propia Ley de Salud Mental, Ley I -N°384 sancionada en 2008 y modificada por la Ley I -N°648 en 2019, la cual antecede a la Ley

Nacional en orden cronológico. La misma establece un marco jurídico para la atención en salud mental, tanto del sector público como privado.

Según lo dispuesto en su artículo 2, de la ley mencionada en el párrafo anterior, busca garantizar el acceso a los servicios de salud mental, especialmente a la atención y rehabilitación psicosocial para quienes atraviesan trastornos mentales severos y prolongados. Además, promueve la prevención, la descentralización de los servicios, la participación de la comunidad en actividades vinculadas a la salud mental, y la preservación de los vínculos afectivos, laborales y sociales. Incentiva el trabajo interdisciplinario, intersectorial² y apoya la creación y fortalecimiento de grupos de usuarixs y familiares que trabajen en coordinación con los equipos de salud mental, respetando su autonomía.

Otro factor importante es que la Ley I N° 384 (2008) ordena la creación de la Red Asistencial Socio Sanitaria, con el fin de desarrollar estrategias para fomentar la integración de las personas con sufrimiento mental en la comunidad y crea un Plan Provincial de Salud Mental.

A partir del año 2019, se reglamenta la modificación de la ex Ley I -N°384, actual Ley I -N°648 en adhesión a la LNSM y con el objetivo de actualizar y fortalecer el enfoque de Derechos Humanos en vinculación con la salud mental y los consumos problemáticos. Ese mismo año, se crea el Órgano de Revisión Provincial dentro del Ministerio de la Defensa Pública, con funciones de monitoreo, supervisión y control del cumplimiento de los derechos humanos en los dispositivos de salud mental y adicciones.

Estas modificaciones, por la garantía al derecho a la salud mental, se despliega en un entramado institucional que comprende tanto al sector público como privado. En este orden de ideas, resulta interesante recuperar los aportes de la Licenciada Gladys Diaz, quien está a

² Entiéndase como el trabajo articulado entre los distintos sectores Estatales, como ser educación, justicia, desarrollo social.

cargo de la jefatura de la División de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Regional, la cual sostiene:

Nosotros tenemos que recordar que la salud pública es todo, lo público y lo privado(...)el déficit de las políticas públicas tiene que ver, con recurso humano, tiene que ver con que el sistema público se hace únicamente cargo, el ámbito público estatal, porque las obras sociales no están interviniendo en esta línea(...)nadie te pregunta si tu hijo está bien, si es posible esto, si es posible aquello, que otros factores sociales (que eso sí nos interesa a nosotros), impactan en la salud, eso en lo privado no se ve. (Entrevista personal, 19 de abril de 2023)

Si bien el eje de la presente tesina se centra en la atención pública hospitalaria, no se puede desconocer las transformaciones ligadas a las clínicas monovalentes con internación en salud mental que se establecieron en la ciudad previo a la LNSM. Entendiendo que dichos procesos involucran a la sociedad en su conjunto, en una tarea colectiva que responde a un compromiso ético y político, que no se reduce únicamente a garantizar la accesibilidad de su atención, sino que comprende el respeto por la dignidad y el reconocimiento de las potencialidades de lxs usuarixs para la construcción de un proyecto de vida autónomo que fomente el uso pleno de sus derechos.

En este sentido, se identifican principalmente las adecuaciones llevadas a cabo a partir de la reglamentación de la LNSM, por Anastrofe y Anakainosis, las cuales son instituciones correspondientes al sector privado. En el caso de la primera, presenta su plan de adecuación en el año 2020, y en el segundo en el año 2021, lo que denota un lapso de aproximadamente diez años luego de su sanción.

Anastrofe es una institución del sector privado ubicada en el barrio Standard norte de kilómetro 8, que se crea en el año 2008 con el objetivo de brindar una mejor calidad de vida a aquellas personas con complicaciones en salud mental, y tiene como misión promover la reinserción socio laboral a personas con patología de base compensada, es decir a aquellas

personas que tengan alguna patología crónica que esté estable. La institución, está conformada por un equipo interdisciplinario compuesto por médico clínico, médico psiquiatra, psicologxs, nutricionista, trabajadora social, profesora de educación especial, acompañante terapéutica y una tallerista.

El Plan de adecuación de la Institución Anastrfoe de Ment- San S.R.L. 2020 propone transformar su modelo de atención hacia un enfoque integral y comunitario en salud mental, centrado en la inclusión social y laboral de personas con padecimientos psíquicos, a partir de una estrategia de residencialización con criterios de preestablecidos, promoviendo la continuidad de atención ambulatoria. Es decir que, buscan ofrecer dispositivos temporales como residencias breves como: hospital de día ambulatorio, dispositivo residencial para crónicos agudos, centro hogar para personas con discapacidad y centro hogar de larga estancia. De esta manera, la institución cuenta con una capacidad de sesenta y tres camas para usuarixs desde dieciséis años en adelante. A su vez, las prestaciones contemplan abordajes interdisciplinarios (psicología, psiquiatría, trabajo social, nutrición, entre otros), actividades culturales y recreativas, y articulación intersectorial, orientado a fomentar la autonomía para actividades de la vida cotidiana, y la promoción social, cultural y educativa.

Por su parte, Anakainosis es una institución del sector privado, ubicada sobre el camino de circunvalación Roque González, en la entrada del barrio Saavedra de la ciudad. Cuenta con un equipo conformado por: médico clínico, psiquiatra, radiólogo, trabajador social, nutricionista y psicologxs. En su proceso de readecuación a los planes de tratamiento de LNSM, propone un servicio de atención polivalente que incluye servicios de, geriatría, gerontología, consultorios externos, clínica médica, salud mental, psiquiatría, psicología, rayos x, laboratorio y residencia para personas mayores.

En sus inicios como institución de salud polivalente con atención en salud mental, fueron habilitadas veintiocho unidades para personas mayores residentes, cincuenta y seis

para salud mental y veintiocho para internación general. Sin embargo, a partir de las modificaciones se suministraron veintiocho ejemplares de los destinados a salud mental, hacia las residencias para personas mayores. A su vez, se propone un plan de desinstitucionalización para residentes del ala de salud mental con alojamiento crónico.

A pesar de las adecuaciones correspondientes de las instituciones mencionadas, a criterio de quien escribe, y en concordancia con los aportes de la referente citada en al inicio del presente apartado, se observa cierta persistencia de abordajes centralizados, con lógicas tutelares. Dichas prácticas tienden a reforzar la separación de la persona que padece del espacio comunitario, al ofrecer capacitación sociolaboral, talleres, y demás actividades dentro de la organización institucional, bajo el supuesto de ofrecer cierta rehabilitación psicosocial para su integración en la comunidad.

En cuanto al sector público, la principal institución afectada fue el Hospital Regional, lo cual se desarrollará en profundidad en el apartado siguiente, debido a la significación que representa para la presente investigación. Dicho suceso, fue completamente distinto de las privadas, en tanto que implicó no sólo una fuerte revisión de sus prácticas y su organización institucional, sino también el surgimiento de una amplia red de dispositivos que den respuesta a las demandas en salud mental bajo los lineamientos del nuevo plan de salud mental.

2.2 Sobre el Hospital Regional Dr. Víctor Manuel Sanguinetti.

En el marco del tema de interés, se considera relevante destacar el papel del Hospital Regional como principal institución para el abordaje de la salud mental en la ciudad. En principio, resulta pertinente dar cuenta del contexto social, económico, político y cultural en que surge, considerando una mirada situada en la región. Mencionado lo anterior, es oportuno destacar que Comodoro Rivadavia, ubicada al sureste de la provincia del Chubut y fundada el 23 de febrero de 1901, tuvo un desarrollo fuertemente marcado por el descubrimiento del

petróleo en 1907, hecho que transformó de manera significativa la dinámica económica y social de la ciudad.

A partir de la instauración de la actividad petrolera, se produjo un crecimiento poblacional que comprende migraciones del interior del país como desde el extranjero, lo que generó mayores demandas en lo concerniente a la vivienda, la educación y los servicios de salud. Actualmente Comodoro es la ciudad más poblada de la provincia con un total aproximado de 201.854 habitantes (Municipalidad de Comodoro Rivadavia, 2022).

En lo que respecta al sistema sanitario Comodoro Rivadavia cuenta con una gran variedad de instituciones que brindan servicios de salud, tanto de gestión pública como privada. Asimismo, en lo que respecta al sector público, la ciudad petrolera cuenta con un sistema mixto compuesto por instituciones dependientes de organismos provinciales y municipales.

Por un lado, la Secretaría de Salud de la municipalidad de Comodoro Rivadavia tiene bajo su gestión once centros de atención primaria (CAPS), distribuidos por diversos barrios de la ciudad, como ser barrio Centro, San Martín, Las Flores, Moure, Isidro Quiroga, Stella Maris, Fracción 14, Marcelino Reyes, Presidente Ortiz, Castelli y René Favalaro. Los mismos, tienen como fin ofrecer atención médica y social a la comunidad, en todos sus grupos etarios, desde un primer nivel de atención de la salud (Secretaría de Desarrollo Territorial, Hábitat y Vivienda, s.f).

Por otra parte, bajo la gestión de la Secretaría de Salud de la Provincia de Chubut, (anteriormente Ministerio de Salud), se encuentran el Hospital Alvear y el Hospital Regional con sus dispositivos con base en la comunidad. El Hospital Alvear, según lo expuesto por Barría Oyarzo (2021) en su artículo titulado Salud y nación en las tierras del sur. Una aproximación histórica a la construcción de la salud como bien público del Estado – Nación en Comodoro Rivadavia, se inauguró en el año 1927, en el barrio General Mosconi, con el

objetivo de brindar servicios a los trabajadores petroleros de la empresa estatal YPF y sus familias. No obstante, esto implicó que gran parte de la población quedara sin acceso a la atención médica. Es así que en 1935 se crea una Junta Vecinal de Previsión Social y Salud Pública, compuesta por asociaciones migrantes, asociaciones de beneficencia, médicos y la élite comodorense, la cual logra fundar en 1937, el Hospital vecinal, el cual años más tardes se convertiría en el actual Hospital Regional.

Dicha institución surge ante la ausencia de servicios públicos y gratuitos de salud, lo cual respondía a una lógica Estatal, donde las tierras del sur del país eran considerados sectores periféricos destinados a la explotación de sus recursos. De este modo, fue la organización de la comunidad, que de manera autogestiva, asumieron la responsabilidad de garantizar el acceso al sistema de salud. Esto implicó, que la atención sea de carácter estrictamente asistencial, en tanto que el acceso a los servicios del Hospital era completamente gratuito, siempre y cuando se pudiera comprobar la situación de pobreza de la persona que requería atención (El Rivadavia, 1951, como se citó en Barría Oyarzo, 2022).

Entre los años 1944 y 1955, se instala en la ciudad de Comodoro Rivadavia la Gobernación Militar, la cual responde a un interés por parte del Estado nacional, de controlar al movimiento obrero local, en tanto que era considerado una amenaza para la producción petrolera. Sin embargo, a pesar del control que se ejercía en el territorio local, desde la gobernación de Juan Domingo Perón, se comenzaron a impulsar políticas sanitarias. De esta manera en 1946 se crea la Secretaria de Salud pública, y en 1949 el Ministerio de Salud y Asistencia Social dirigido por Ramón Carrillo, quien promovía una concepción de la salud como un derecho social (Barría Oyarzo, 2022).

Según lo expuesto por el autor citado anteriormente, este periodo fue clave para la consolidación de un sistema de atención sanitaria integral en Argentina, caracterizado por la construcción de hospitales y centros de salud que ofrecían servicios gratuitos a la población

en distintas regiones del país. De esta manera, se impulsa una política nacional que tenía como fin crear hospitales más modernos, los cuales se llamaban hospitales de segunda generación. Los mismos ofrecían mayor cantidad de especialidades, atención ambulatoria y demás servicios de los cuales, los antiguos hospitales no contaban. Si bien la construcción de la obra comienza en 1944, es recién el 1 de agosto de 1968 cuando queda inaugurado oficialmente el Hospital Regional, que remplazaría al antiguo hospital vecinal o también llamado hospital municipal. (Barría Oyarzo, 2022)

En principio, la creación del Hospital fue fuertemente criticada por su magnitud y los altos costos que esto conllevaba. Sin embargo, la presión de los vecinos y las autoridades locales lograron la concreción del mismo. Según lo expuesto por el autor citado anteriormente, el Hospital Regional, a partir de ese entonces, ofrecía atención médica gratuita y estaba acompañado por centros de salud que trabajan en la prevención. La política sanitaria para aquel entonces buscaba no solo ofrecer asistencia médica, sino también mejorar las condiciones de vida de la población siguiendo las ideas de justicia social y desarrollo nacional.

Actualmente la institución se encuentra emplazada en el mismo lugar de sus inicios, sobre la avenida Hipólito Yrigoyen al 950, ubicación estratégica en tanto que se sitúa en el centro de la ciudad y que a su vez comparte dentro del radio, con otras instituciones como el Centro de Aplicaciones Bionucleares (CABIN), Centro de Rehabilitación, Fundación Crecer, como así también, espacios educativos como ser el colegio provincial N° 746 (escuela de arte), la escuela provincial N° 1 y el colegio provincial técnico N° 749.

Como se mencionó anteriormente, el hospital tiene una dependencia provincial que está a cargo del Ministerio de salud de Chubut, el cual se organiza en cuatro Áreas Programáticas. Dentro de las mismas se agrupan hospitales, centros de salud y otros dispositivos, bajo una misma dirección y coordinación, la cual está establecida por

delimitaciones geográficas dentro de la provincia, y tiene como objetivo planificar y llevar adelante las políticas de salud según las necesidades de la población local.

Las mismas, se estructuran de la siguiente manera:

- **Dirección Provincial Área Programática Trelew:** abarca los departamentos Florentino Ameghino, Gaiman, Mártires, Paso de Indios y Rawson.
- **Dirección Provincial Área Programática Norte:** departamentos Biedma, Telsen y Gastre.
- **Dirección Provincial Área Programática Esquel:** abarca los departamentos Cushamen, Futaleufú, Languiño y Tehuelches.
- **Dirección Provincial Área Programática Comodoro Rivadavia:** abarca los departamentos Escalante, Sarmiento y Río Senguer.

El Hospital Regional es el centro de referencia del sur de la provincia, y se organiza bajo el siguiente organigrama: Dirección General a cargo de Romina Galarza, Dirección Asociada de Enfermería a cargo de Víctor Valdivieso, Dirección Asociada de Gestión Clínica a cargo de Néstor Yapura y Dirección Asociada de Salud Mental, Rehabilitación y Discapacidad a cargo de Marta Rodríguez. Dicho organigrama fue conformado a partir de la asunción de la nueva gestión del hospital a fines del año 2024, marcando una reorganización institucional.

A su vez, cabe destacar los datos brindados por la Licenciada Gladys Díaz, quien comenta acerca del departamento de salud mental:

El Hospital Regional es el único que brinda intervención en las situaciones de urgencia. Es decir, tengas obra social o no tengas obra social, terminas en esta guardia porque no hay otra guardia, el Hospital Regional cubre todo lo que es Comodoro Rivadavia, Rada Tilly, Sarmiento, Río Mayo, Río Senguer, Facundo, Paso del Sapo, Beleiro, todo eso nosotros le llamamos área programática, es decir, toda tu área de referencia del Hospital Regional. (Entrevista personal, 19 de abril de 2023)

Por último, es importante agregar que el Hospital cuenta con doce centros de atención primaria de la salud, ubicados en los barrios: Don Bosco, Prospero Palazzo, Laprida, Restinga Ali, Caleta Córdova, Ciudadela, Astra, 30 de octubre, Jorge Newbery, Máximo Abasolo, José Fuchs y Pietrobelli.

2.3 Sistematización del trabajo de campo.

El Hospital Regional de Comodoro Rivadavia, Dr. Víctor Manuel Sanguinetti, se configura como el espacio institucional donde se inscribe la intervención profesional en salud mental de lxs Trabajadxsres sociales, quienes constituyen la unidad de análisis de la presente investigación. Dicha Institución, en tanto centro de referencia de la región dentro del sistema público de salud, se constituye como el escenario por excelencia para analizar las intervenciones de lxs profesionales del trabajo social, como así también, la disputa de sentidos, tensiones y desafíos, que atraviesan a la misma, en torno a la LNSM.

Dicho trabajo investigativo tiene un alcance de tipo exploratorio y descriptivo, con un abordaje cualitativo, que a decir de Vasilachis (2006), el mismo permite un análisis situado en relación al contexto particular en el que se desarrolla, donde se trata de entender y explicar el contexto y sus procesos. En este sentido, dado al contexto, político y social actual y su impacto en el sistema público de salud, se realizó un recorte temporal que comprende durante los periodos 2024 y 2025.

En cuanto al abordaje metodológico, el mismo se enmarca desde un enfoque cualitativo, dado que se considera de mayor pertinencia en consonancia con los objetivos y preguntas de investigación que guiaron el presente trabajo. Para la recolección de información se llevaron a cabo diversas técnicas tales como, observación no participante y registro, de los distintos dispositivos que comprenden al departamento de salud mental y adicciones tales como, Centro de Día de Salud Mental, CAPS (San Cayetano y Restinga Ali), CIT Zona Norte, área de Infanto Juvenil y Guardia de Salud Mental.

Asimismo, se realizaron entrevistas (abiertas y semiestructuradas), entendidas en palabras de Carballada (2018), como un desarrollo continuo donde tienen lugar una serie de intercambios discursivos mediante diferentes lenguajes, (verbal, no verbal, gestual), que se manifiestan en distintos momentos y encuentros, donde se abordan, tanto hechos externos como así también pensamientos, sentimientos o percepciones personales.

Entre los referentes entrevistados se encuentra José Luis Tuñón, médico psiquiatra y psicoanalista, que se desempeñó en el hospital desde el año 1984 hasta el año 1990. El aporte de él, se considera sumamente enriquecedor en tanto que, dentro del espacio de encuentro, no solo comentó acerca de lo que constituía anteriormente al antiguo área de psiquiatría, sino que a su vez aportó, en función de su propia experiencia, cómo era concebida la salud mental para la época y su modelo de atención.

Tuñón, expresa que inicia a trabajar en el Hospital Regional en el año 1984, sin embargo, anteriormente a ello trabajó en un hospital monovalente de la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires. En esta línea de ideas, da cuenta sobre cómo funcionaban las lógicas de atención de la salud mental, por lo que detalla lo siguiente:

Yo trabajaba y me estaba formando en un hospital monovalente, el Melchor Romero de La Plata, el manicomio más grande de la provincia de Buenos Aires. De aquel momento tenía 3000 pacientes internados. O sea, un pueblo, era capaz más grande que Río Mayo, más grande que las Heras. Bueno, no importa, pero quiero decir, tenía suficientes personas ahí dentro como para ya tener una organización de gobierno, parlamento, podría haber fundado un pueblo. Ese es el modelo de atención dominante en aquel momento. El del manicomio.

El manicomio implicaba que las personas eran aisladas de su núcleo familiar internadas de por vida. Se revisaba el diagnóstico periódicamente, pero la concentración de personas en el lugar, la escasez de recursos hacía que fuera materialmente imposible un seguimiento cercano de las personas. Y además el hecho de que perdieran su domicilio hacía

muy difícil la externación, (...) había personas que estaban internadas hacía más de 50 años.
(Tuñón, entrevista personal, 17 de marzo de 2025)

En este orden de ideas, José Luis comenta que, en el caso de Comodoro Rivadavia, las lógicas de atención eran completamente alejadas de aquella realidad, siendo uno de los pocos lugares donde la atención de situaciones complejas y las internaciones en salud mental, se encontraban dentro de un hospital general:

Yo me vine a Comodoro Rivadavia para irme de ahí. Para salirme de eso porque a pesar de que hacíamos asambleas, a pesar de que tratábamos de hacer lugar a las personas, era muy difícil, la estructura era muy difícil, la estructura represiva. Así que cuando me ofrecieron la posibilidad de venir a Comodoro Rivadavia, a un servicio en un hospital general, era una excepción en el país, (no había servicios en los hospitales generales, los servicios eran siempre monovalentes y separados de los hospitales) con un equipo chico y solo 16 camas, piensa que yo tenía a mi cargo una sala con 100 camas... Entonces, vine, te diría casi sin pensarlo.

Otra de las referentes entrevistadas fue Valeria Astudillo, psicóloga de la división de enlace psicosocial, que desempeña sus tareas desde el año 2004 hasta la actualidad. A pesar de no pertenecer al campo disciplinar, sus aportes fueron fundamentales para reconstruir el recorrido histórico en la implementación, tanto de la Ley provincial de salud mental, como la Ley Nacional.

En cuanto a los referentes disciplinares, se entrevistó a:

- Cecilia Nieto, quien tiene una amplia trayectoria en referencia al abordaje comunitario, mencionando que se capacitó como operadora en adicciones, consultora psicológica y como técnica en salud mental comunitaria.
- Catalina Huentequero: actualmente desempeña sus prácticas profesionales como parte del equipo técnico del Centro de Día y Casa Hogar, del cual hasta fines del 2024 asumía el cargo de directora.

- Rocío Chacoma: inició a desempeñarse en el área de salud mental mediante las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental Comunitaria en el año 2019, y actualmente se desempeña como personal de planta en el CAPS de Restinga Ali.
- Gladys Díaz: posee un amplio curriculum y trayectoria en el área de salud mental mediante residencias interdisciplinarias en la Ciudad de Buenos Aires en el año 1991. Es personal del Hospital Regional desde el año 2007, en tareas como: coordinación de los CITs de zona norte y zona sur, coordinadora de salud mental en la cordillera, en el servicio social de los CAPS, en internación y actualmente en la jefatura de la División de Rehabilitación Psicosocial.
- Ariel Vidal: Inició como personal del Hospital en el año 2013, desempeñando tareas en el CIT hasta el año 2023, donde pasó al dispositivo Infante Juvenil, y actualmente se desempeña en el CAPS de Standard Norte.

Se destaca que el aporte de lxs referentes entrevistados resulta de gran significación para la presente tesis, debido a que todxs poseen una sólida formación y trayectoria en dispositivos de salud mental con fuerte anclaje comunitario, lo cual resulta clave para el abordaje de esta investigación, de modo que brindan una integral sobre los procesos de atención, intervención y acompañamiento en salud mental, posibilitando recuperar perspectivas situadas, con énfasis en el trabajo territorial e interdisciplinario.

2.4 De red a divisiones: sobre el departamento de salud mental del Hospital Regional.

A partir de la sistematización de los datos recolectados durante el trabajo de campo se pudo organizar y estructurar la información, de modo tal que posibilitó realizar un recorrido histórico acerca de las transformaciones y adecuación, que han suscitado a lo largo de las últimas cuatro décadas.

En cuanto a la organización y funcionamiento del servicio de salud mental en el Hospital Regional, este implementaba una asamblea semanal en la que participaban tanto el

personal como los internos, con el objetivo de discutir y abordar las tensiones y conflictos que surgían como, por ejemplo, entre enfermeros y pacientes, adoptando un enfoque democrático para la resolución de los problemas, el cual era influenciado por la reforma italiana. En este contexto, uno de los problemas más frecuente que se abordaba era el alcoholismo, por lo que también existía un grupo específico para abordar dicha problemática.

El trabajo en el servicio se estructuraba en torno a la admisión, interconsulta, consultorio y atención de guardia. A su vez se asignaban pacientes a los cuales el profesional debía hacerle seguimiento. En el caso de las guardias, las mismas eran pasivas, donde cada profesional estaba a cargo de las mismas durante una semana al mes. Uno de los aspectos que se destaca es que el servicio mantenía un contacto directo y constante con otros profesionales médicos, lo que permitía un enfoque integral de la atención.

Por otra parte, otro dato significativo es que el hospital, que había sido testigo de la experiencia de la guerra de Malvinas, poseía una identidad como hospital de referencia en ese contexto, lo que inicialmente fortaleció su rol. Sin embargo, esa misma identidad terminó siendo un factor negativo, en tanto que la vivencia de la guerra en 1982 dejó una huella profunda, que con la llegada de las políticas neoliberales y el decaimiento de los servicios de atención generó una sensación de desencanto frente a los nuevos cambios sociales y políticos.

Era un hospital muy particular, que había pasado por la experiencia de Malvinas y eso te diría que en ese momento lo había fortalecido. Que había sido un hospital de referencia de Malvinas, así que tenía una identidad muy clara. Esa identidad después terminó jugándole en contra, porque es como si hubiera sido un pasado imposible de remontar. Que fue el cierre de la de la dictadura y el inicio de la democracia, pero nos desencantamos rápido, porque yo me acuerdo que debe haber sido, en el 88, visitó Comodoro, Alfonsín y ya le estábamos haciendo un paro porque ya empezaba el desfinanciamiento del Estado. Ya empezaba el ataque al Estado, que había empezado con la dictadura, pero se empezó a profundizar, empezaban las políticas de ajuste, a meter su

racionalidad en el interior de la sociedad y a desfinanciar todo. Bueno, ese proceso no paró. (Tuñón, entrevista personal, 17 de marzo de 2025)

Es así que se menciona el proceso de desfinanciamiento estatal que comenzó a intensificarse a partir de la década del 80 con la implementación de políticas de ajuste. Estas políticas afectaron y siguen afectando, directamente al hospital y al sistema de salud en general.

Por otra parte, se detalla que la atención se caracterizaba por su orientación psicoanalítica, basada en la responsabilidad subjetiva de los pacientes respecto a su malestar. Este enfoque se diferenciaba del modelo contemporáneo, centrado en lo que el médico psiquiatra llama los derechos del consumidor, un cambio trajo consigo una lógica impersonal en la que los pacientes pasaron a ser considerados usuarios en lugar de personas con nombres y necesidades específicas.

En aquel momento la atención, aunque fuese desbordada, era personalizada, nosotros teníamos a Juan y a Pedro, no teníamos usuarios. Los usuarios vinieron después, los usuarios es un invento del mercado. El usuario es impersonal, como el consumidor. Es la forma del consumidor que adopta servicios. (...) No existía todavía el sintagma salud mental, el sintagma salud mental lo introduzco yo creído de que era un progreso. Hoy diría que no. Pero, claro, porque salud mental era el modo en que entraban las políticas neoliberales. Era la manera de hacer entrar las políticas públicas masivas, eso ya era neoliberalismo, entonces, yo no me ocupo más de Juan y Pedro, me ocupo de la población. Pero al ocuparme de la población, yo entro en una lógica totalmente distinta a la de las personas. La lógica de la población orientada por los derechos es distinta de la de cada uno. (Tuñón, entrevista personal, 17 de marzo de 2025)

Según lo expuesto por José Luis, la lógica de gestión y la orientación hacia la población, sustituyeron de esta manera el trato personalizado, imponiendo una visión más burocrática e impersonal, en la que las personas ya no eran vistas como sujetos singulares,

sino que la atención pasó a estar orientada por lineamientos en función de la eficiencia y organización, alejándose de la lógica comunitaria y directa con lxs sujetxs, que había caracterizado a los primeros tiempos del hospital.

A su vez, se destaca que, el servicio de salud mental en ese momento se manejaba de forma autónoma y cercana a la comunidad. Los profesionales conocían a los pacientes, (en palabras del entrevistado) y mantenían contacto directo con ellos, sus familias y los vecinalistas para evitar internaciones innecesarias. Las internaciones, eran breves, de modo que el objetivo era evitar la hospitalización prolongada y continuar el tratamiento de manera ambulatoria. De esta manera, se fomentaba la participación activa de las familias para evitar internaciones, pidiendo que los familiares acudieran en conjunto cuando se consideraba necesario internar a un paciente. Se comenta que a veces, las entrevistas familiares tomaban la forma de reuniones multitudinarias, que se realizaban incluso de noche, en respuesta a la estrategia de las familias de acudir a internar a su familiar por la madrugada para aumentar las probabilidades de lograr la internación.

Las internaciones eran cortas porque no queríamos que nadie permaneciera demasiado tiempo en el servicio, cuando se compensaba seguía el tratamiento por consultorio externo. No había el dispositivo de atención barrial que hay hoy. No estaban fundados ni los CPB ni los CAPS ni ninguno de los dispositivos que hoy constituyen la red de atención social, en aquel momento no la habían, nos manejábamos con las vecinales que era lo que conocíamos.

Hacíamos terapia familiar, nos juntábamos con las familias para evitar las internaciones, le pedíamos a la familia que cuando querían internar un familiar, vinieran todos. Hacíamos entrevistas a veces multitudinarias porque esta familia solía venir con muchos para hacer hinchada. Entonces, teníamos que ir al aula. En aula hacíamos unas reuniones multitudinarias para discutir por qué había que internar o no. Y alguna vez incluso empezamos a venir a la noche. Como ellos se dieron cuenta de que si venían durante el día

las chances de internar eran menores, empezaron a venir en la madrugada, dicen, "Estos no se van a levantar para venir", pero nos levantábamos y hacíamos la entrevista familiar a las 3 de la mañana. Éramos muy jóvenes, Impulsados de ideales románticos, hoy sería difícil pensar una cosa así. (Tuñón, entrevista personal, 17 de marzo de 2025)

Finalmente se comenta en el marco de la entrevista sobre un episodio en el servicio de psiquiatría que evidencia las tensiones entre las representaciones sociales y profesionales presentes en el modelo de atención de aquel entonces. En su relato, José Luis desarrolla sobre la historia de un paciente, que atravesó un episodio de excitación psicomotriz tan intenso que, rompió la puerta de la sala y causó caos, sin intención de hacer daño, sino simplemente por no poder controlar su excitación. A su vez, detalla que la única forma de calmarlo fue mediante la intervención del anestesista, quien lo durmió para poder contenerlo.

En este contexto, el servicio de internación de psiquiatría estaba ubicado junto a la sala de pediatría, lo que generaba preocupaciones y fantasías dentro de la comunidad acerca de la posible exposición de las niñeces a los pacientes psiquiátricos, lo cual vislumbra fuertemente la idea de peligrosidad en relación a los padecimientos mentales.

Este incidente desencadenó una serie de repercusiones, entre ellas, una solicitud del sindicato para cerrar la puerta del servicio, lo que resultó en el traspaso de un servicio de puertas abiertas a uno de puertas cerradas. Para el equipo de trabajo, este cambio significó una importante pérdida, un duelo en palabras de Tuñón, en tanto que representaba la derrota de una forma de atención más integral.

En esta orden de ideas, resulta oportuno recuperar las palabras de Valeria Astudillo, psicóloga del área infanto juvenil de salud mental, quien da cuenta de lo siguiente:

En realidad, todo lo que fue posterior a la ley, claramente no existía. Es más, ni ediliciamente, era otra cosa, era en el segundo piso como esa puerta de hierro media temida, que se abría como en las películas, con llave. (Astudillo, entrevista personal, 1 de abril de 2025)

En la entrevista con Valeria, se pudo observar lo que fue el proceso de transformación a partir del surgimiento de las nuevas normativas en salud mental, el traspaso a un abordaje comunitario y la descentralización del sistema de salud.

Durante este periodo, según la psicóloga, el contacto era mucho más directo desde los espacios físicos con la internación, en este sentido, la organización del espacio se distribuía en una sala de varones, otra de mujeres y el comedor de uso común que compartían el mismo piso, donde actualmente funciona la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP).

En cuanto a las condiciones estructurales y materiales en las que se desarrollaba la atención en salud mental en el Hospital Regional, se marca las dificultades vinculadas al espacio físico. Se expone que, en el ámbito de internación, no había comodidad para la realización de entrevistas, y que muchas veces las entrevistas de seguimiento y evaluación se llevaban a cabo en las habitaciones, si es que estaban liberadas por la ausencia de otros pacientes. En caso contrario, el comedor se transformaba en palabras de la psicóloga, en un gran consultorio colectivo, donde las y los colegas ocupaban distintos sectores y rincones para llevar adelante las entrevistas. Se destaca que al inicio de su experiencia profesional atendían incluso en un consultorio que era un escobero y problematiza: “fíjate el lugar que tenía la salud mental”, en referencia a la histórica lógica de exclusión y segregación de las personas con padecimiento subjetivo y su atención.

La referente menciona que las cuestiones edilicias en términos de espacio físico, siempre fue una cuestión conflictiva, hasta que entre el año 2009 y 2010 se logró el uso de un nuevo lugar en planta baja, donde pudieron tener consultorios con mayor disponibilidad. Asimismo, manifiesta que había paralelamente otros espacios de consultorios externos, que se ubicaba donde actualmente se encuentra la ex área programática, Astudillo refiere que, anteriormente a la construcción de esta última, se situaban en ese espacio físico, casitas donde en una de ellas funcionaba el Centro Especializado en Salud Integral de Adolescentes

(CESIA) y en otra atendían psiquiatras que hacían atención ambulatoria, más las psicólogas que comenzaban a trabajar con infancia.

En relación a los equipos de trabajo la entrevistada refiere que los acompañamientos se realizaban siempre en duplas con Trabajadorxs Sociales del servicio social del Hospital, el cual era un servicio independiente, donde las profesionales hacían intervenciones puntuales y cada especialidad médica tenía su propio referente. Es decir que el área de salud mental tenía un referente del servicio social, sin embargo, este no dependía del departamento de salud mental sino del servicio social.

En cuanto a la implementación de la Ley de Salud Mental, Astudillo comenta que en lo que respecta al personal, generó malestar debido a que se desconocía cómo serían aplicados estos nuevos lineamientos. En este sentido sostiene que era tal la incertidumbre, que muchas profesionales optaron por abandonar la institución, “la demanda de poder salir afuera para descentralizar no fue muy bien recibida en general, había bastante resistencia” (Astudillo, entrevista personal, 1 de abril de 2025).

En lo que respecta al modo de abordaje, la referente afirma que una de las cuestiones de mayor impronta fue el trabajo de prevención y promoción que trajo la Ley. De esta manera se comienzan a hacer recortes en lo que es el área de internación, para fortalecer la parte externa. “Una de las cosas que creo que abrió mucho fue esto, el ir a la comunidad, el hacer trabajo de prevención y promoción y salir un poco del asistencialismo y la cuestión hospitalaria” (Astudillo, entrevista personal, 1 de abril de 2025).

Otro aspecto significativo es la implementación de un nuevo organigrama como así también de las modificaciones en las nominaciones; en relación a esto Ariel Vidal sostiene “los cambios aparejados son los cambios de la Ley de Salud Mental, antes era todo psiquiatría, después cuando aparece a ley se nombra distinto y se modifica, se instalan los

dispositivos” (entrevista personal, 1 de abril de 2025). Dicho proceso tuvo lugar según los referentes, entre el año 2011 y 2012.

Un dato significativo que brindan los referentes en relación a la reorganización de la ex área de psiquiatría y la constitución del nuevo organigrama, es que dichas adecuaciones estaban todas legitimadas desde lo simbólico, sin embargo, en lo que respecta a una disposición escrita el organigrama nunca existió.

A lo largo de los años, hubo varias gestiones a cargo de la dirección y coordinación del departamento de salud mental, mayormente a cargo de médicos o médicas psiquiatras. Hasta noviembre del año 2024, el servicio de salud mental funcionaba dentro de lo que se denominaba Departamento de Salud Mental y Adicciones, el cual estaba conformado por la Red Asistencial Socio sanitaria de Salud Mental. La misma, surge a partir de las modificaciones efectuadas en el marco del Plan Nacional de Salud Mental establecido en el artículo 31 de la LNSM, y estaba conformada por dispositivos internos, y dispositivos con base en la comunidad.

Los dispositivos que conformaban la red, son: Área externa de Salud Mental, Centro Integral de Tratamiento de los Consumos Problemáticos Zona Sur, Centro Integral de Tratamiento de los Consumos Problemáticos Zona Norte, Centro de Día, Dispositivo Habitacional Efecto de Salud, Dispositivo Infante Juvenil de Salud Mental, Dispositivo Sala de Internación, Guardia de Salud Mental, Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria y Residencia de psiquiatría. Dichos dispositivos, actualmente permanecen funcionando, sin embargo, a partir del cambio de gestión, sufrieron ciertas modificaciones en la estructura organizacional y en algunos casos, al interior de los dispositivos.

Actualmente desde la Dirección Asociada de Salud Mental, Rehabilitación y Discapacidad a cargo de la Dra. Marta Rodríguez, se desprende la jefatura del departamento

de salud mental y adicciones a cargo de la Dra. Vanesa Menéndez, y se estructura en cuatro divisiones:

2.4.1 División de Adicciones.

La División de Adicciones está bajo la Jefatura de la Licenciada en psicología, Valeria Flores, y comprende los Centros de Tratamiento Integral de las problemáticas de Consumo, zona norte y zona sur. Los mismos, están conformados por equipos interdisciplinarios integrados por psicólogos con presencia constante, trabajadoras sociales, operadores sociales, y una psiquiatra que asiste una vez por semana. A este equipo se suman una trabajadora de maestranza, una administrativa, un profesor de educación física y una licenciada en nutrición.

Las intervenciones que se desarrollan en el dispositivo se enmarcan en los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, con el fin de brindar abordajes integrales, comunitarios y territoriales. El objetivo es acompañar el proceso de rehabilitación sin desarraigar a la persona de su comunidad, promoviendo hábitos saludables y la reestructuración de la vida cotidiana, afectada por la problemática del consumo.

2.4.2 División de Rehabilitación psicosocial.

La División de Rehabilitación Psicosocial está bajo la Jefatura de la Licenciada en Trabajo Social, Gladys Díaz, e integra el Centro de Día de Salud Mental y el Dispositivo Habitacional Efecto de Salud (comúnmente conocido como Casa Hogar), con proyecciones de incorporar un Centro de Ocupación Laboral y un Dispositivo Habitacional de mayor complejidad. El Centro de Día dirige su atención a brindar un tratamiento ambulatorio integral que posibilite a lxs usuarixs alcanzar el mayor grado de autonomía posible. Por su parte Casa Hogar, tiene como objetivo dar continuidad a la rehabilitación psicosocial, garantizar el derecho a la vivienda digna, de usuarios externados de internación de salud mental, fortaleciendo la autonomía de lxs mismxs y posibilitando su integración en la

comunidad.

2.4.3 División de Enlace Psicosocial.

La División de Enlace Psicosocial, está bajo la jefatura de la Licenciada en Trabajo Social, Alejandra Duarte. Dicha división reúne un equipo de enlace hospitalario conformado por psicólogos y trabajadorxs sociales (que conformaban el ex servicio social), y articula las áreas de, interconsulta hospitalaria, infanto juvenil, y los equipos comunitarios de los Centros de Atención primaria de Salud.

En lo que respecta a los equipos comunitarios, los mismos se conforman en duplas de psicólogos y trabajadorxs sociales, y se ubican dentro del primer nivel de salud, donde se trabaja fuertemente la promoción de la salud y la prevención de problemáticas psicosociales, fomentando la participación de los sujetos en sus propios procesos de salud enfermedad. Cabe mencionar que, dichos equipos ofrecen atención tanto a adultos como así también niñas y adolescentes.

Por su parte, el área infanto-juvenil, realiza intervenciones con niños, niñas y adolescentes, articulando especialmente con el servicio de Pediatría, lo cual facilita el acceso a controles, turnos y seguimientos clínicos. Asimismo, se articula con diversas instituciones del sistema de protección integral, como juzgados, defensoría, asesoría, servicios de protección de la niñez adolescencia y familia, escuelas y jardines. Además, se promueve el trabajo en red con centros de salud, para acompañar los procesos de externación y seguimiento comunitario.

2.4.4 División de Internación.

La División de Internación, está bajo la jefatura de la Doctora Vanesa Menéndez, y articula lo que es el servicio de guardia de salud mental y la internación. En relación a la guardia, la misma funciona 24hs al día, durante todo el año. El equipo de guardia es interdisciplinario, conformado por psiquiatras, psicólogos y trabajadorxs sociales.

En cuanto a las internaciones, las mismas son consideradas el último recurso y de carácter transitorio. Durante el proceso de internación, se trabaja a su vez, en el diseño de un plan de externación, el cual evalúa los recursos de protección que trae consigo la persona y se busca armar un sistema de apoyo, que garantice la continuidad de los cuidados de la persona por fuera del hospital. Dicho sistema requiere de un equipo externo integrado por psiquiatra, psicólogo y trabajador/a social, a su vez se contempla según la singularidad de cada sujeto, acompañantes terapéuticos, trabajadorxs comunitarixs de salud en terreno y talleristas. También se contempla a la familia como parte activa del proceso, incluso promoviendo que reciban acompañamiento específico.

A raíz del análisis de las entrevistas realizadas, se evidencian opiniones contrapuestas en relación a las modificaciones implementadas por la nueva gestión en el área de salud mental. Por un lado, algunos referentes consideran que el paso de un modelo de red de dispositivos a divisiones, respondió únicamente a una lógica de denominación institucional, sin implicar cambios reales en las prácticas cotidianas ni en los modos de intervención. Desde este punto de vista, se trata únicamente de una reconfiguración del organigrama que no implicó alteraciones en la dinámica de trabajo.

Sin embargo, otrxs referentes entrevistadxs sostienen que dicha transformación tuvo consecuencias concretas, que condujo a una recentralización de los servicios de salud mental. De esta manera, la nueva organización implicó nuevamente la centralización de algunos servicios de salud mental, en tanto que muchos de los profesionales que estaban trabajando en la comunidad, nuevamente se ven ahora dentro del hospital, limitando de esta manera el anclaje comunitario y territorial que promueve la LNSM como pilar fundamental del modelo de atención.

Esta tensión entre los distintos puntos de vista, evidencia la necesidad de revisar críticamente no sólo los cambios formales en las estructuras institucionales, sino también su

impacto en las prácticas concretas y en la posibilidad de sostener intervenciones comunitarias que den fin a la lógica manicomial.

Por otra parte, resulta significativo destacar que, en el intercambio con distintos referentes del Trabajo Social, se pudo observar acerca de la amplitud de roles y funciones que asumen las y los profesionales del Trabajo Social en el campo de la salud mental, lo cual da cuenta de su creciente legitimidad dentro del campo de la salud mental. De esta manera, la profesión se posiciona como un actor central en la construcción de redes para el fortalecimiento de abordajes integrales y con perspectiva de Derechos Humanos.

Consideraciones finales de capítulo.

A raíz de lo desarrollado, se puede observar que los planes de adecuación institucional a partir de la nueva configuración del marco legal, dan cuenta de cierto avance en el reconocimiento de la salud mental en tanto Derecho Humano. No obstante, persisten tensiones entre lo discursivo y lo empírico, donde a la fragmentación y centralización del sistema de atención, las resistencias institucionales a la implementación del nuevo paradigma que perpetúan las lógicas tutelares, se le suma la reducción del gasto público en materia de salud, y particularmente de salud mental, lo cual deja obstaculizada, cuando no imposibilitada, una transformación concreta hacia un modelo de atención integral y comunitario.

CAPÍTULO III: TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL

Uno de los interrogantes que guían la presente investigación, es acerca de los desafíos que presenta la intervención profesional del Trabajo Social en Salud Mental en el marco de la salud pública, por lo cual resulta fundamental desarrollar acerca de la Cuestión Social, en tanto expresión de las desigualdades y contradicciones derivadas de la instauración del capitalismo como sistema económico y social que impacta en la reproducción social de lxs sujetxs y se inscribe en forma de padecimiento subjetivo.

Por otra parte, otro de los interrogantes que direccionan la presente tesis, es acerca de los aportes, reflexiones e intervenciones que realiza el Trabajo Social en el ámbito de salud mental en el marco de la interdisciplina y el acceso a la salud mental desde la promoción de derechos. Es decir, la construcción que realiza la disciplina en el ámbito técnico y operativo, permitiendo reflexionar y contribuir al debate.

Así mismo, resulta fundamental poner en valor el ejercicio profesional y disciplinar dentro de los equipos interdisciplinarios, desde sus facultades profesionales y sus líneas de acción, como el trabajo en red para la promoción de lazos sociales y el fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía, como así también, el aporte significativo para la construcción de políticas públicas en materia de salud mental que promueva abordajes integrales desde una perspectiva de derechos.

Se considera que dicho análisis permitirá comprender de qué manera la intervención profesional en el campo de la salud mental, se configura en un escenario tensionado por intereses contrapuestos, donde se disputan sentidos, obstaculizando o limitando, por un lado, la incorporación de la salud mental en la agenda pública y por consiguiente la cuestión de la accesibilidad en tanto política pública; por otro lado, los abordajes integrales, intersectoriales e interinstitucionales.

3.1 Aproximaciones conceptuales a la categoría Cuestión Social en relación a la salud mental.

Antes de elaborar una aproximación conceptual a la categoría de Cuestión Social, es fundamental entender por qué se habla de la misma y en qué contexto adquiere relevancia para el desarrollo de esta tesina. Hecha la observación anterior, se tomarán los aportes de Rozas Pagaza, quien sostiene que “la cuestión social y las políticas sociales constituyen la base argumentativa de la formación y la intervención profesional y (...) un punto de referencia ineludible para entender la profesión en relación a la realidad”. (2010, p.44) Es decir que entender cómo se configura la Cuestión Social y las políticas sociales, es fundamental, de modo que es a partir de ello que se configura la intervención profesional en tanto campo problemático, el cual a su vez se constituye en el cotidiano de los sujetos, donde se expresan las manifestaciones de dicha Cuestión Social.

Siguiendo con la línea teórica de la autora citada, la misma desarrolla que la Cuestión Social “se genera en la particularidad que adquiere la relación capital trabajo como núcleo constitutivo de un proceso que se explicita en los modos de organización económico, político, social, cultural y político de una sociedad capitalista” (2001, p.33), a su vez, la autora sostiene que la misma no se agota en la relación entre capital - trabajo, sino que además se expresa en las desigualdades sociales que generan la explotación de los sectores más desfavorecidos y en las dificultades que presenta el Estado para interpretar y gestionar respuestas a los problemas sociales.

En este orden de ideas, es importante destacar la mención que hace la autora en relación a la particularidad de la experiencia Argentina en donde la Cuestión Social se inscribe en el exterminio de los pueblos originarios para poder instaurar un capitalismo progresista, mediante campañas tituladas Luchas Contra la Barbarie, liderado por la elite liberal influenciada por ideas del positivismo europeo que promovía la autorregulación del

mercado. En tal sentido, la experiencia argentina adquiere una particularidad que son las condiciones de exterminio y exclusión como una expresión de estas desigualdades estructurales. Es entonces a partir de este último, desde donde se va a pensar la Cuestión Social en vinculación con Salud mental.

En cuanto a las demandas actuales en el campo de la salud mental, según lo expuesto por Carballeda, estas están atravesadas por una serie de factores que trajo aparejada mayor complejidad con el paso del tiempo, debido a las características de la coyuntura actual en la que se inscriben. A su vez, el autor sostiene que “la enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece (2010, p.3). Es decir, ese padecer se constituye desde un carácter social y singular en una interrelación con la situación económica y social de ese sujeto y su experiencia subjetiva.

En la línea del autor citado anteriormente el mismo va a entender la salud y la enfermedad como un proceso que se constituye como expresión de tramas complejas que dialogan con diferentes formas de devenir en relación a lo político, económico, demográfico, sociocultural y medioambiental. Es decir que, para Carballeda la Cuestión Social implica una serie de circunstancias económicas, políticas, sociales y culturales, que en su interrelación generan formas de fragmentación social, las cuales se expresan en forma de problemas sociales. En este orden y dirección, dicho autor va a decir que los problemas sociales surgen cuando la fragmentación de la sociedad produce desigualdad, ya sea políticas o sociales, generando padecimiento, por lo cual, el padecimiento subjetivo también va a ser social.

En función de lo anterior, se puede decir entonces que, pensar el abordaje del trabajo social en salud mental desde esta perspectiva, implica reconocer que el padecimiento subjetivo no se configura únicamente por componentes subjetivos, sino que forma parte de un entramado social más amplio, donde las desigualdades estructurales inciden en dicho

padecer, evidenciando la necesidad de abordajes integrales, que tengan en cuenta este atravesamiento de lo económico, lo social, lo político y lo cultural.

En esta línea de ideas, resulta interesante recuperar lo expuesto por la referente del Centro Integral de Tratamiento de las Problemáticas de Consumo, en el espacio de entrevista, donde comenta lo siguiente:

Es muy difícil hablar de la enfermedad de las adicciones, siempre decimos lo mismo, cuando uno dice esa persona tiene cáncer, que es algo totalmente físico, tiene como un acompañamiento y tiene como un sostén dentro de la sociedad. Pero cuando uno habla acerca de esta persona que viene atravesando una adicción, hay una mirada muy prejuiciosa socialmente, entonces, también eso enferma a la persona. (...) Entonces se da cuenta de que es una enfermedad social, que la atraviesan un montón de cuestiones. En el contexto actual hay mucha deserción escolar, que lo ves en los más pibes, después en los adultos muchas situaciones de fragilidad económica, de vulneración de derechos, acceso, a un trabajo digno, a una vivienda digna, a dónde están insertos en las situaciones en las que viven, las relaciones que van teniendo vinculares afectivas, todo eso hace que una persona esté más propensa a enfermarse o que tenga mayores protectores a la hora de de cuidar la salud. (Nieto, entrevista personal, 2 de abril de 2025).

Por su parte, según Rozas Pagaza (2010), la Cuestión Social se configura a partir de un conjunto de contradicciones que el sistema no logra resolver, lo que genera y potencia diversas formas de desigualdad y exclusión. Según la autora, esto se imprime en la vida de los sujetos y marca las coordenadas del campo problemático, donde las expresiones de la Cuestión Social deben ser aprehendidas en toda su complejidad.

En suma, se puede decir que el padecimiento subjetivo no puede ni debe entenderse de manera aislada, sino como parte de un entramado de desigualdades estructurales que afectan a la vida cotidiana de lxs sujetxs. Donde se trata de problemáticas sociales complejas atravesadas por factores económicos, políticos, sociales y culturales que se configuran en la

subjetividad de lxs sujetxs en forma de padecimiento y donde la intervención del Trabajo Social debe comprender y ahondar sobre estas realidades desde un mirada integral e intersectorial.

3.2 Salud pública y seguridad social.

En el apartado anterior, se fue desarrollando la importancia de la Cuestión Social para pensar la intervención profesional. En este sentido se entiende que la intervención profesional en tanto campo problemático, es una construcción histórica y social que se desarrolla a partir de las expresiones de la Cuestión Social, las cuales afectan de manera directa la reproducción social de los sujetos. Dichas expresiones, actúan como obstaculizadoras para los actores sociales en el intento de satisfacción de sus necesidades, las cuales se expresan en demandas concretas. Estas, representan la forma en que la Cuestión Social se institucionaliza dentro de la esfera pública del Estado, por lo que este último, implementa decisiones y/o dispositivos institucionales orientados a equilibrar lo social y lo económico mediante políticas sociales (Rozas Pagaza, 2010).

En este orden y dirección, se puede decir que, sobre estas bases, surge la salud pública como modo de protección social. En relación a esto, Rozas Pagaza desarrolla que la asistencia social en tanto forma de intervención del Estado, en sus principios tiende a constituirse como política social que retoma ciertas prácticas y concepciones propias de la antigua beneficencia. Entre ellas, se encuentra la idea de peligrosidad, categoría que se ha desarrollado el capítulo anterior, la cual se utilizaba para clasificar a las personas que se encontraban por fuera del sistema de producción y que por tanto significaban un peligro para la reproducción del orden social.

De esta manera, la salud pública no solo se configura como forma de intervención del Estado para dar respuesta a la Cuestión Social, sino también como una herramienta de control social sobre aquella población que era considerada peligrosa. En este sentido, la salud mental

ocupa un papel protagónico en tanto que la misma históricamente fue configurada dentro de la categoría de peligrosidad al situarse por fuera de las lógicas productivas. Por consiguiente, se puede afirmar que la salud mental en el marco de la salud pública es una forma de protección social, y también se configura sobre una lógica de control de los cuerpos que en la mayoría de las veces genera estigmatización y segregación.

En línea con lo que se viene trabajando, resulta central los aportes de Fernández Soto (2005), quien desarrolla que las políticas sociales representan formas particulares de incorporar las demandas sociales dentro de la esfera pública, las cuales implican mecanismos institucionales para la atención a la Cuestión Social. A su vez, la autora sostiene que no todas las políticas sociales logran el mismo grado de desmercantilización, ni el mismo grado de integración social. En esta línea, la autora menciona tres tipos de políticas sociales, en primer lugar menciona la política de asistencia, la cual consiste en otorgar una ayuda mínima a aquellxs que no tienen medios para satisfacer sus necesidades, es decir que tiene una mirada residual y liberal del Estado; en cuanto a la política de seguro social, la misma cubre parte de su financiamiento bajo un porcentaje del salario de los destinatarios; por último, la política de seguridad social, se asienta en el principio de universalidad y tiene como fin promover procesos de desmercantilización, es decir que concibe a las necesidades como derechos sociales universales que deben ser garantizados por el Estado y no deben suplirse mediante la capacidad del individuo a través del mercado.

En esta línea, se puede decir que LNSM se inscribe bajo la lógica de seguridad social entendiendo que se basa en el principio de universalidad, es decir, busca garantizar derechos de las personas con padecimiento subjetivo y la desmercantilización de la atención en salud mental. Sin embargo, a fines de problematizar lo expuesto, resulta pertinente recuperar las voces de referentes de los dispositivos de salud mental del Hospital Regional. En cuanto a la referente del CIT, la misma desarrolla:

No podés pensar en una reinserción social si tenés al tipo o la mujer viviendo en situación de calle. No podés pensar en algo tan básico como, no sé, una medicación si el tipo está en situación de calle, ¿cómo acompañas, o cómo llevas esos procesos? (Nieto, entrevista personal, 2 de abril de 2025)

Por su parte, la referente del Centro de Día de Salud mental, en el espacio de entrevista comentó lo siguiente:

Hay una cuestión que es lo habitacional, que no está resuelto desde ningún ámbito, o sea, ya sea desde el municipio, desde la provincia, o sea, por ejemplo, vos tenés acá en comodoro, una casa hogar, que para ingresar a la casa hogar hay ciertos requisitos y aparte tienen plazas, entonces no todos pueden ingresar, ¿viste? Aparte de que también hay usuarios que están hace bastante tiempo y que todavía no se ha resuelto que se puedan, ya externar del todo (Huentequero, entrevista personal, 28 de marzo de 2025).

Por último, resulta significativo recuperar lo expuesto por la referente del Centro de Atención Primaria de Salud de Restinga Alí, quien relata la siguiente situación:

Cuando nos llega la derivación, describe toda una sintomatología compatible con un diagnóstico de trastorno mental, un trastorno mental severo, crónico, porque obviamente que sí bien tiene tratamiento y una posibilidad muy grande de estar estabilizado, se piensa como un poco de manera crónica. Cuando empezamos a entrevistar a la joven de aproximadamente 30 años, su padecimiento pasaba por otro lado, no hay sintomatología florida que se observe, sí, una angustia por lo que ella siente como una pérdida que es el trabajo, dejó de trabajar. En este caso, la joven lo que plantea es la pérdida de autonomía y ahí es donde el trabajo social lo que empieza a mirar es restituir derechos. (Chacoma, entrevista personal, 27 de marzo de 2025)

En función de lo anterior, cabe destacar que la cuestión de la autonomía es un campo fuertemente en disputa en la salud mental, en tanto que uno de los principales cuestionamientos que se hace al viejo paradigma asilar manicomial es justamente que se vulnera el derecho a la libertad, por lo cual uno de los principales objetivos que trae la LNSM

en tanto política pública es el fortalecimiento de la autonomía de lxs usuarixs, pero ¿qué sucede cuando estxs usuarixs libres y autónomos se encuentran insertos en un sistema capitalista donde quedan excluidos del mercado?

En Función de lo elaborado hasta el momento, se puede observar que a lo largo del proceso investigativo, un denominador común que surge en la mayoría de las entrevistas es la cuestión de la escasez de recursos la cual obstaculiza un abordaje integral de la salud mental, es decir que el Estado ofrece una política pública de seguridad social como lo es la LNSM, no obstante, la misma enfrenta limitaciones estructurales y presupuestarias que hacen que, en la práctica, el acceso a dicha política no sea realmente universal ni equitativo, sino más bien de carácter asistencial.

2.3 La salud mental en el contexto nacional actual.

En el contexto argentino, la gestión de gobierno actual se ha expresado en relación a la salud mental, de forma que ha generado descontentos y preocupación en gran parte de la población, especialmente de las familias y usuarixs de personas con padecimiento mental y demás actores sociales que defienden los derechos por la salud mental. Algunas de las cuestiones que configuran los discursos actuales son, la consideración de las internaciones involuntarias y el retorno de los monovalentes, como así también la intervención mínima del Estado en cuestiones como el suicidio y las problemáticas de consumo, lo cual implica una gran amenaza a la progresiva restitución y adquisición de Derechos.

Es por lo expuesto en el párrafo anterior, que resulta pertinente recuperar el escrito de Leonardo Gorbacz (2024), que se titula Salud Mental en Tiempos Libertarios, donde realiza un análisis acerca de la salud mental a la luz de la gestión de gobierno actual. El autor comienza su escrito abordando acerca de los determinantes actuales en salud mental donde expone acerca del desarrollo de las nuevas tecnologías de comunicación, lo cual, según el autor, esto ha permitido el acceso ilimitado a la información, sin discriminar sobre su

veracidad, asimismo se cree que esto habilita a la opinión y la crítica masiva. Todo esto desemboca en la construcción de nuevas subjetividades donde lo que prima son las interacciones basadas en la demanda de reconocimiento.

Por otra parte, Gorbacz desarrolla que a partir de la asunción del gobierno actual, la salud mental se vio fuertemente tensionada y en riesgo a raíz, no solo de los discursos del presidente de la Nación, sino también de los reiterados intentos de presentar una legislación mediante sesiones extraordinarias del Congreso de la Nación, que en lo competente a la salud mental, se identifican modificaciones tales como: la restitución del modelo manicomial, la rejudicialización de las internaciones, la habilitación de monovalentes y la subordinación de la interdisciplina al saber psiquiátrico.

Si bien estas cuestiones no han llegado a materializarse gracias al colectivo de actores sociales involucrados en la defensa y reivindicación por los derechos de la salud mental, la presidencia de la nación, ha configurado discurso como así también ha tomado decisiones que han impactado de forma directa en el campo de la salud mental, algunos ejemplos de esto son: la desregulación de la medicina prepaga, la baja de programas de apoyo financiero a las provincias, la desregulación de medicamentos, el desfinanciamiento de las obras sociales, la amenaza sobre la desregulación del sistema de prestaciones a personas con discapacidad y el corte en el otorgamiento de pensiones (Gorbacz, 2024).

En función de lo desarrollado hasta el momento, se advierte que los discursos y las políticas de gobierno llevadas a cabo en el contexto actual, constituyen una amenaza concreta a la salud mental y particularmente a la LNSM. La emergencia nuevamente de las lógicas manicomiales, el retorno de los monovalentes, la intervención mínima del Estado, evidencian un claro retroceso en función de la histórica adquisición de derechos producto de las luchas colectivas, como así también implica un golpe a los abordajes comunitarios, integrales que progresivamente se vienen construyendo. En este sentido, las nuevas lógicas del sistema de

gobierno, no solo obstaculizan la accesibilidad al sistema sanitario, sino que generan sociedades individualistas, lo cual genera un debilitamiento en los lazos sociales y la responsabilidad colectiva.

3.4 Intervención profesional en salud mental.

A partir de lo expuesto en los apartados anteriores, se vuelve imprescindible abordar acerca de la intervención profesional del Trabajo Social en el campo de la salud mental. La misma, no puede pensarse de manera aislada, sino que se entiende siempre de manera situada, en vinculación con las condiciones estructurales que configuran la trama social de lxs sujetxs. En este sentido, la Cuestión Social, las políticas públicas, las lógicas del sistema público de salud, los problemas sociales y la comunidad en su conjunto, conforman un campo complejo donde se despliega la intervención profesional.

Frente a esta complejidad, la interdisciplina se vuelve indispensable, en tanto constituye, en términos de Cazzaniga (2002), una herramienta necesaria y urgente para intervenir en lo social, especialmente en campos como la salud. De esta manera, lejos de ser solo una coexistencia de profesiones, lo interdisciplinario implica articular los diferentes saberes, con lenguajes, enfoques y marcos teóricos propios, en torno a un objeto común. Es decir que la interdisciplina en el campo de la salud mental, implica una construcción colectiva de sentidos y estrategias para construir intervenciones que reconozcan la multidimensionalidad de los padecimientos subjetivos, padecimiento que a su vez, está atravesado por cuestiones económicas, sociales, políticas y culturales, donde el Trabajo Social desde su matriz conceptual, resulta un actor central.

Por otra parte, resulta primordial resaltar el papel clave que adquiere la comunidad, la cual es entendida, según Rozas Pagaza (2001), como un espacio de producción y reproducción social, definido por su ubicación, el sentido de pertenencia y la construcción de lazos sociales. Se habla de ubicación en tanto que ocupa un espacio de territorio, lo cual le

otorga características de integración, posibilita una identificación consciente con el espacio y crea las condiciones para la construcción de lazos sociales. En este orden de ideas, la autora va a decir que la particularidad de la comunidad radica en aquellos grupos y subgrupos, que habitan un espacio determinado, marcados por condiciones de desventajas que afectan la integración social. En este sentido, se puede entender a la comunidad como el espacio donde se objetivan las manifestaciones de la Cuestión Social y la participación en la vida comunitaria constituye un conjunto de acciones de defensa y reclamo, es decir, de ejercicio de ciudadanía.

Retomando lo desarrollado en los capítulos anteriores, se puede afirmar que el campo de la salud mental, históricamente se ha caracterizado como un espacio de defensa y reclamo, siendo la presión por parte de la comunidad, en conjunto con otros actores sociales, lo que ha conseguido avances significativos en la defensa y reivindicación de los derechos de las personas usuarias. En este sentido, Aquín (2003) sostiene que las comunidades han desarrollado formas organizativas que les permiten sostener la reproducción de la vida cotidiana y reclamar por sus derechos, es decir que el ejercicio de la ciudadanía, está ligado al conjunto de acciones colectivas y la participación en el espacio público, puntualmente desde el territorio.

En este orden y dirección, no resulta casual que uno de los principales cambios impulsados por la Ley Nacional de Salud Mental haya sido la legitimación del Trabajo Social como actor clave en el campo de la salud mental. Su incorporación desde un rol protagónico, contribuye a los procesos de transformación y reorganización del sistema, desde prácticas situadas en el territorio que fomentan la construcción de ciudadanía, desde un posicionamiento ético-político comprometido con la defensa de los Derechos Humanos, la justicia social y la equidad.

Se considera de importancia construir desde el principio de trabajar con otrxs, implica ampliar la mirada y los conocimientos, que posibiliten repensar y reflexionar sobre el ejercicio profesional; sobre la pertinencia y profesionalidad de las intervenciones. Es por ello que la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072, menciona la jerarquización del trabajo social y con ello define sus funciones, fomentando su participación activa en la promoción, en la asistencia y la rehabilitación social de lxs usuarixs y grupos, aspecto fundamental para el abordaje en salud mental. Y con ello se realicen aportes a los procesos de reflexión y problematización, donde se tensionen y se visibilicen debates que sean enriquecedores para la práctica.

Según lo expuesto por Carballada (2012), la intervención profesional en el campo de la salud, en tanto aplicación de la política de salud como política pública, se presenta como una oportunidad para “entrelazar la protección, el lazo social y los problemas sociales, si es vinculada con una estrategia de recuperación de la historia, de lo colectivo, en sociedades fragmentadas, desde miradas singulares, desde donde surgen nuevos derechos a partir de nuevas necesidades” (p.9). De este modo, la intervención profesional brinda al sujeto un espacio de escucha, donde su palabra se resignifica y cobra sentido.

A su vez, el autor sostiene que, si bien es posible comprender la vida social a partir de las experiencias individuales, dichas experiencias adquieren sentido en el marco de lo colectivo, en tanto que la experiencia social es, en definitiva, comunitaria, por lo cual la intervención desde una perspectiva comunitaria, supone reconocer los lazos sociales, como elementos fundantes de ella (Carballada, 2023). Es así que la intervención del Trabajo social, se vuelve una vía de acceso para reconstruir los lazos sociales y generar nuevas formas de protección social, desde el territorio.

Sobre esta línea de ideas resulta interesante, recuperar lo desarrollado por Vezzetti quien considera lo siguiente:

Como garantía de derecho a la salud y al conjunto de los derechos sociales, la intervención desde el Trabajo Social debe promover la participación de la comunidad y facilitar su accesibilidad a los servicios y recursos existentes. Una estrategia posible es impulsar la creación o, si existen, incluirlas activamente y con compromiso en redes intersectoriales. (2006, p.9)

De esta manera, la autora propone la conformación de redes como un medio para la participación social en pos de restablecer vínculos solidarios y espacios de intercambio en pos de superar la fragmentación.

La red, es entendida por Vezzetti, como un sistema abierto donde se genera un intercambio dinámico entre los integrantes, que viabiliza la potenciación de los recursos que poseen y la creación de alternativas en pos de satisfacer sus necesidades. En definitiva, se puede decir que la construcción de redes, ya sea intersectoriales como plantea Vezzetti, o interinstitucionales, permite generar una respuesta integral frente a los problemas sociales, que, a su vez, fortalece la reconstrucción de los lazos sociales entre la comunidad y las instituciones.

Para el Trabajo Social, promover la construcción de redes, como así también la participación activa dentro de las mismas, requiere asumir un compromiso ético-político, desde un rol protagónico para fortalecer el ejercicio de ciudadanía, y la construcción de respuestas integrales que surjan desde, con y para la comunidad.

En este orden, se afirma que, en contextos marcados por la fragmentación, la exclusión y la desigualdad, las redes no solo permiten potenciar los recursos de la comunidad, sino que habilitan la construcción de sentidos y espacios colectivos, donde se organiza la demanda que busca disputar un espacio en la agenda pública. De tal modo, se puede decir que no debe pensarse a los trabajadorxs sociales como meros ejecutores de políticas públicas, sino que se vuelve imprescindible la presencia de los mismxs en las mesas de discusión donde se generan las políticas públicas, en tanto que aporta una mirada integral de la persona con sus

circunstancias y su realidad social, desde los principios Derechos Humanos, justicia social y responsabilidad colectiva, tal como lo plantea la Ley Federal de Trabajo Social.

Para cerrar, resulta oportuno recuperar las palabras de Galende (2014), quien afirma que la institucionalización de lxs sujetxs no implica únicamente la internación en instituciones manicomiales, sino la creación de un sujeto diferenciado, y se podría agregar estigmatizado, por el orden jurídico, junto con la intervención de la psiquiatría que decanta en la privación de su libertad por una adjudicación de presunta peligrosidad. En este sentido, pensar en la desinstitucionalización del sujeto que padece, implica avanzar sobre la recuperación de un sujeto de derechos, a partir de la deconstrucción de ese sujeto psiquiátrico que construyó el modelo médico hegemónico.

Asimismo, el autor sostiene que no hay que conformarse con la mera sanción de una ley, de modo que por sí sola, la misma no garantiza la institucionalización efectiva de una política social. Si bien la ley constituye un marco normativo fundamental, la misma permanece en un plano abstracto si no logra incorporarse en la consciencia colectiva ni transformar las prácticas cotidianas. De esta manera, para que una política pública tenga impacto real, es necesario trabajar en el territorio, con la participación activa de las personas usuarias dentro de la comunidad (Galende, 2014). Es decir que, para una integración real y concreta, se requiere, no solo el reconocimiento legal, sino también procesos de empoderamiento y participación que posibiliten a lxs sujetxs a ejercer un rol protagónico en la transformación de su realidad.

Consideraciones finales de capítulo.

En función de todo lo expuesto se puede decir que la salud mental hoy, se ve afectada por distintos atravesamientos que son ajenos a lo sintomatológico, sino que están vinculados a las desigualdades estructurales propias del contexto económico, político y social en el que se inscribe. En donde la LNSM representa un avance significativo en tanto forma de

intervención del Estado para dar respuesta a la Cuestión Social desde un modelo de seguridad social basado en el reconocimiento y restitución de derechos, sin embargo, su aplicación plena se ve obstaculizada por una lógica asistencial que da respuesta a situaciones de urgencia, en un contexto en el que el Estado no provee de los recursos necesarios para garantizar un abordaje integral de las demandas actuales en salud mental, que favorezca la integración social, la autonomía, como así también la dignidad de las personas, desde un principio de universalidad.

Posibles líneas de acción.

A raíz de lo desarrollado a lo largo del trabajo investigativo, se ha podido observar que la intervención profesional en el campo de la salud mental, se encuentra atravesada por un entramado complejo que involucra las normativas institucionales, la comunidad, la subjetividad de la demanda y las tramas familiares. En este sentido, el rol del trabajo social se posiciona desde la ética profesional, con una mirada crítica, orientada por el paradigma de los Derechos Humanos, que busca el fortalecimiento de la autonomía de lxs usuarixs en pos de una integración plena en la comunidad, que posibilite la reconstrucción de lazos sociales para el ejercicio de la ciudadanía.

Desde esta línea de pensamiento, el Trabajo Social tiene un arduo recorrido por delante, que requiere su inserción en el seno de la comunidad, generando espacios colectivos de escucha, dando lugar a la palabra de las personas usuarixs como protagonistxs, donde no solo se ponga como tema de interés la demanda, sino también todos los recursos con los que cuenta la comunidad, ya sean materiales o simbólicos, es decir, que permita potenciar a esxs sujetxs, en función de su historia, sus experiencias y sus matrices de aprendizaje.

A su vez, no se puede pensar en un trabajo individual, sino que requiere del compromiso de la sociedad en su conjunto, con la participación de todos los actores, por lo cual es fundamental trabajar en la construcción de redes, intersectoriales, interinstitucionales e interdisciplinarias, que permitan articular respuestas integrales y sostenidas en el tiempo.

Estas redes deben favorecer el acompañamiento de los procesos subjetivos desde una lógica de cuidado, inclusión y restitución de derechos, rompiendo con prácticas fragmentadas y asistencialistas y entendiendo que los padecimientos mentales no responden únicamente a la carga sintomatológica devenida en diagnóstico, sino que su origen se encuentra en la vida social de lxs sujetxs, conjugado cuestiones vinculadas a lo habitacional, lo socio laboral, lo familiar, lo económico y cultural. Por lo tanto, el Trabajo Social tiene un rol clave como

articulador, facilitador y promotor de estrategias que apunten a la transformación del modelo de atención, desde una perspectiva integral, comunitaria, de ciudadanía y de justicia social.

Por último y no menos importante, se considera necesario seguir incentivando la producción de conocimientos en torno a la salud mental desde una perspectiva crítica, situada y comprometida con los derechos humanos. Para ello, resulta fundamental habilitar y fortalecer líneas de articulación entre los espacios de formación y las instituciones del sistema de salud, reconociendo que estos últimos son ámbitos concretos donde lxs futurxs profesionales desarrollarán su práctica.

En esta línea, se propone pensar espacios de producción y circulación de conocimiento, donde se posicione la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, como institución de transferencia, ya sea mediante proyectos de investigación, proyectos extensionistas, (conversatorios, jornadas de investigación, mesas de debates), donde se pueda articular la teoría y la práctica desde la interdisciplina y la intersectorialidad, nucleando con las facultades de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud y Ciencias Jurídicas, como así también con la Dirección de Orientación Educativa y la Secretaría de Bienestar Universitario.

Dicha articulación no sólo representa un aporte significativo al campo disciplinar y las intervenciones en salud mental, sino que también enriquece la formación profesional mediante el contacto directo con las dinámicas institucionales, la población y el territorio. Es decir, se trata de un proceso dialéctico, donde lo empírico y lo académico se retroalimentan, posibilitando la construcción de miradas integrales, críticas y comprometidas con los procesos de transformación.

Conclusiones.

A lo largo de la presente Tesis, se ha investigado acerca de la intervención profesional del Trabajo Social en salud mental en el ámbito de la salud pública hospitalaria, pudiendo indagar acerca de los aportes y desafíos que presenta la misma en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en el contexto actual. Para ello, la investigación estuvo situada en la ciudad de Comodoro Rivadavia, con un recorte temporal que comprende los periodos 2024 y 2025.

La estructura de los capítulos, estuvo diseñada en función de los objetivos propuestos, que se desprenden de las preguntas de investigación. Los mismos, fueron alcanzados satisfactoriamente permitiendo el desarrollo articulado entre la línea teórica y empírica, favoreciendo a la construcción de una mirada integral en relación a la temática abordada, posibilitando identificar los avances, como así también las tensiones y desafíos que quedan por delante en torno a la salud mental. Asimismo, permitió conocer de manera situada, la realidad institucional en la que se despliega la intervención profesional, tanto con sus propias potencialidades como también con sus limitaciones en tanto profesión que se inscribe en la división social y técnica del trabajo.

En principio, se pudo indagar acerca de la construcción socio histórica acerca del campo de la salud mental, logrando dar cuenta que el mismo estuvo históricamente tensionado, atravesado por los contextos sociales, políticos y económicos de cada época lo que devino en múltiples transformaciones, tanto en la forma de entenderlo, como así también en la forma de entender al sujeto que padece. En este recorrido, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 representó un punto de inflexión, al inscribir a la salud mental como un derecho humano fundamental y promover un modelo de atención integral, comunitario, interdisciplinario y centrado en la restitución de derechos.

A raíz de la inserción en el territorio, realizando observaciones no participantes, tomando registro, y realizando entrevistas abiertas y semiestructuradas, se pudo conocer y describir los dispositivos y recursos comunitarios con los que se trabaja desde el sistema público hospitalario para la rehabilitación psicosocial de las personas con padecimiento mental. Para ello, se realizó un recorrido histórico situado en la ciudad de Comodoro Rivadavia, que permitió contextualizar el despliegue de los lineamientos normativos en la ciudad y particularmente en el Hospital Regional. Los ejes centrales fueron, el marco normativo vigente y su aplicación en clave local, y la reconfiguración del departamento de salud mental con la progresiva implementación de los nuevos dispositivos de atención.

Del análisis del trabajo de campo se desprende que la implementación del nuevo paradigma, dista de ser un proceso lineal o acabado, sino que, por el contrario, persisten lógicas de fragmentación, como lo demuestra la conformación del nuevo organigrama del hospital, que propone un desplazamiento de una red asistencial a un sistema centralizado estructurado en divisiones.

Por otra parte, se observa que, a pesar de los avances significativos en materia de derechos, aún persiste una brecha entre lo discursivo y lo empírico. La recentralización de los servicios, la fragmentación del sistema como forma de resistencia institucional al paradigma de salud mental comunitario, el desfinanciamiento de las instituciones y la intervención mínima del Estado configuran un escenario complejo, que obstaculiza alcanzar un modelo de atención integral, desde el territorio que posibilite el acompañamiento en la adquisición progresiva de autonomía y la integración en la comunidad de las personas usuarias.

Lo mencionado en el párrafo anterior, deja en evidencia algunos de los principales desafíos que atraviesan la intervención profesional en el campo de la salud mental comunitaria, en el marco de la salud pública. Por último, se lograron analizar las diversas líneas de acción e intervención que desarrolla la profesión, destacando su participación en

equipos interdisciplinarios y su rol en la promoción del acceso a la salud mental como un derecho y potenciación del trabajo en red para el fortalecimiento de lazos sociales, la democratización de las relaciones sociales y el ejercicio de la ciudadanía.

Como se ha mencionado, la intervención profesional se desarrolla en todos los sectores que conforman el departamento de salud mental y adicciones, cubriendo desde la atención en urgencias, el acompañamiento en procesos de externación, la rehabilitación psicosocial, hasta los cargos de dirección y coordinación. A partir del trabajo de campo, se pudo identificar entre las principales tareas, el diseño de estrategias de intervención situadas desde la singularidad, tanto individuales, familiares, grupales y comunitarias, asimismo se realiza la articulación con las distintas políticas públicas que contribuyen a mejorar la calidad de vida de lxs sujetxs por lo que se trabaja de forma articulada, con las áreas de educación, justicia y desarrollo social y demás dispositivos comunitarios.

Desde una perspectiva interdisciplinaria, lxs profesionales de Trabajo Social aportan una mirada integral que comprende, todos los factores que atraviesan a las personas dentro de la vida social, por lo que se tiene en cuenta factores ambientales, económicos, los vínculos sociales y el uso y acceso de sus derechos, haciendo una lectura situada desde lo territorial.

Por otra parte, resulta oportuno destacar que, en el transcurso del trabajo investigativo en torno a la salud mental, fue necesario replantear algunas cuestiones metodológicas que posibiliten la viabilidad de la misma. Por lo tanto, se reitera lo mencionado en las posibles líneas de acción propuestas, considerando que es fundamental habilitar y fortalecer líneas de articulación entre los espacios de formación y las instituciones del sistema de salud, en tanto que no solo contribuye significativamente al campo disciplinar, sino que permite interpelar las prácticas profesionales desde una mirada crítica.

Se cree que dicha articulación resulta sumamente significativa para enriquecer los procesos de enseñanza aprendizaje, estimular la producción de conocimiento de forma

colectiva y favorecer a una formación comprometida con las realidades sociales de las personas que atraviesan un padecimiento mental.

Por todo lo expuesto se concluye que el aporte del Trabajo Social en el campo de la salud mental es muy amplio y resulta crucial, siempre y cuando asuma su intervención desde un compromiso ético y político con la sociedad, fortaleciendo la construcción de redes comunitarias que viabilicen la integración social, así como el acompañamiento y la construcción de espacios de escucha, que permitan hacer una lectura de las tramas sociales donde se inscribe ese padecimiento, habilitando la palabra de quienes han sido históricamente silenciados y construir en conjunto alternativas transformadoras que posibiliten el empoderamiento de dicha población, para una vida digna, autónoma y en la comunidad.

Referencias Bibliográficas.

- Abramovich, V. (2006) Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, (88), 35-50.
- Anakainosis S.A (2021) Propuesta de adecuación a la ley 26.657
- Anastrofe de Ment-San S.R.L (2020), Plan de adecuación de la Institución Anastrofo de Ment- San S.R.L.
- Ardila Gómez, S y Galende, E. (2011) El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Salud Mental* <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/194415> y Comunidad, 39-50.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Aquín, N. (2003). El trabajo comunitario en las actuales condiciones: Fortalecer la ciudadanía. Ensayo sobre ciudadanía. Reflexiones sobre el Trabajo Social. Editorial: Espacio.
- Barría Oyarzo, C. (2022) Salud y nación en las tierras del sur Una aproximación histórica a la construcción de la salud como bien público del Estado-nación en Comodoro Rivadavia (1900-1970). *Textos y Contextos Desde el Sur*, (10), 213-239.
- Basaglia, F. (2008). Poder y violencia en el hospital psiquiátrico. En F. Basaglia, (Ed.), *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio* (pp. 99- 110). Topía.
- Bianchi, E. (2019). Ciencias sociales, salud mental y control social. Notas para una contribución a la investigación. *Salud mental y comunidad*, 6(7), 12-28.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/159407>

- Carballeda, A. (2012) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen: revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (65), <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>
- Carballeda, A. (2018). La palabra, la mirada y la escucha en los procesos de formación profesional. La entrevista como espacio de encuentro en la intervención del Trabajo Social. *Margen: Portal de Trabajo Social y Ciencias Sociales*.
- Carballeda, A. J. M. (2023) La intervención en espacios microsociales en A. J. M. Carballeda (Ed.), *La intervención en lo social* (Margen ed., pp. 125-148)
- Cazzaniga, S. (1997). Metodología. El Abordaje desde la Singularidad (ficha de cátedra) Tipo: ficha de cátedra (cuadernillo). Editorial: facultad de Trabajo Social.
- Cazzaniga, S. (2002) Trabajo Social e Interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Margen: revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (27).
<https://www.fhycs.unam.edu.ar/carreras/wp-content/uploads/2017/03/Trabajo-Social-e-interdisciplina-autor-SUSANA-CAZZANIGA.pdf>
- Chacoma Silva, R., Quispe Aravena, M., Viegas Bordeira, S. (2021) Continuidad de atención: ¿derivación o deriva? (Informe). Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria. <https://es.scribd.com/document/525663556/Continuidad-de-Atencion-Derivacion-o-De-riva>.
- Colegio de Profesionales de Trabajo Social de Entre Ríos. (2022). *De la historia de nuestras prácticas y el campo de la salud mental*. COPTSER. <https://cotser.org.ar/de-la-historia-de-nuestras-practicas-y-el-campo-de-la-salud-mental-%EF%BF%BC>
- Congreso de la Nación. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina, 03 de diciembre de 2010.
- Conti, N. A. (2011) El positivismo en Argentina y su proyección en Latinoamérica. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 22(98), 271-280.

- Conti, N. A. (2022). La organización del Estado y el control de la locura en Argentina. Del Hospicio de las Mercedes al Hospital José Tiburcio Borda. En A. Ríos Molina y M. Rupertuz Honorato (Ed.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (pp. 317-358). Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Históricas/Sílex Ediciones.
- Darget, M. S. y Pedernera, A. D, (2021) la intervención del Trabajo Social en los Consultorios Externos del Hospital Especializado en Salud Mental Dr. Braulio Moyano.
- De Lellis, M. (2018). El movimiento de Salud Mental: una aproximación histórica y crítica. Material de cátedra. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Donzelot, J. (1990). Gobernar a través de la familia. En J. Donzelot, (Ed.), *La policía de las familias* (51 – 98)
- Faraone, S., Valero, A., Bianchi, E., Mantilla, J. y Tamburrino, C., (2009) El proceso de desinstitucionalización en salud mental. Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983). XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.
- Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad*, (3), 29–40.
- Faraone, S., Valero, A. S. y Torricelli, S. (2023) Fundamentos de la salud mental comunitaria en A. D. Wilner y F. Torricelli (Ed.), *Praxis en Salud Mental, Abordajes y Procesos de Cuidado* (pp. 135-165). Ediciones UNLa.

- Fernández Soto, S. (2005). Políticas sociales, ciudadanía y espacios públicos. “El Trabajo Social y la cuestión social. Crisis, movimientos sociales y ciudadanía. Editorial: Espacio Editorial.
- Freytes Frey, M. I., y Zelaya, S. (s.f.). *Experiencia de transformación institucional en la red de salud mental de la Provincia del Chubut*. Revista Topía.
- Galende, E. (1990) Los movimientos de psiquiatría institucional. En. E. Galende (Ed.) *Psicoanálisis y salud mental* (pp. 139- 184)
- Galende, E. (2008). Los fundamentos de salud mental. En *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser* (pp. 137-188). Lugar Editorial.
- Galende, E. (2014) Accesibilidad y lógica de las intervenciones en salud. En A. Arias, B. García Godoy y R. Manes (Ed.), *Debates en torno a la construcción de institucionalidad, aportes para la reconstrucción de lo público* (41-49)
- García, C. (2022) Proceso de implantación de la Ley Nacional de Salud Mental (26657) en el Servicio de Salud Mental y Adicciones de Puerto Madryn (2008 – 2018) [Tesis de maestría, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco].
- Gorbacz, L. (2024) Salud Mental en tiempos libertarios. *Salud Mental y Comunidad*, (16), 174–181.
- Hermosilla, A. M. y Cataldo, R. (2012), Ley de salud mental 26.657, antecedentes y perspectivas. *Revista latinoamericana de ciencia psicológica* 4(2), 134-140.
- Iamamoto, M. (2003) Trabajo y Servicio Social: el redimensionamiento de la profesión frente a las transformaciones societarias recientes. En M. Iamamoto (Ed.), *El Servicio Social en la Contemporaneidad. Trabajo y Formación Profesional*. Cortez Editora

- Lodieu, M. T., Longo, T., Nabergoi, M. y Sopransi, B. (2012) La construcción del campo de la salud mental en la Argentina. En E. Galende (Ed.) *Fundamentos de la salud mental comunitaria y estrategias comunitarias* (pp. 1-68)
- Mallardi, M. y Ferreira, M. (2013) Cuestion Social y Servicios Sociales: aproximaciones a sus fundamentos e implicancias para el Trabajo Social. *Perspectivas Sociales*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/1154>
- Marx, K. (2004) “La acumulación originaria”, en *El Capital*, capítulo XXIV, Buenos Aires: Siglo XXI. Disponible en: <https://www.marxists.org/espanol/m-e/1860s/eccx86s.htm>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2023). *Plan Nacional de Salud Mental 2023–2027*.
- Municipalidad de Comodoro Rivadavia. (2024). *Resultados Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares 2022*. Dirección General de Modernización e Investigación Territorial.
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
- Organización de los Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Provincia del Chubut. (2008). *Ley I N.º 384: Adhesión a la Ley Nacional N.º 26.657 de Salud Mental*. Boletín Oficial de la Provincia del Chubut.
- Provincia del Chubut. (2019). *Ley I N.º 648: Aprueba el Plan Provincial de Salud Mental*. Boletín Oficial de la Provincia del Chubut.

- Ricciardi, C., Ojeda, M., Fernandez, A. (2006) El rol del Trabajo Social en la salud mental infanto juvenil en L. Barg (Ed.), Lo interdisciplinario en salud mental. Espacio.
- Rotelli, F., De Leonardis, O., y Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(2), 165–174.
- Rozas Pagaza, M. (2001). *Ficha de Cátedra N° 2: Resignificando un concepto de comunidad en relación a la cuestión social contemporánea* [Mimeo]. Escuela Superior de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.
- Rozas Pagaza M. (2001). La intervención profesional en relación con la cuestión social. Editorial: Espacio.
- Rozas Pagaza M. (2010). Intervención profesional un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedadv contemporánea. Editorial: Revista O Social en Questao.
- Stagnaro, J. C. (2006) Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos, del asilo a la comunidad. *Vertex*, XVII (65), 28-41.
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012) Conceptualizando la Salud Mental en las practicas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatria*, (XXIII). 57 – 67
- Stolkiner, A. y Rosales, M. (2023) Fundamentos de la salud mental comunitaria en A. D. Wilner y F. Torricelli (Ed.), *Praxis en Salud Mental, Abordajes y Procesos de Cuidado* (pp. 7-32). Edicioes UNLa.
- Trabajo Social Ley 27.072. Ley Federal del Trabajo Social. Sancionada: Diciembre 10 de 2014. Promulgada: Diciembre 16 de 2014.
- Vasilachis, I. (2006) Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa

- Vezzetti, M. (2006) *Una apuesta contra la fragmentación*. EduMargen.

Anexos.

Anexo N° 1

Entrevista a la Licenciada Gladys Díaz, Trabajadora Social del dispositivo de internación del Hospital Regional.

Fecha: 19/04/2023

Lugar: dispositivo de internación del Hospital Regional

Entrevistadora: Luciana Valdebenito.

Hora de inicio: 14:35 hs.

Hora de finalización: 15:15 hs

Objetivo: La presente entrevista tiene como objetivo, conocer cómo se lleva a cabo la ejecución de la Ley de Salud Mental como política pública dentro del Hospital Regional. Así también, comprender el funcionamiento del dispositivo de internación de salud mental y la conformación de los equipos de trabajo. Así mismo, pretende conocer el aporte del Trabajo Social en los procesos de externación.

¿Qué implicó la implementación de la Ley de Salud Mental dentro de la dinámica de trabajo del lugar? ¿Trajo aparejado algunos cambios?

En realidad, es todo muy amplio. Primero vamos a plantear por qué en lo personal a mí no me impactó la implementación de la Ley de Salud Mental, y esto tiene que ver con la formación que tiene uno.

Yo me recibí hace muchísimos años, en el 89' en La Plata. En aquella época era Escuela de Trabajo Social y dependíamos de la Facultad de Medicina, así que he tenido mucha formación en el ámbito de la salud.

Después luchamos como estudiantes y logramos la Facultad de Trabajo Social en la Universidad de La Plata y llegamos a la Licenciatura. Estas son ventajas de estar formada dentro de lo que es la Facultad de Medicina, que teníamos mucha epidemiología, había mucho sociología, mucho de lo que tiene que ver con investigación sanitaria, así que eso facilitó. Y lo otro que me dio muchísimas herramientas y que por eso no me impactó, si vos me preguntas a mí, es que yo hice la residencia en salud; era la primera vez que había residencia en el país, en la provincia de Buenos Aires, hiace año 91', 92' y 93', en tres años hice la residencia.

La residencia se constituye en 4 hs de actividad profesional y 4 hs de docencia, entonces esto me facilitaba hacer un abordaje de lo teórico a partir de la práctica pero in situ, así que es una ventaja terrible.

Nuestra residencia era en aquella época del ministerio de acción social y salud, y la hacíamos en el CAPS que ellos llaman Unidad Sanitaria de Buenos Aires en aquel momento, en Barrio Obrero en Berisso, donde trabajamos conjuntamente con el equipo de salud. Eso a mí me marcó.

La Ley de Salud Mental es una herramienta que necesitó escribirla para que otros digan "así se debe trabajar", esa es la verdad. Pero si cuando es tu concepción ideológica instrumentada en lo profesional...

Porque ¿Qué habla la Ley de Salud Mental? habla primero de no institucionalizar, que en eso vamos a coincidir, habla en trabajar fuertemente la ley territorial que vamos a coincidir, el tema de incorporar a la familia en todos los tratamientos que en eso vamos a coincidir cualquiera de nosotros, te habla de agotar todas las instancias en lo territorial para después intentar o que vaya a una residencia de salud mental. Es decir, se trabaja en la Ley de Salud Mental todo lo que tiene que ver con la promoción y prevención primaria de la salud. Con esa línea difícilmente un Trabajador Social esté en desacuerdo.

Nosotros en Salud Mental trabajamos fuertemente en lo que es el sistema de apoyo, que lo marca la Ley de la Convención Internacional de las personas con discapacidad. Acá lo que tenemos que ver es que nosotros decimos "La ley de salud mental", pero no es lo único; está atravesado por otras leyes que las precede. En el caso de la provincia del Chubut, está muy adelantada en leyes que no significa que la ejecución sea adelantada.

La Ley de salud mental está atravesada por la Ley de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes, por la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, y obviamente con todo lo que tiene que ver sobre las convenciones de derechos humanos. Y después aparecen otras que tienen que ver con la identidad de género, o sea, no podemos hablar de la Ley de Salud Mental sola.

Respondiendo a tu pregunta de cómo impactó, te brinda un marco regulatorio, normativo, pero que a nosotros como Trabajadores Sociales ideológicamente pensamos así. Eso en cuanto impacto de lo profesional.

Después si decimos ¿cómo se implementa? y... obviamente la implementación de políticas públicas conforme a esta Ley, deja mucho que desear, porque para que nosotros podamos brindar esta intervención a través del sistema de apoyo, fortalecer, obviamente faltan bastantes recursos, faltan Trabajadores Sociales, faltan Psicólogos y Médicos Psiquiatras porque es un abordaje integral.

Eso por un lado, desde el déficit de la política pública, lo que es la incorporación de recursos humanos. Obviamente lo que tiene que ver con la instauración de instituciones que acompañen estos procesos, centros de día, residencias de medio camino, eso falta.

Y lo otro es que nosotros tenemos que recordar que la salud pública es todo, lo público y lo privado. La verdad es que hay un déficit muy grande en lo que tiene que ver con las obras sociales. Hoy por hoy el Hospital Regional es el único que brinda intervención en las situaciones de urgencia. Es decir, tengas obra social o no tengas obra social, terminas en esta guardia porque no hay otra guardia, el Hospital Regional cubre todo lo que es Comodoro Rivadavia, Rada Tilly, Sarmiento, Río Mayo, Río Senguer, Facundo, Paso del Sapo, Beleiro, todo eso nosotros le llamamos área programática, es decir, toda tu área de referencia del Hospital Regional.

Entonces, el déficit de las políticas públicas tiene que ver, con recurso humano, tiene que ver con que el sistema público se hace únicamente cargo, el ámbito público estatal, porque las obras sociales no están interviniendo en esta línea. Y lo otro que está faltando de las obras sociales es el abordaje integral; vos vas a un psicólogo en privado y no significa que tengas un abordaje integral. Te ve el psicólogo 40 minutos y terminó, nadie te pregunta si tu hijo está bien, si es posible esto, si es posible aquello, que otros factores sociales (que eso sí nos interesa a nosotros), impactan en la salud, eso en lo privado no se ve. Nosotros tenemos otra forma de intervenir en esta situación.

Así que como te dije, personalmente no tuve ningún impacto con la Ley de Salud Mental, sino que me dio un marco normativo para ejercer lo que uno venía haciendo.

Después de las políticas públicas, hay déficit en recursos humanos y infraestructura específica y lo que falta es un compromiso y un involucramiento desde un abordaje integral desde el ámbito de las obras sociales que tiene que ver con lo privado.

Después podemos agregar como otro punto, los medios de comunicación, de cómo abordan las situaciones que sería bueno que se trabaje más, más trabajo institucional, de red, con las escuelas, brindar herramientas a los actores sociales y sociales, uniones vecinales, grupos, eso no hay, no como política pública.

El aporte del Trabajo Social en los procesos de internación, es sumamente importante por esto que yo te mencionaba, nosotros tenemos el sistema de apoyo. Para que veas como es el circuito:

- Una persona ingresa en situación de urgencia a la guardia se lo evalúa clínicamente y signos vitales. Después cuando ya se cumple eso en la guardia, se convoca al equipo de salud cuando es una situación que amerita intervención de salud mental. Si resulta aparejado con el área de Neurología se trabaja en conjunto con el área de neurología, o traumatología, o ginecología o pediatría.
- Nosotros hacemos guardia, un trabajador social, un psicólogo y un médico psiquiatra. Se evalúa integralmente al paciente y a la familia. Se trabaja con ellos y de acuerdo a si nosotros evaluamos que hay un riesgo cierto o inminente, se ingresa al dispositivo de internación de salud mental. Si nosotros vemos que no hay un riesgo para sí o terceros, pero además tiene una familia que acompaña, hay un factor de protección, no vienen a internación. O sea, hay una evaluación clínica, una evaluación psiquiátrica y una evaluación contextual y de acuerdo a eso se toma una definición.
- Cuando ingresan a la guardia, hay dos formas de ingresar, de forma voluntaria o involuntaria. Un gran porcentaje es involuntario, involuntario porque el paciente no está reconociendo que está en riesgo.
- Una vez que se ingresa, se le arma su legajo y los primeros días son todas situaciones para compensar que lo hace el médico psiquiatra, y en él mientras tanto vamos evaluando y charlando con la familia.

Las internaciones son como dice la Ley de Salud Mental, son el último recurso, entonces como son el último recurso, es la última instancia, también se está internado pero no permanente sino es un periodo nada más. Y después ya es el proceso de evaluación, se evalúa y se van viendo cuales son todos los factores de protección, para crear un sistema de apoyo. Se evalúa si tiene obra social, si no tiene obra social, si tiene pensión, si no tiene pensión, con quién vive, quién le va a administrar la medicación, quién lo va a acompañar a hacer las actividades, quién lo va a acompañar a dispositivos externos. Y acá es donde nosotros vamos

a hacer un fuerte trabajo en lo que es el sistema de apoyo, es decir, por ejemplo un paciente tiene que tener su turno con su médico psiquiatra afuera, externo, todo afuera (ese proceso de internación acá es lo mínimo), entonces un médico psiquiatra, su equipo completo afuera (psicólogo, trabajador social, en el área externa), se hacen derivaciones todo, se explica cómo es la situación y se trabaja fuertemente la familia.

Nosotros lo que explicamos es que el paciente no tiene que volver a ingresar. El paciente tiene nuevamente un ingreso cuando hay abandono del tratamiento, es decir cuando no se cumplió con las indicaciones. Por eso que el plan de externación nosotros lo vamos haciendo como un proceso.

Nosotros vamos a hacer un plan de externación una vez que ya esté evaluado, diagnosticado, que hay medicación que tiene que tomar, entonces van a un plan de externación mientras están acá, para lo cual se les hace permiso de salida por ejemplo diarias de 14 a 17hs, entonces viene la familia, lo retira, sale toma mate y vuelve, así dos o tres días y después ya al cuarto día se habilita para que vaya a pernoctar a la casa; entonces va, está con la familia, vuelve al otro día y se evalúa a ver cómo fue, si estuvo bien, si pudo dormir bien, si tuvo dificultades, y después se empieza a pensar la externación y esto que te digo del sistema de apoyo.

El sistema de apoyo es un equipo externo, (psiquiatra, psicólogo, trabajador social) y otros especialistas como es en el caso del consumo de sustancias, donde hay dos dispositivos específicos (CIT zona norte y CIT zona sur), o sea que la red está constituida por, esta red asistencial que es el equipo interviniente de psicólogo, psiquiatra, trabajador social y otros como ser operadores, talleristas, eso todo es parte del equipo asistencial, la otra pata del sistema de apoyo son los operadores, son operadores porque acompañan, pueden ser cuidador o acompañante terapéutico y después la familia, y esta familia inclusive tiene que tener su propio tratamiento para ver cómo actuar ante determinada circunstancia.

La red asistencial lo que hace es que le brinda herramientas al operador de apoyo y a la familia, como proceder ante determinados hechos y después tenemos la otra pata, es la tercera pata además de la red asistencial, (es como que la red asistencial regentea todo), tenes las instituciones que se dedican a actividades (los gimnasios, los club, un cpb, una escuela. ¿Se entiende?

Entonces tenés:

- La red asistencial
- El sistema de apoyo, intermediario,nexo, que es el operador de apoyo
- La red familiar, saludable... Esto si hay que marcarlo
- Y tenes la red comunitaria

¿Se entiende esto cómo sería? Nosotros decimos que el sujeto es un sujeto social con derechos, entonces en esos derechos entra todo eso, ahí se conjuga todo, la red asistencial, la red comunitaria, la red familiar y el sistema de apoyo que es el que viene a denunciar un montón de cosas que ocurren, porque te dicen si no cumple horario, si no se higieniza, no toma la medicación, no se alimenta, hay conflictos familiares, o sea que a través del cuidador es que nosotros tenemos información. Y eso sería todo.

Me habías mencionado algunos dispositivos externos, ¿Me podrías comentar cuales son los dispositivos que el Hospital tiene en relación a lo que exige la Ley? ¿Cuántos son?

Nosotros decimos que los dispositivos conforman la red asistencial, y ahí tenes:

- El área externa que decimos nosotros, que son los CAPS (tenemos CAPS zona sur y CAPS zona norte)
- Después tenes los CIT que también es área externa, que son Centros Integrales de Tratamiento de consumo sustancias. Tenes Zona norte y Zona sur
- Después lo que tenes es un Centro de Día de salud mental, dentro de un equipo con actividades, talleristas, y un equipo profesional de todas las disciplinas, que también tiene actividades familiares.
- Residencial de Salud Mental, son poquitas camas, son unas 8. Este es el que se llama “Casa Hogar”
- Dispositivo de infante, también están las tres disciplinas y es para menores de 15 años. Esto es como la internación, entonces de acuerdo a la evaluación, al diagnóstico, vos lo derivas. Y en los CAPS no se trabaja únicamente con salud mental, trabaja con ginecólogo, pediatra, trabajadora comunitaria.

Nosotros decimos que cada paciente es singular, los planes de externación son singulares.

¿Hace cuánto está vinculada laboralmente al área de Salud Mental del Hospital Regional?

En el área de Salud mental estoy desde el año 2007, fui coordinadora del CIT zona sur y zona norte, después fui coordinadora de salud mental en la cordillera, volví a trabajar en los CAPS, y ahora en internación.

¿Cómo podría evaluar la dinámica de trabajo antes y después de la Ley ¿Qué es lo que cambió?

y, yo creo que cambio bastante, sobretodo para el área de la psiquiatría, en esto de tratar de no internar tanto a la gente, de tratar de externar, pero fundamentalmente el cambio fue hacia la comunidad, porque todo el mundo pretende o cree que la persona una vez que entra a la guardia se tiene que quedar acá.

Entonces nuestra tarea es decir mire: se va a diagnosticar, se va a evaluar, y se va a presentar un plan de externación. y eso lleva un tiempo, pero no quiere decir que la persona se va a quedar acá. Porque tiene que ver con la construcción de lo que es la salud mental, eso si bien ha cambiado, persisten algunos prejuicios o conceptos, pero para eso estamos, para explicar y desandar ese camino.

¿Ha pasado o sigue pasando que existan internaciones muy prolongadas?

Si, cuando yo te digo que vos me preguntaste, que hay cuestiones con la política pública no resuelta y tiene que ver la infraestructura, esa es una de ellas. Nosotros tenemos pacientes deberían irse pero que no tienen a donde, por cuestiones del área de salud. Pero no es porque la gente no esté en condiciones de irse sino porque no está generada la infraestructura sanitaria.

Anexo N° 2

Entrevista a referente histórico del ex área de psiquiatría del Hospital Regional. Médico psiquiatra y psicoanalista: José Luis Tuñón

Fecha: 17/03/2025

Entrevistadora: Luciana Valdebenito.

Hora de inicio: 10:05 hs.

Hora de finalización: 10:50 hs

Objetivo: Indagar acerca de las transformaciones y reformas que han suscitado en el sistema de salud mental del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia

Luciana: lo que estoy haciendo ahora es un recorrido histórico de lo que fue, digamos, el sistema de salud antes y lo que es hoy. Entonces, yo sé que usted trabajó en el hospital eh antes de incluso de la ley provincial de salud mental. ¿Correcto?

José Luis: Sí, sí, desde el año 84 hasta el año 90. Fui jefe de servicio, vine a trabajar ahí, fui médico full time, psiquiatra full time y después trabajé como jefe de servicio hasta que me superó la demanda

Luciana: Buenísimo. la idea es, entiendo también, corrijame si estoy equivocada, pero entiendo también que usted fue parte del trabajo en lo que es el cambio del nombre que antes era servicio de psiquiatría.

José Luis: Exactamente, el cambio del nombre es una propuesta mía, debe estar por ahí dando vueltas todavía la nota y propuse en la jefatura a Ana María Palma ya fallecida, una psicóloga por primera vez en la historia una psicóloga en la jefatura.

Luciana: ¿De qué manera se configuraba el modelo de atención de salud mental previo a la Ley provincial y nacional de salud mental?

José Luis: No era muy distinto porque el número de camas era el mismo. Eran 17 camas y hoy creo que son 19. Pero creo que la cifra andaba más o menos ahí. Eso no varió. La diferencia era que no había sistema de internación crónica en Comodoro Rivadavia.

El sistema más cercano de internación crónica estaba en el Santa Teresita en Rawson. Eso implicaba que toda la demanda que provenía de personas afectadas de algún padecimiento con pisos de cronicidad (mira con qué elegancia lo digo, para no decir patología crónica), ya te habrás enterado que no uso ninguno de los términos que se naturalizan en las burocracias asistenciales, para que no se pueda hablar naturalizando lo que se dice, hay que hablar escuchando lo que estoy diciendo. Si yo digo patologías crónicas, las doy por hechas, las hago existir como existe el Aconcagua. ¿Sí? En cambio, si yo digo algunas personas afectadas de patologías con pisos de cronicidad, ya empezó a poner en duda que exista esa cronicidad. Si vos me decía a mí, ¿Existe? Sí, sí, existe. Claro que existe, una persona que tuvo tres episodios de compensación psicótica que tiene diagnóstico de esquizofrenia y que va empobreciendo su vida cada vez más, sin duda la patología crónica es muy probable que resulte difícil remontarla, pero si yo de entrada le encajo el rótulo de crónica, remacho.

Entonces, el servicio estaba compuesto por cuatro psiquiatras los cuales, si yo mal lo recuerdo, 2 teníamos formación psiquiátrica y los otros dos eran médicos clínicos que habían orientado su práctica hacia la psiquiatría, no tenían una formación específicamente. Había cuatro psicólogos. Una terapeuta ocupacional y una trabajadora social. Todo eso formaba un equipo. La trabajadora social era nuestra, por así decirlo, entre comillas, la terapeuta ocupacional era nuestra, formábamos un equipo. Y el personal de enfermería, teníamos guardias pasivas una semana por mes cada uno, estábamos a disposición de la guardia.

La orientación del servicio era la tradicional en ese momento, era te diría una orientación psicoanalítica, muy influida por la reforma psiquiátrica que ya empezaba, vos pensa que estamos en los inicios de la democracia. La reforma psiquiátrica ya la había empezado a ver en el origen cuando empezábamos a salir de la dictadura, yo trabajaba y me estaba formando en un hospital monovalente, el Melchor Romero de La Plata, un Manicomio, el manicomio más grande de la provincia de Buenos Aires.

De aquel momento tenía 3000 pacientes internados. O sea, un pueblo, era capaz más grande que Río Mayo, mas grande que, no sé, que que las Heras. Bueno, no importa, pero quiero decir, tenía suficientes personas ahí dentro como para ya tener una organización de gobierno, parlamento, podría haber fundado un pueblo.

Ese es el modelo de atención dominante en aquel momento. El del manicomio. El manicomio implicaba que las personas eran aisladas de su núcleo familiar internadas de por vida. Se

revisaba el diagnóstico periódicamente, pero la concentración de personas en el lugar, la escasez de recursos hacía que fuera materialmente imposible un seguimiento cercano de las personas. Y además el hecho de que perdieran su domicilio hacía muy difícil la externación, alguien que vivía en Bahía Blanca si lo mandabas a Melchor Romero en la plata ¿Cómo haces para mantener el vínculo con la familia?

La gente se olvidaba, había personas que estaban internadas hacía más de 50 años. Es más, el que se llamaba el intendente, que no era el intendente del lugar, sino el que se encargaba del mantenimiento y que manejaba todas las salas, había sido finalmente un paciente que había estado ingresado y que lentamente fue haciendo trabajo de mantenimiento y llegó a ocuparse de todo el mantenimiento del hospital y él encontró una solución a ese asunto.

Bueno, yo me vine a Comodoro Rivadavia para irme de ahí. Para salirme de eso porque a pesar de que hacíamos asambleas, a pesar de que tratábamos de hacer lugar a las personas, era muy difícil, la estructura era muy difícil, la estructura represiva. Así que cuando me ofrecieron la posibilidad de venir a Comodoro Rivadavia a un servicio en un hospital general, era una excepción en el país, no había servicios en los hospitales generales, los servicios eran siempre monovalentes y separados de los hospitales, con un equipo chico y solo 16 camas, piensa que yo tenía a mi cargo una sala con 100 camas. Entonces, vine, te diría casi sin pensarlo. Además, el sueldo era muy bueno en aquel momento. Bueno, era un lujo, trabajar acá en ese momento era un lujo.

En el servicio acá hacíamos una asamblea semanal en la que participaba todo el personal y los internos. Donde se discutían las tensiones propias de lugar, si había conflictos entre enfermeros y pacientes...Bueno, con el modelo de la reforma italiana: estamos todos juntos en este lugar, vamos a intentar resolver democráticamente los problemas. Y había también un grupo de alcoholismo porque el alcoholismo era sin duda el problema más grave que atendía el servicio.

Todos teníamos además de la sala, los casos se asignaban, o sea uno tenía ciertos pacientes asignados a los que acompañaba, teníamos consultorio, interconsulta y admisión, eran las cuatro funciones. Se recibía a la gente que venía por primera vez sin admisión, se hacía interconsulta con los otros servicios, eso era bárbaro. De ser la psiquiatría una disciplina aislada sin contacto con la medicina, yo estaba en contacto con todos los demás, hasta el día de hoy conservo vínculos, con los clínicos, con los cirujanos, con todos los que formaban parte de la gente.

Era un hospital muy particular, que había pasado por la experiencia de Malvinas y eso te diría que en ese momento lo había fortalecido. Que había sido un hospital de referencia de Malvinas, así que tenía una identidad muy clara. Esa identidad después terminó jugándole en contra porque es como si hubiera hubiese sido un pasado imposible de remontar, ¿viste?, Viste como el que la vivió tan bien en la adolescencia que después todo lo demás le parece poco comparado con lo que con esa épica de guerra del del 82.

Que fue el cierre de la de la dictadura y el y el inicio de la democracia, pero nos desencantamos rápido porque yo me acuerdo que en el año 89 debe haber sido Visitó Comodoro, en el 88, visitó Comodoro Alfonsín y ya le estábamos haciendo un paro porque ya empezaba el desfinanciamiento del Estado. Ya empezaba el ataque al Estado, que había empezado con la dictadura, pero se empezó a profundizar, empezaban las políticas de ajuste, a meter su racionalidad en el interior de la sociedad y a desfinanciar todo. Bueno, ese proceso no paró, fue una de las razones por las que me fui del hospital, digamos, en el año 90.

Cuando yo me voy estaba solo. Todos esos lugares yo estaba solo en el consultorio, solo en la interconsulta, solo en la guardia, estaba 30 días de guardia, 30 por 30. Estaba todo el día de guardia. Mis colegas se habían ido, algunos se habían ido a formar, otros se venían cada tanto, pero claramente que me quedé ahí aguantando los trapos. Me fui y además en el privado se trabajaba muy bien. Una vez mi hija mayor ya fallecida me dijo, "Papá, ¿por qué la ambulancia siempre viene cuando estamos por comer?"

La ambulancia estacionaba a la puerta del departamento y tocaba la bocina de la ambulancia, no una bocina de auto, sino tiene como un bramido de vaca... Ahí iba yo para el hospital toda la noche, por lo general a atender un episodio subagudo alcohólico que era lo que más había en guardia. Bueno, así fue, ese era el hospital.

La orientación era psicoanalítica, es decir, se basaba en la responsabilidad de cada uno por su malestar. Ese era el eje, digo porque todo eso cambió rotundamente. Actualmente no es la responsabilidad subjetiva, sino los derechos del consumidor. Y hay una diferencia muy grande entre la responsabilidad subjetiva y los derechos del consumidor. En aquel momento la atención, aunque fuese desbordada, era personalizada, nosotros teníamos a Juan y a Pedro no teníamos usuarios. Los usuarios vinieron después, los usuarios es un invento del mercado. El usuario es impersonal, como el consumidor. Es la forma del consumidor que adopta servicios.

O sea, el consumidor de servicios que le llaman usuario. El usuario no es ni Juan ni Pedro ni María, es el usuario. Es la categoría más impersonal

Totalmente lleno de derechos, pero es como si fueras anónima, tenes todos los derechos de consumidor, pero vos ahí no tenes más existencia que un paquete de hierba. Sos un anónimo. Nada.

Era chiquito, a mí lo que más me sorprende es cómo con ese equipo chico y 16 camas, nosotros no necesitábamos internación crónica porque nos vivíamos peleando con el cura Corti, por ejemplo, que quería internar a toda costa y que hacía lío en el barrio, entonces teníamos que discutir con el cura Corti, con los bomberos voluntarios que iban a intervenir en alguna situación de crisis, la policía, los jueces íbamos todo el tiempo discutiendo qué hacer. Igual teníamos tres, cuatro personas internadas de manera permanente por decisión judicial y estábamos en conflicto todo el tiempo, pero teníamos una autonomía respecto del poder judicial que hoy no se tiene. Nosotros le íbamos a hablar al juez y lo poníamos en su lugar, hoy los jueces son palabra santa. Bueno, esos son los cambios de aquel momento.

No existía todavía el sintagma salud mental, el sintagma salud mental lo introduzco yo creído de que era un progreso. Hoy diría que no. Pero, claro, porque salud mental era el modo en que entraban las políticas neoliberales. Era la manera de hacer entrar las políticas públicas masivas, eso ya era neoliberalismo, entonces, yo no me ocupo más de Juan y Pedro, me ocupo de la población. Pero al ocuparme de la población, yo entro en una lógica totalmente distinta a la de las personas. La lógica de la población orientada por derechos es distinta de la de cada uno. Pasa a ser un "yo lo hago por tu bien que me tenes que venir a sacar turno a las 6 de la mañana".

Porque en mi lógica de población, tengo tres segmentos de 6 a 10, de 10 a 14, de 14 a 18. A vos te toca de 14 a 18. "y pero yo soy viejito, no puedo ir" y no sé, vos sos población, no me interesa María. ¿Sí? Esa es la población. Cada vez más se separó la existencia concreta de las personas de las lógicas poblaciones. Y la gestión, la palabrita mágica gestión lo inundó todo. Las políticas liberales y su política de ajuste, la lógica de ajuste, lógica poblacional orientada por la lógica de derecho es lo que tomó todos los servicios y todo lo que fuera personal ahí se expulsó.

Era una ciudad mucho más chica, nosotros podíamos hacer eso, conocíamos a todas las personas que en Comodoro Rivadavia tenían un problema psiquiátrico y el enfermero iba a verlos a la casa y si no, teníamos contacto con el vecinalista. Teníamos el número exacto de

personas que necesitaban internación, eran 48, suponete, entonces podíamos estar atentos..."Che hay que ir a ver a tal porque me parece que no vino a buscar la medicación, no vaya a ser que se descompensó y lo traen por guardia el sábado". Allá iba el agente sanitario o hablábamos con el vecinalista y a lo mejor es cierto, había dejado de tomar la medicación y se evitaba una internación.

Las internaciones eran cortas porque no queríamos que nadie permaneciera demasiado tiempo en el servicio, cuando se compensaba seguía el tratamiento por consultorio externo. No había el dispositivo de atención barrial que hay hoy. No estaban fundados ni los CPB ni los CAPS ni ninguno de los dispositivos que hoy constituyen la red de atención social, en aquel momento no la habían, nos manejábamos con las vecinales que era lo que conocíamos.

Luciana: Pero por ahí se podría destacar, digamos, que en el caso de comodoro siempre estuvo, lo que es el servicio de salud mental, siempre estuvo o bueno, antes de psiquiatría entiendo, siempre estuvo dentro de un hospital general, ¿no? Por ahí eso como para recuperar.

José Luis: Eso es muy bueno. Eso es excelente porque arrancó bien. Ese es el modo de atención y se evitó, hasta que no pudimos evitarlo, eso debe haber sido en el año 88, que un paciente muy grave, la sala de internación estaba al lado de la de pediatría y era un servicio abierto, eso estimulaba toda clase de fantasía respecto de que los niños pudieran estar expuestos a los locos. Niños y locos hay que entenderlo como representaciones sociales. No como fenómenos que ocurren, ¿sí? El niño que debe ser protegido de sus derechos es una representación social. El loco también es una representación. Y en el imaginario social, locos y niños no deben mezclarse nunca. Bueno, el servicio estaba al lado del servicio de pediatría.

Y teníamos un paciente que era un pan de Dios pero tenía unos episodios de excitación psicomotriz eran brutales, se enloquecía y no había cómo contenerlo, no había cómo pararlo y en una tarde de domingo creo que fue, rompió la puerta, salió hizo un lío, pura excitación, no es que iba a liquidar a alguien, no es que iba a hacer daño a alguien, era alguien que no podía controlar su excitación y cuando lo consiguieron contener y para poder calmar esa excitación el anestesista lo durmió, esa fue la única manera que hubo de calmarlo. Y bueno, eso hizo que el sindicato en aquel momento pidiera que se cerrara la puerta de psiquiatría. Y de ser un servicio de puertas abiertas, pasamos a ser un servicio de puertas cerradas. Para nosotros fue como una especie de duelo muy importante. Habíamos perdido una batalla.

Hacíamos terapia familiar, nos juntábamos con las familias para evitar las internaciones, le pedíamos a la familia que cuando querían internar un familiar, vinieran todos. Hacíamos entrevistas a veces multitudinarias porque esta familia solía venir con muchos para hacer hinchada. Entonces, teníamos que ir al aula. En aula hacíamos unas reuniones multitudinarias para discutir por qué había que internar o no. Y alguna vez incluso empezamos a venir a la noche. Como ellos se dieron cuenta de que si venían durante el día las chances de internar eran menores, empezaron a venir en la madrugada, dicen, "Estos no se van a levantar para venir", pero nos levantábamos y hacíamos la entrevista familiar a las 3 de la mañana. Éramos muy jóvenes, Impulsados de ideales románticos, hoy sería difícil pensar una cosa así.

Luciana: Después le iba a preguntar, bueno, un poco me lo fue respondiendo, pero otra de las preguntas era que cuál creía usted que fueron los factores, ya sea sociales, políticos, culturales que impulsaron los procesos de reforma de lo que fue antes y después de la ley, de cambio de paradigma, también estuvo influenciado por lo que fue la experiencia italiana.

José Luis: Sí, sí, pero todo eso que suele ponerse del lado del progreso, que fue impulsado por los sectores progresistas, yo creo que fue más impulsado por las lógicas de mercado. Porque en el año 94 se incorporaron a la constitución los derechos del consumidor. Y entró, si vos cursaste psicología conmigo, salud mental también, porque en nuestro caso lo estudiamos, se pasó del ciudadano responsable al consumidor insatisfecho. ¡Qué es población! Consumidor es impersonal, consumidor es una figura que no... digamos, cada uno tiene que tomar la ley a su manera, ¿no? Uno es responsable de lo que hace con lo que se espera de uno. Pero el consumidor no, el consumidor pone plata ahí. Quiero mi plazo. Yo no tengo nada que dar, ¿qué tengo que dar? Toma la plata, pero nada más. Cambió el paradigma profundamente. La atención se hizo absolutamente impersonal.

Eso creo que fue el cambio mayor, más esto es clave: las lógicas de ajuste, porque esto es lo que a mí me parece siniestro si querés. La perspectiva de derechos se enfatizó cada vez más, pero las lógicas de ajuste desfinanciaron cada vez más todos los sistemas de atención. Entonces, se dan situaciones re locas. La ley de salud mental ordena el cierre de los hospitales monovalentes, promueve la creación de dispositivos de acogimiento de pacientes externados, pero en la lógica de ajuste no dispone los fondos para que eso se haga. Entonces, tenemos progresistas defendiendo las conquistas completamente impotentes que el Estado no tiene plata

y cada vez menos, para atender eso. Y esas dos dimensiones y la impotencia central, lo importante es la impotencia que queda en el medio que no es asumida por nadie.

Los sectores progresistas cuando se topan con eso, reclaman todavía más al Estado. Y el Estado acomoda sus políticas a la lógica de derechos. Dice, "No, no, pero yo mejoré el sistema de acceso porque hice una rampa y puse dos personas más para dar turnos" y en el informe figura, pero en la práctica eso no funciona. Entonces a mi me parece que las lógicas de ajuste que vienen de la mano del mercado, que vienen de la mano de la hegemonía del mercado y del decaimiento del resto de las instituciones.

De todas las instituciones, la única que quedó en pie es el mercado. Las instituciones ligadas a la salud, a la educación y a la justicia se depreciaron, se degradaron todas. Y lo que hicimos los sectores progresistas fue reclamar de manera militante al Estado para que se ocupe de eso. No sé, puedes leer la tesis de compañeros, todos sin excepción, ubican cuál es el derecho que el Estado no garantiza y promueve soluciones de cómo reclamarle al Estado para que se haga cargo de ese derecho. Un estado que no está más. ¿Cuál es el estado? ¿Dónde está el estado? El estado conserva la responsabilidad ideal pero materialmente ha sido dinamitado.

La urgencia es la categoría discursiva que tiene la particularidad que parece que es urgente, si vos decís si tenés algo urgente, no podés pensar mucho, no te vas a poner a planificar, tenés que resolverlo hoy. ¿Sí? Pero qué pasa, mañana también estás en urgencia y pasado también y tres meses después igual está siempre en urgencia y entonces, vos te das cuenta que la urgencia no era una cosa temporal acotada y que después venía lo otro. No, no, siempre estuvimos en urgencia. Siempre estuvimos resolviendo de un momento para otro con una justificación inapelable.

Me acuerdo una vez que fui a una institución que se ocupa de trabajar con personas de derechos afectadas, no voy a decir cuál, y me dijeron, "Acá tenés esta pila de carpetas es la de las urgentes, y esta pila de carpetas es la de las estalladas. Nosotros intervenimos solo en la de las estalladas". Para la de las urgentes no había tiempo. ¿Sí? Entonces se podía pensar cualquier cosa porque estábamos inventando todas las mañanas, inventabas lo que ibas a hacer ese día.

Luciana: Escuchando lo que usted me dice y más o menos haciendo para atrás un poco en la historia, podría decirse, que también este obstáculo o esta falta de recursos están vinculadas, a intereses contrapuestos en lo que es la salud mental ¿no? Porque está todo esto en el ideal, el cambio de paradigma, el entender a la persona como sujeto de derecho,

pero a la vez sigue existiendo esa lógica de peligrosidad, que no es funcional justamente para el mercado, y para el estado tampoco. Entonces, también supongo que esta restricción no es casual, ¿no? En este sentido, decir, bueno, tengo un sujeto que no me sirve en tanto ser productor, entonces mejor seguir con la lógica del aislamiento, cuanto más aislado lo tenga mejor, hago esa lectura, no sé, usted corríjame o dígame qué piensa.

José Luis: Tal cual. Por otra parte, y a ver cómo decirlo, no sé, puedes ver en las escuelas se verifica mucho. El paradigma parece ser el de la integración y de no segregar a nadie, pero están pidiendo diagnósticos a cada rato. Diagnósticos e informes para incluir al diferente. Minga, para incluirlo pero es estigmatizar. Porque el docente en el aula tiene que tener herramientas y el docente no está preparado para hacerse cargo del diferente. Eso lo dicen por lo bajo, en los informes dice otra cosa, en los informes dice que se procura la inclusión de todo el mundo.

En la práctica todo esto es un campo de tensión permanente de los practicantes mismos. Uso la palabra practicante para referirme a cualquiera, psicólogos, trabajadores sociales, psicopedagogos, enfermeros, médicos, todos están laborando de manera personal y haciendo cosas a título personal que no encajan con lo que los paradigmas dominantes dicen que hay que hacer. Eso lo resuelven las personas, esas, son las prácticas efectivas, de esas no habla nadie.

Ahí me quisiera meter yo, ese es mi... estamos trabajando desde el año pasado y este año lo vamos a hacer de nuevo en La Esquina, trabajando específicamente sobre las prácticas efectivas que se hacen, no sobre lo que se dice que se hace. Porque cuando se escribe lo que se dice que se hace, se lo escribe en la lógica del discurso dominante en la institución. Ya se empieza a hablar de inclusión, lo que las acciones que se hicieron para la inclusión, cómo se promocionaron las fortalezas, cómo se trabajaron las debilidades y todo ese verso. En la práctica lo que ocurrió es que la trabajadora social conocía la psicóloga de tal lugar y entonces la llamó por teléfono y le dijo, "Che, ¿y qué te parece si nos juntamos a tomar unos mates y yo te cuento de este?" ¿No? y si hacemos esto y qué te parece si la voy a ver a la tía, porque yo me acuerdo de la tía que hacía, no sé qué. Y hacen un invento que después se pone de otra manera en los informes.

Hay que ir a ver lo que efectivamente sucede, no lo que se dice que. Para eso habría que hacer una investigación de campo cualitativa y de instalarse en un centro para ver qué pasa ahí todos los días.

Lo que pasa es que la ley de salud mental propone los abordajes comunitarios. ¿No? E interdisciplinarios. Eso se hizo para limitar la influencia clínica de los psiquiatras y de los psicólogos, les dio un papel predominante a los trabajadores sociales, básicamente.

Pero entonces, la idea era trabajar sobre la no discriminación, la idea era trabajar sobre la integración de las personas a sus comunidades, pero las comunidades están cada vez más aisladas y el paradigma dominante en los social es sálvese quien pueda.

Entonces cuando la persona se pasó de merca y empezó a romper el auto del vecino, llaman a la policía y la policía llama al psiquiatra. Anda a decir, "Llévalo a la comunidad." Y cuando lo llevas a la comunidad, la comunidad dice, "Yo no quiero saber nada." Entonces, toda la lógica de integración comunitaria yo diría que pecó de optimismo. Que había que definirla más, por lo pronto la lógica de intervención comunitaria da por definido lo común. Como si lo común fuese existente, como si ya estuviera dado, como si fuese natural una sociedad fragmentada, quebrada. Lo común está por construirse, todo el tiempo está por construirse.

Luciana: Bueno, la verdad que le súper agradezco, es un montón de insumo para mi tesis. Así que nada, cualquier cosa si en algún momento tengo que agregar algo, si usted no tiene problema, seguramente lo vuelva a contactar.

José Luis: Al Contrario, me encanta, como voy perdiendo todas las oportunidades que tengo de hacerme escuchar las aprovecho.

Luciana: No, por favor, es un placer, la verdad. Muchas gracias por su tiempo igual y por la paciencia.

José Luis: Gracias, nos vemos.

Anexo N° 3

Entrevista a referente de centro de atención primaria de salud: Licenciada en Trabajo Social Rocío Chacoma.

Fecha: 27/03/2025

Entrevistadora: Luciana Valdebenito.

Hora de inicio: 14:48 hs.

Hora de finalización: 15:43 hs

Objetivo: conocer acerca de la intervención profesional en salud mental en dispositivos con base en la comunidad y las políticas públicas actuales con las que se articula la intervención.

Luciana: Te cuento más o menos, estoy entrevistando un referente de cada institución, sobre todos de los dispositivos, como para que me cuenten sobre todo lo que es: con qué políticas públicas trabajan, si articulan con alguna política pública, cuál es el financiamiento que reciben, o sea, desde dónde, ya sea beca, programa, proyecto y después bueno, el tema del abordaje comunitario sería importante si podemos hacer pie ahí. Sé que hubieron algunos cambios en lo que es la organización del departamento, si me querés contar de eso igual, estaría bueno.

Rocío: Bien buenísimo. Bueno te cuento un poco entonces por ahí los los cambios que vos decías, espero poder acordarme bien, cuando asume esta nueva dirección en el hospital regional propone un nuevo organigrama, propone otra organización sobre todos los servicios de rehabilitación, del servicio social y el servicio de salud mental y adicciones. Como que en estos tres servicios es donde hay mayor modificación y movimiento.

Estos tres servicios tienen una nueva dirección que está a cargo de Marta Rodríguez, que es médica psiquiatra. Ella trabaja hace ya varios años en el departamento de salud mental y adicciones y bueno ella queda como directora y a partir de su asunción es que propone un nuevo organigrama. Como articulando, (lo que yo entiendo), tratando de articular estos servicios que a mi criterio son de los más olvidados en el hospital. Entonces lo que surge es la creación de cuatro divisiones (todo esto pensando en salud mental y adicciones), cuatro divisiones una división se llama de internación: ahí se nuclea el trabajo del dispositivo de internación de salud

mental que da lugar a las externaciones como bien ya sabes, y el dispositivo de la guardia de salud mental.

Después hay otra división que es de adicciones, allí se encuentran los dos CIT, los centros de atención integral para las problemáticas de consumo, ahí bueno la jefa de esta división es Valeria Flores.

Después la otra división se llama enlace psicosocial, esta división reúne como un equipo de enlace hospitalario conformada por psicólogos y trabajadoras sociales que antes trabajaban en el servicio social. Es un dispositivo hospitalario que tiene como nuevos objetivos digamos, como el grupo de trabajo como más de nuevo y dentro también del enlace psicosocial están los equipos comunitarios que somos los equipos estamos en el centro de salud. Eso enlace psicosocial, la jefa de esa división es Alejandra Duarte, es trabajadora social.

Y la última división es de rehabilitación psicosocial, la jefa es Gladys Díaz es trabajadora social también, y ahí se encuentran los dispositivos de rehabilitación psicosociales de salud mental, la casa hogar, el centro de día y entiendo que se está pensando la creación de un centro de ocupación laboral, ese sería el nuevo organigrama.

Luciana: ¿De las cuatro divisiones, dos están a cargo de trabajadores sociales? ¿ Que serían la de enlace y la de rehabilitación psicosocial?

Rocío: Si. O sea para que vos te des una idea de gráfico está, digamos la la dirección asociada que yo te mencionaba, donde está Marta, que es una dirección de discapacidad y salud mental y adicciones (creo que es así el nombre), después abajo está, la jefatura de salud mental y adicciones donde está Vanessa Menéndez, (ella es la jefa de todo el departamento, es médica psiquiatra), y después salen las cuatro divisiones, la de internación que está la jefa la que lo coordina es Vanessa Menéndez, la de adicciones Valeria flores que es psicóloga y las otras dos que te mencioné estando a cargo de trabajadoras sociales.

A partir de la modificación de la ley, de su reglamentación también, es como, si se revisa la historia de cómo se fue moviendo, los movimientos que hubieron acá en el departamento de salud mental, en el hospital se va notando que el trabajo social va tomando lugares de gestión. ¿Además de estar en los equipos técnicos, también están en las gestiones no? y bueno, no creo que sea casualidad que justamente están en dos dispositivos que buscan tener el enfoque

mayormente comunitario. Si bien tendría que ser transversal, se asocia más a estos espacios de la comunidad de la rehabilitación.

Luciana: Claro. antes me acuerdo que hasta el año pasado era la red sociosanitaria de salud mental, ¿eso ya no existe más?

Sí si por ahí este organigrama no plantea tanto los dispositivos, no sé por qué razón por ahí por eso te digo que es que quizás esas respuestas las tienes más elaboradas Alejandra Duarte o Martha Rodríguez que es la directora asociada. Yo lo que vengo observando es que se habla más de divisiones, de equipos de trabajo y no tanto de dispositivos. Obviamente que está nombrada y estructurada a nuestro lenguaje cotidiano, pero digamos en lo que es lo formal o administrativo, yo no veo que circule de esa manera con ese nombre de dispositivo.

Tampoco he escuchado nombrar así la red sociosanitaria de salud mental, el nombre digamos está plasmado en la ley provincial así es como lo plantea la ley provincial de salud mental. Para pensar la estructura de trabajo en los hospitales, como una red de dispositivos yo creo que en la práctica un poco sigue funcionando de esa manera pero no son las maneras de nombrar. Antes era el dispositivo de áreas externas de salud mental, eso nucleaba a los mini equipos interdisciplinarios que estaban en todos los centros de salud. Bueno actualmente no decimos dispositivos de área externa, es un equipo grande de trabajo y no lo nombramos de esa manera como dispositivo. Las reuniones son de enlace comunitario y se ha dividido de esa manera. Enlace hospital y enlace comunitario.

Luciana: Claro entiendo. ¿Me querés contar un poco sobre tu intervención? ¿Cómo describirías el ejercicio profesional en salud mental en el marco de la APS?

Dale dale. Bueno yo me hice un machetito como para organizarme, estuve mirando las preguntas y un poco preguntabas sobre el ejercicio profesional desde el marco de la

APS, cómo lo describiría creo que habías puesto en las preguntas. A mí lo primero que se me ocurrió, que me anoté, es la palabra desafiante. Por ahí, me parece importante presentarme, que vos lo tengas en cuenta esto, yo entré en 2019 a trabajar en el hospital en el marco de una residencia o sea que era una formación en servicio. Además de prestar servicio, la idea de la residencia es la formación, eso duró 3 años así que en el 2022 el ministerio de salud me toma de manera de planta permanente, ingreso y es en ese momento que empiezo a trabajar en un equipo de primer nivel de atención que es un centro de salud, en el centro de salud de Restinga

Alí. Con diferentes cambios que hubieron en el medio, pero actualmente estoy trabajando con una psicóloga, también es residente y con el equipo de residentes. Que tiene su base digamos ahí en ese centro de salud.

Ese es el equipo de salud mental ahí en el CAPS. Bueno y dicho esto, te decía un poco esto de lo desafiante, pensaba releía las cuestiones de la APS y pensaba cómo esta estrategia hoy funciona como como motivadora para muchos equipos, en mi caso funciona como motor los avistamientos actuales de las de las instituciones que muchas veces te ves sobrepasada por la complejidad y porque el recurso es finito. Yo creo que ahí la APS se vuelve como motivadora de la práctica. Y bueno te decía un poco la APS es una estrategia que es transversal a los tres niveles de atención. Hoy estoy apoyando la tarea en un primer nivel de atención que implica un menor nivel de complejidad, y el énfasis va a estar puesto en la promoción de la salud y la prevención de problemáticas psicosociales, siempre pensando la participación de los de los sujetos en sus propios procesos de salud enfermedad. Eso yo creo que es lo principal a lo que apunta el equipo de salud mental.

Después Bueno pensando un poco en el trabajo social, pensaba en todos los aportes que son muchos, lo que más observo es que el trabajo social prioriza ante todo la voz la mirada el discurso de los sujetos, busca la horizontalidad busca que participen en sus propias cosas de salud que sean protagonistas en las planificaciones, y creo que esto disciplinarmente es algo que se tiene incorporado.

La formación de grado vamos incorporando esto de considerar al sujeto como un sujeto realmente de derecho y esto implica preponderar su voz ante todo, y cuando vemos que quizás hay alguna dificultad para que esa voz fluya, aparezca se trabaja para que esa voz surja. Creo que no es algo menor porque por ahí no ocurre con todas las disciplinas, creo que es algo bien característico del trabajo social, de buscar realmente la participación activa. Pienso que de lo contrario esto se volvería intervenciones verticalistas, desde posicionamientos heroicos de las profesiones y esto va a desencadenar efectos que no son los esperados según lo que plantea la APS.

Y después bueno el otro gran aporte desde el ejercicio profesional es que el trabajo social va entender siempre a la salud como un derecho humano, y los aportes todo lo que lo que el trabajo social vaya trabajando va a ir en esa línea, de entender la justicia social, la intersectorialidad, la participación de las familias y creo que esto está incorporado en los diagnósticos

comunitarios. Cuando nosotros en el primer nivel realizamos los diagnósticos comunitarios, desde el trabajo social esté un poco es el aporte creo.

Luciana: Bien por ahí si podés profundizar en qué consiste el diagnóstico comunitario, viste que hay una de las preguntas igual que yo te hacía de cómo interviene la institución en la comunidad

Está bien por ahí el diagnóstico comunitario en el caso del centro de salud, o sea creo que es importante siempre hablar del caso a caso, ver las singularidad de cada equipo. El centro de salud de Restinga tiene la particularidad de que el equipo de salud mental está constituido por residentes actuales y por ex residentes, entonces la mirada va a ser desde ahí, creo que es un factor facilitador de la tarea, que compartimos la formación y hay una predisposición, una disponibilidad para trabajar desde ahí. Una actitud que va en pos de trabajar desde este enfoque. Entonces el diagnóstico comunitario lo pensamos desde como lo aprendimos y lo pusimos en práctica desde la residencia.

En el caso de las resis nos dan un año, en el caso del centro de salud los tiempos obviamente son otros y el diagnóstico como lo vemos en la carrera también, viste que es flexible y es constante, entonces primero bueno tenemos primeras aproximaciones, o sea llegamos a ciertas conclusiones y también hipótesis de cuáles pueden ser las problemáticas sentidas de la comunidad.

La idea es eso ir buscando problemáticas sentidas, necesidades, identificando las potencialidades de la comunidad, de los posibles recursos que tenga esa comunidad en base a eso, a ese saber construido con la comunidad, diagnóstico comunitario participativo, es que desde ahí se van a planificar las estrategias de intervención, todo lo que vaya surgir del equipo de salud mental, ya sea actividad de promoción de la salud, de prevención toda la propuesta que se haga se supone que tiene que salir de ese diagnóstico.

Luciana: Vos hablaste de equipos de la resi, por ahí lo pienso también y otras de las preguntas era sobre la interdisciplina, ¿Cómo describirías el trabajo interdisciplinario dentro de la institución? ¿Qué desafíos presenta el trabajo interdisciplinario? ¿Cuál es tu posicionamiento en relación a esto?

Rocío: Bueno también me había anotado algunas cuestiones que te fui diciendo recién, por ahí la importancia de pensar la singularidad de cada equipo. En Restinga yo creo que el factor que

facilita la tarea interdisciplinaria es esta, somos residentes, que la formación es desde la interdisciplina, y que lo tomamos así como un desafío, pero como un desafío hermoso, o sea es a lo que queremos llegar todos los días. Es como la convicción de que no podemos trabajar solos desde una disciplina y creo que al tener esa convicción, se vuelven un posicionamiento y una actitud ante el trabajo, una actitud cotidiana.

Lo fundamental en el equipo es que se comprende desde cada disciplina y cada una de nosotras, que la disciplina presenta incompletud y cada disciplina va a necesitar de otra mirada para pensar, para dar respuesta a la complejidad de las problemáticas. Y por ejemplo bueno para contarte un día me había anotado de dos situaciones que vivimos hace poquito, por ahí del día a día, te puedo decir que se planifican entrevistas, de lunes a jueves hay una agenda ya planificada, con entrevistas individuales o entrevistas familiares.

En esos días de lunes a jueves nos damos un momento los miércoles para trabajar casos con la trabajadora comunitaria de salud en terreno, eso es todos los miércoles cada 15 días lo hacemos, dedicamos dos o tres horas y los días viernes hacemos atención espontánea es decir que las personas se acercan espontáneamente y tienen un espacio de escucha. Aproximadamente hacemos entre 4 y 5 entrevistas iniciales espontáneas los días viernes y bueno tiene ese objetivo de dar contención en el momento y después ir viendo cómo se continúa. En la mayoría de los casos es pertinente la continuidad de atención así que vamos ubicando esas personas en estos días de lunes a jueves.

Luciana: ahí en las demandas espontáneas ¿es en el día digamos vas por orden de llegada?

Si, ese espacio de demanda espontánea lo tienen todos los centros de salud donde hay equipo de salud mental. En nuestro caso en restinga es los días viernes pero bueno los otros centros de salud va cambiando el día y el horario, nosotros arrancamos los viernes a las 8 de la mañana. Por ejemplo mañana yo ya tengo planificado que voy al centro de salud y mi tarea va a hacer eso. tenemos en el día eso y parte de la tarea es el registro de esas intervenciones en el HCI, que es el sistema de historia clínica integrada que es un nuevo sistema, así que es todo digital ahora ya no está más la historia clínica en papel, tenemos que registrar todo en la compu.

Y dentro de esta tarea cotidiana, que realizamos la entrevista, hacemos el registro, los días viernes siempre es interdisciplinaria la entrevista, siempre estamos las dos disciplinas y las resis se van sumando en esta tarea. Lo rico de esto es que siempre después de cada entrevista nos tomamos un momento para hablar de lo que escuchamos, se ponen en común las

apreciaciones de los que participamos en la entrevista y a partir de eso, se toma una decisión, así que muchas veces les pedimos a la persona que se retire un momento cuando terminamos la entrevista, charlamos unos minutos, decidimos ahí múltiples decisiones, puede haber hasta una derivación a guardia, puede haber una derivación a otro centro de salud, o a otro dispositivo, o a otra división que puede ser la de adicciones. o sino, ya es ubicarla en un día de lunes a jueves de la próxima semana o de la otra, evaluando el grado de complejidad.

Eso me parece importante ya sea día viernes de entrevista espontánea o de entrevistas planificadas, siempre nos tomamos un momento para además de registrar tener un intercambio, que fue lo que escuchamos.

En esto de los desafíos que vos me pones en el cuestionario, justamente ese era uno de los desafíos que yo me anoto, es darse el tiempo, la pausa para para promover este encuentro Porque si uno no planifica su día, teniendo en cuenta este espacio de encuentro e intercambio, después de cada entrevista la demanda te sobrepasa, porque obviamente que el sistema va a querer que atiendas no sé ocho personas en una mañana, en ese caso no habría momento para dar esta pausa y este intercambio, entonces también se trata de una decisión del equipo, quizás hacer menos atenciones pero que sean de calidad, desde la interdisciplina, y para esto me parece importante lo que marcan algunos autores que hablan de una actitud cooperativa, esto que no va a alcanzar con una reunión o una cooperación ocasional, por eso esto es una decisión de que sea cotidiano, que no se pierda la pausa al momento de encuentro para hablar puntualmente de cada uno y constituir en base a eso.

Luciana: Sabes que te escuchaba y nombraste algo que es importante y que justo yo igual lo puse en el cuestionario y que yo hablo en la tesis, que es el desafío de trabajar en el marco también de lo que es la salud pública y esto que decías vos, por ahí el sistema pretende que atiendas a 8 pacientes no, a 8 personas, ocho usuarios. ¿Cómo manejas eso, cómo equilibras eso? entre lo que es la demanda, las limitaciones institucionales que uno tiene, los tiempos, y más en días donde me contas que son demandas espontáneas cómo se hace para dar respuesta a la mayor cantidad de personas que se pueda y respuestas de calidad ¿cómo te manejas con eso, qué implica?

Rocío: Sí. Yo creo que bueno, implica un posicionamiento ético. Primero que todo, ser responsable, conocer las propias limitaciones, reconocer las propias limitaciones como

profesional y sujeto, de que no nos va a dar la cabeza para escuchar a ocho o 10 personas y brindarles una atención de calidad.

Y después, bueno, las discusiones con con el sistema lleva tiempo de debate y de justamente discusión, de intercambio, de posicionarse. Primero, bueno, como profesional, después como equipo, trabajar en equipo justamente, como crear una estructura semanal, también, porque en esto de los viernes por ejemplo, trabajamos muy a la par con nuestra compañera administrativa en el centro de salud, entonces ella un poco ya sabe cuál es nuestra dinámica, cuál es nuestra forma de pensar.

Entonces cuando las personas llegan la primer cara es la de la administrativa, es la primera persona donde se dirigen y ella es la que va orientando, entonces ella ya sabe que son cuatro o cinco personas, que tendría que ser un caso muy extremo para que atendamos a alguien más.

Entonces eso se va construyendo con el resto del equipo del centro de salud también. Y es algo que cotidianamente, también nos tomamos el tiempo de charlarlo, ¿no? En reunión de equipo. Por ejemplo, en el centro de salud tenemos reunión de equipo todo general el primer viernes de cada mes y ahí se pone en común. Ahí el equipo de salud mental tiene la oportunidad de también ir comentando si surge algo en lo operativo, si es necesario que el equipo lo sepa, creo que ya un poco nos vamos conociendo y saben nuestra manera de trabajar.

Ahí en esas reuniones de equipo también es que surge la necesidad y la prioridad de dar un día en la semana, de trabajar con una trabajadora comunitaria y me parece que esto también se constituye en otro de los desafíos para los equipos de salud mental que es integrar otros saberes, que pueden ser disciplinares o no disciplinares, a esta tarea de trabajo interdisciplinario, ¿no?

Siempre es como que vemos eso de la interdisciplina necesariamente tiene que haber profesionales, ¿no? Y los equipos de salud muchas veces no están integrados por profesionales. Entonces bueno, como este gran desafío también de darle lugar a los intersaberes, ¿no?

Quizá más que interdisciplina, intersaberes, y te puedo decir que los días miércoles es súper enriquecedor porque la trabajadora comunitaria de salud en terreno tiene todo el conocimiento, todo el saber de la dinámica de la comunidad del barrio. Entonces se logran otros abordajes, poniendo en común con ella. Es una figura muy importante dentro de los centros de salud porque es el nexo más directo con la con la comunidad, y los equipos de salud mental

comunitario están totalmente en trabajo articulado con estas figuras en el centro de salud. Yo creo que nos apoyamos mucho en las trabajadoras comunitarias. Así que bueno, en nuestro caso le dedicamos un día, una mañana a trabajar con ella.

Luciana: Es re interesante, para pensar sobre todo lo que es la salud mental comunitaria. Justo también hablando de esto, del rol de las trabajadoras comunitarias por ahí una de las preguntas que yo te había hecho era ¿Además de las cuestiones ligadas al padecimiento subjetivo propio de cada sujetx, consideras que se encuentran atravesadxs por otras problemáticas sociales? ¿Qué lugar ocupa esto desde tu rol profesional al momento de pensar la intervención? Por ahí vos me habías dicho que habías pensado situaciones, supongo que tiene que ver con eso, ¿no? Con esa pregunta.

Rocío: Sí. Sí, sí, Tiene que ver con esa pregunta. Bueno, pensé en dos casos, debería cambiarles el nombre, vamos a ponerle Ana y María. Son dos mujeres jóvenes que por separado llegaron por supuesto al centro de salud, para pensar esto de los atravesamientos, ¿no? Y y qué posicionamiento toma en este caso el trabajo social, la trabajadora social.

En esta situación, por ejemplo, en uno de los casos, la segunda chica es una situación que ella llega por una derivación de una psiquiatra, estuvo internada, tuvo una internación en internación de salud mental con criterio de salud mental. Y el diagnóstico que consignan para la situación de ella es de bipolaridad.

Cuando nos llega la derivación, bueno, describe toda una sintomatología compatible con un diagnóstico de este trastorno mental, un trastorno mental severo, ¿sí?, crónico, además, porque obviamente que sí bien tiene tratamiento y una posibilidad muy grande de estar estabilizado, se piensa como un poco de manera crónica.

Cuando empezamos a entrevistar a la joven de aproximadamente 30 años, su padecimiento pasaba por otro lado, no había una sintomatología florida que se observe, digamos. Sí, una angustia por lo que ella siente como una pérdida que es el trabajo, dejó de trabajar. Principalmente eso, la pérdida de la autonomía, eso es lo que ella plantea en las entrevistas. Así que bueno, el equipo, empezamos con la psicóloga, a intervenir las dos, tenemos todas estas primeras entrevistas y luego sigo trabajando yo con ella.

Y ahí es donde también me me parece importante como mencionarte esto, que las acciones que el equipo va pensando de quién da, por ejemplo, en este caso, continuidad en la atención, no

tiene que ver con el peso tradicional que pueda tener una disciplina, sino que va a estar asociado a la problemática y a lo que surja de la persona como padecimiento.

En este caso, bueno, la joven lo que plantea es la pérdida de autonomía y ahí es donde creo que el trabajo social lo que lo que empieza a mirar es restituir derechos. Donde por ahí había todo un escenario de toda una lectura de sintomatología, bueno, un poco el trabajo social creo que lo que viene a aportar es a pensar en clave de derecho y a restituirlo. En este caso la joven que necesita es trabajar, lo que ella pone en palabras es el recuperar niveles de autonomía, recuperar espacios, reconectar con actividades que a ella le interesaban, actividades de disfrute, colaboración para organizar una rutina.

Y trabajar sobre su historia, su trayectoria laboral, ¿no? O sea, a ver qué de todo eso se puede recuperar en la actualidad. Así que bueno, por ahí ese era un caso que así sintéticamente te lo cuento, me parecía como visible esto del rol del trabajo social y las decisiones que fue tomando el equipo de salud mental.

Obviamente que vamos haciendo un seguimiento, cómo va con la medicación, si consiguió el turno con psiquiatría, eso está garantizado, pero ¿qué más? desde nuestro lugar en este caso, desde el trabajo social lo que empecé a hacer es las conexiones, digamos, después de que revisáramos juntas, reconstruyéramos esa trayectoria laboral que tiene, pensar las alternativas y por ahí pensar las conexiones con políticas que existen en la comunidad, ¿no? Entonces, bueno, ahí hicimos una conexión con la oficina de empleo. Ahí en eso estamos con esta joven.

Eso para pensar que los atravesamientos son múltiples en las situaciones, o sea, en este caso hay un padecimiento mental que es la bipolaridad diagnosticada, medicada con tratamiento farmacológico, pero bueno, es una joven que viene con atravesamientos en este momento económicos, laborales, familiares, de prejuicio de la familia, de pérdida de autonomía, ¿sí?

Justo no es el caso de esta joven, pero hay toda una comunidad, una población, un número de vecinos de otros países y el atravesamiento cultural es muy muy fuerte. Entonces, bueno, en las intervenciones consideramos eso también, ¿no?

Luciana: Claro. Bueno, una de las últimas preguntas que quedan es en relación a las políticas públicas, que un poco mencionaste, pero antes de que pasemos a esa parte, te iba a preguntar si por por ahí a mí se me pasó algo, se me olvidó de de explorar algo y que

vos hayas tenido anotado, no sé si hay algo que te faltó agregar o que a mí se me pasó preguntarte. En relación a lo que vos habías preparado y lo que yo te había mandado.

Roció: No, no, hasta ahora te pude ir comentando todo lo que me había anotado.

Luciana: **¿Con qué políticas públicas, ya sea becas, programas, proyectos, trabajan? ¿Cómo se subvencionan?**

Mira, cuando lo leí, me di cuenta de que nuestros equipos en los centros de salud específicamente los de salud mental, no es que tenemos como ese manejo quizás como lo hace el CIT, que vos me hablas de algunas becas, ¿no?

Por ahí lo que sí se me había ocurrido era que las políticas públicas que implementamos, con las que articulamos, son todas las implementadas por el municipio, digamos. La Secretaría de la Mujer es una política en sí, los CPBs son políticas en sí, la creación de la oficina de empleo, ¿sí? Las propuestas de la Dirección de Discapacidad.

Por ahí esas fueron las que me fui anotando, que tengo registro yo con las que más trabajamos en articulación. Viabilizamos solicitudes, por ejemplo, si hay que solicitar algo que tenga que ver con recurso material, lo vamos a viabilizar por el CPB Don Bosco. Acá en Restinga no me ha tocado tener que hacer un informe de solicitud de recursos. Sí, lo charlo con la directora de CPB y lo viabilizo por ahí y si hago un informe va a ser como apoyando la solicitud que ella vaya

Luciana: buenísimo. Justo hablaste de que trabajan con las políticas de municipio. ¿Esto de la articulación que hacen ustedes entre provincia y municipio, por ahí si me puedes explicar?

Roció: Comodoro tiene su complejidad, Comodoro Rivadavia como ciudad. Yo creo que en la provincia, es la única localidad que tiene un sistema de salud mixto. Esto quiere decir que el sistema de salud tenes la parte provincial y la parte municipal.

Entonces ya eso abre un abanico súper complejo y es como que tenes que estar un tiempo en el sistema también para ir entendiendo esa lógica. Las lógicas de trabajo. La parte de provincia tiene, bueno, el Hospital Regional, tiene el Hospital Alvear y tiene los 12 centros de salud provinciales.

Ahora nuestro nivel central, digamos, nosotros respondemos todas estas grandes instituciones que tenemos, respondemos a la Secretaría de salud provincial, ¿sí? Que antes era un ministerio, bueno, ahora es una secretaría. Y salud mental responde a la Dirección Provincial de Salud Mental dentro de esa secretaría de salud.

La jerarquización sería de esa manera, ¿no? y paralelamente en Comodoro existen otros 12 centros de salud que son municipales, creo que son doce. Y ellos van a depender de la secretaría. Y ahí después no sé quién está, digamos, quién sigue en el orden jerárquico, pero depende de la municipalidad.

Entonces, ahí en esos centros de salud municipales también hay psicólogos, hay trabajadores sociales, hay agentes comunitarios, ¿sí? Yo creo que los objetivos van a seguir siendo los mismos, obviamente, o sea, alcanzar los mayores niveles de salud para la comunidad. Que se logre la mayor accesibilidad y disponibilidad para que la gente acceda al derecho de la salud, ¿no? De la salud integral, pero obviamente las lógicas de trabajo son diferentes.

Después lo que son todos los programas que brinda la municipalidad, Secretaría de la Mujer, los CPB, las oficinas de empleo, o sea, eso está a disposición de todos.

Luciana: Bueno te agradezco muchísimo porque fue bastante completo y puntualizaste bien en en cada una de las preguntas. Así que yo creo que con eso ya estamos, no sé si querés agregar algo más o algo que se te venga a la cabeza ahora

Rocío: No, no, no se me viene nada, creo que pudimos charlar de varias cosas. Si vos ves que falta algo y querés compartirme después la desgravación o me avisas y lo reviso.

Luciana: Sí, sí. Por mí está bien. Si por ahí me faltó algo igual te mando un mensajito. Así que cualquier cosa estamos en contacto. Muchas gracias.

Rocío: Bueno, muchos éxitos. Nos vemos.

Anexo N°4

Entrevista a referente de Centro de Día de Salud Mental: Licenciada en Trabajo Social Catalina Huentequero

Fecha: 28/03/2025

Entrevistadora: Luciana Valdebenito.

Hora de inicio: 09:30 hs.

Hora de finalización: 10:25 hs

Objetivo: conocer acerca de la intervención profesional en salud mental en dispositivos con base en la comunidad y las políticas públicas actuales con las que se articula la intervención.

Luciana: Para contextualizar un poco te cuento, yo estoy investigando acerca de la intervención profesional del Trabajo Social en Salud Mental, en el ámbito público hospitalario, en el marco de la ley de salud mental. Entonces, lo que he venido trabajando es, buscar referente de los distintos dispositivos del área de salud mental, con el fin que me puedan comentar acerca de los dispositivos, cómo se interviene, por ahí el centro de día tiene la particularidad que trabaja también lo que es la externación ¿no?, por ahí si me quieres comentar un poco.

Catalina: Bueno, hay una cuestión que es lo habitacional, que no está resuelto desde ningún ámbito, o sea, ya sea desde el municipio, desde la provincia, por ejemplo, vos tenés acá en comodoro, una casa hogar, que para ingresar a la casa hogar hay ciertos requisitos y aparte tienen plazas, entonces no todos pueden ingresar, ¿viste? Aparte de que también hay usuarios que están hace bastante tiempo y que todavía no se ha resuelto que se puedan, ya externar del todo. Ya están externados, pero bueno, en la casa hogar sigue siendo un dispositivo de salud todavía. A lo que vamos que no han ido, no tienen un hogar propio, ¿viste? Por X motivos. Eso ya está dentro de todo más estos últimos meses se pudo como avanzar bastante, ¿viste?

Pero hay como un bache en el medio, que todavía eso no se puede, o sea, y es una vulneración también de derechos porque, o sea, el municipio tiene un listado enorme de problemáticas habitacionales, entonces ellos van también seleccionando a quiénes, por ejemplo, le pagan un alquiler. Desconozco totalmente porque no sé bien cómo se hace.

Pero deben tener requisitos, me imagino que una prioridad debe ser cuando hay familias con niñas, niños, ¿viste? Bueno, sé que la discapacidad también tiene que ser abordada también como un tema, como parte de la agenda pública, pero bueno, sinceramente está todo colapsado en todo sentido. No se justifica, pero bueno, la verdad es que las prioridades son otras a veces de los gobiernos, ¿no? Y más en este contexto actual. Muchísimo más, que la discapacidad pasó a ser, a estar relegada, bueno, insultada en todo sentido.

Entonces bueno, ¿qué se puede esperar? hay un deterioro y un abandono de las políticas de salud mental, de discapacidad de todo. Desde mi punto de vista, obviamente, ¿no?

Luciana: Claro.

Catalina: También eso se deja ver. No creo que sea la única persona que opine igual. De hecho, ahora justo se volvieron, se va a volver a reunir, el consejo municipal de discapacidad, que hay referentes de distintas funciones y enviaron la nota al hospital.

Pero bueno, yo creo que mis compañeras que están en la internación, que están en ese primer paso de la externación, te pueden dar otro tipo de información que yo no manejo y en cuanto a lo tiene que ver a las cuestiones más que nada de gestiones y demás. Hay situaciones, cuando está la familia, vos sabes que el paciente una vez que está dado de alta, tiene un lugar donde volver.

El que no tienes una familia, o sí tiene una familia, pero que la familia no lo recibe en el mismo domicilio y no tienen tampoco posibilidades, ya sea económicas, habitacionales o demás, ¿viste? Bueno, ahí es donde empieza el problema, porque como te decía, no hay otros dispositivos como intermedios ya sean provinciales o municipales que hoy puedan resolver en forma inmediata eso.

De hecho, hay muchos que están en la situación de calle, y que inclusive hay pacientes que en algún momento pudieron alquilar un departamento, una casita, algo precario, pero que hoy no pueden directamente.

Se que ahora van a hacer justamente el miércoles 9 hacen, la primera asamblea vendría a ser. Y una de las preocupaciones tiene que ver con todo esto, ¿no? En todo el avasallamiento que hay con respecto a los derechos, a bueno, a la una una quita importante, ¿no? De todo, ¿viste? Que ahora las pensiones están todas en revisión, por ejemplo.

Y te piden un montón, por ejemplo, de la que es la parte médica te piden un detalle, pero un detalle enorme de todo, o sea, antes tal vez con un informe por ahí reducido, qué sé yo, servía. Ahora te piden, no sé, un montón de puntos que tienen que se tienen que detallar, ¿viste?

Y bueno, y eso genera también que se retrase mucho más el tema de la aprobación de la pensión y que tampoco depende de acá, depende de Buenos Aires. Imagínate todo lo que es trasladar toda la información a nivel nacional donde le llegan las pensiones de todo el país. Entonces, estamos tratando de ver la posibilidad de que tengan alguna ayuda económica, alguna, no sé si pensión o qué, ¿viste? Pero más que nada ayuda económica de provincia, de municipio, aunque también está bastante limitado encima. Todo recortado

Luciana: ¿Ustedes acá trabajan con alguna beca o apoyo económico?

Catalina: No, nada. Nosotros de lo que es la parte de salud que encima la parte de salud es muy hegemónica, todo lo que tiene que ver con lo médico y por ejemplo lo médico es, no sé, la atención y la y entregar una medicación.

Luciana: Claro.

Catalina: Y todo esto que tiene que ver con la parte de rehabilitación y con ese tipo de digamos de población con la que nosotros trabajamos les cuesta mucho entender. ¿Viste? Que los chicos tengan un profesor de educación física, que tengan un taller, que no lo pueden pensar si no es de la parte médica. O sea, y ya esto es salud también y es rehabilitación. Y tiene que ver con, con una política pública de salud, pero no se logra entender.

Todavía cuesta, de hecho, hoy por lo menos tenemos en la dirección asociada, hay una médica psiquiatra, digamos, que por lo menos puede dar un poco cuenta de lo que es la salud mental. Que en otro momento no hubo, este es la primera vez que hay una médica asociada desde la parte de salud mental.

Luciana: la dirección asociada sería general, ¿no?

Catalina: claro, La dirección general. La directora general que es Romina Galarza y después se dividen en direcciones asociadas. Y estas no te sé decir específicamente bien, hay creo que tres o cuatro directores asociados que cada uno como que responde a un área del hospital. Lo que es nosotros sería Marta Rodríguez, ella está en la parte de salud mental y de rehabilitación, por ejemplo.

Luciana: sé que cambió un poco el tema del organigrama del hospital.

Catalina: Sí, yo ahora no lo recuerdo perfectamente, pero bueno, más o menos es así

De hecho, te cuento que también cambió lo que es la jefatura, esta la jefatura de salud mental y adicciones y de ahí se desprenden tres jefaturas más, o sea del departamento de salud mental y adicciones, está la jefatura donde estaría Gladys Diaz, que es la parte de rehabilitación social, que está centro de día, casa hogar.

Después está la otra que es adicciones, donde están dependiendo los CIT y ahora se abrió una que es un dispositivo de enlace.

Luciana: ahí están los CAPS e infanto ¿Cierto?

Catalina: Claro, vendría a ser lo que era infanto y sabes que los caps estoy pensando.

Se armó un dispositivo de enlace que es como lo nuevo, que es todas las situaciones que vienen de guardia o algunas interconsultas del hospital y eso depende de ese dispositivo que es de enlace, se llama así.

Muy escueta mi información igual en ese sentido porque bueno, es mucho más amplio, pero Bueno, justo en ese dispositivo está la licenciada Duarte que es trabajadora social, entonces por ahí ella también te puede dar bien información, digamos, de todo lo que abarca el dispositivo. Pero bueno, de todos es el nuevo, digamos.

Luciana: Lo que antes era la red sociosanitaria de salud mental.

Catalina: Sí, vendría a ser esto. Se cambió el organigrama, ¿viste? No sé, yo creería que ya está aprobado porque también era todo eso. La dirección asociada presentó el proyecto todo y bueno y de ahí yo creería que ya debe estar aprobado.

Luciana: ¿Y en relación a las políticas públicas, ¿ustedes articulan con alguna política pública De lo que es en salud mental, articulan o trabajan con alguna política pública en particular?

-Catalina: Y lo que son las políticas públicas de salud, o sea, yo la sinceramente no me he puesto a leer a ver si hay alguna cuestión nueva. Nosotros nos seguimos rigiendo por la ley de salud mental. Después que haya algo nuevo escrito, la verdad que a nosotros por lo menos no nos han bajado o tampoco yo no me he tomado el trabajo de leer, pero bueno, viste que está el Ministerio de Salud que uno siempre es como que tiene ese alineamiento.

Sí, bueno, sigue habiendo siempre bastante encuentro y desencuentro con el tema de la ley de salud mental, porque también esta cuestión de cerrar la parte de lo que se denomina manicomio o en las instituciones así de puertas cerradas ha generado también bastante caos porque tenemos un montón de pacientes que empezaron a bollar, acá en el hospital, tenemos situaciones bastante complejas, que tampoco están, no están para una internación en salud mental, tampoco están para una casa hogar, son situaciones demasiado complejas, ¿viste?

Y el tema es que tampoco políticamente se armaron otros dispositivos para suplantar esos.

Con la ley de salud mental, si bien, el enfoque de derecho es algo de lo que todos estamos de acuerdo, hay cuestiones que tienen que ver con este con externaciones y con personas que bueno, que por ahí no están los espacios para esas personas. Como que sigue habiendo un vacío en algunas cuestiones, esto tiene que ver con decir, bueno, sí, no tiene que estar encerrada, pero bueno, ¿qué le proponemos?

Porque tampoco puede estar en la calle, y eso es lo que tiene, que tenés que cumplir, como ahí está la justicia, está la revisión y demás. Pero después no están los recursos. Te exigen, te exigen, pero después no tenés los recursos.

Luciana: Creo que esa es la lucha que vienen cargando hace ya cuántos años que salió la ley, más de 15 años.

Catalina: Sí, mucho más, sí.

Luciana: ¿y cómo es la intervención profesional en lo que es la guardia?

Catalina: ¿La guardia?

La guardia funciona 24 horas todo el año y el equipo es interdisciplinario, psiquiatra, psicólogo y trabajador social. Están las tres disciplinas. En el caso nuestro de los TS, durante la semana estamos de 8 de la mañana a 20 horas. Y los fines de semana estamos 24.

Y ahí bueno, recibis de todo digamos, no solamente descompensaciones, hoy por hoy la guardia tiene intentos de suicidio, autolesiones, nosotros también estamos, en la parte de infanto, o sea, nosotros tenemos la UMU, que nos llaman desde la UMU, que es la guardia general de adultos y después nos llama desde pediatría.

Y aparte de eso, en alguna circunstancia también nos hacen interconsultas de clínica médica, de cirugía, o sea, vos ves todo ahí prácticamente.

Luciana: ¿Lo que es clínica médica igual estas en la guardia?

Catalina: Te hacen interconsulta. te pueden hacer una interconsulta.

La vez pasada, por ejemplo, nos tocó una interconsulta. Es una señora que estaba en realidad estaba en estudio, ¿viste? Estaba en estudio porque era como que se desvanecía, no sé si le agarraban como convulsiones y había una cuestión también media como que sospechando algo depresivo.

Entonces bueno, llaman al equipo de salud mental, nosotros hacemos una entrevista y bueno y ahí bueno, el trabajador social más que nadie le haga la parte que tiene que ver con lo familiar, los vínculos, cuestiones que tienen que ver, con la historia de vida. Eh, después bueno, acá la especificidad se especifica en lo suyo, ¿no?

Después la vez pasada, en la en la guardia fue una, no sé, una chica manifestaba ansiedad. Y en un momento, hablando un poco, ella era como que se iba a vivir a Chile, volvía, se fue a vivir con su hija al Chaco. Entonces en un momento dice, "Sí, igual todavía no sé si me voy a ir."

Entonces yo le digo, "Pero vos tenés que pensar en la escolaridad de tus hijos." Le digo, "O sea, ¿qué querés hacer vos?, te querés ir, querés reccidir en otro país, ya lo tenés definido o estás pensando, estás viendo, le digo, "¿Pero qué vas a hacer con la escolaridad?" O sea, a tu hijo ya empezó en la escuela, le digo, "tenés que pensar que vas a hacer con la escolaridad de tus hijos, y la cuestión, del hábitat también, y me acuerdo que ella me dijo, "¿Qué sos?"

¿Vos sos psicóloga?" Y yo le digo, "No, yo soy trabajadora social." Justamente te pregunto, porque tiene que ver con la social, Le digo, el tema de la escolaridad de tu hijo, la cuestión del hábitat y me queda así como mirando. Pero bueno, yo le pregunté cuestiones más puntuales del área nuestra, que aparte tiene que ver con cuestiones de derechos, garantizar, o sea, el derecho de la educación de los hijos, pero sin cuestionarla, o sea, sin una cuestión de prejuicio, sino que más que nada era como para entender un poco qué es lo que ella estaba tratando de decirnos y de también de decir, "Bueno, pero te vas a ir, te vas a quedar, fijate digamos en qué te puede perjudicar a vos, a tu familia, a tus hijos y demás." Pero bueno, después tenemos intervenciones digamos de muy diversas.

Por lo general nosotros el trabajador social se encarga más de entrevistar a las familias, de por ahí llegar un poco a ver si hubieron, no sé, antecedentes de salud mental y de ver si te pueden decir algo con respecto al comportamiento de la persona, como ver si hay pautas de alarma, un poco ver cómo fue su historia de vida, si estuvo escolarizado, hasta qué grado llegó, ¿por qué no terminó escuela?

Tenemos situaciones de violencia de género, situaciones de situación de calle también, como que esas serían como las más principales, ¿viste?

Y después también uno va indagando la documentación y que quede todo lo mejor ordenado, digamos, para que después el equipo que lo trate, más o menos tenga algo más ordenado de esa persona, fotocopia del DNI, si tiene certificado de discapacidad, si no lo tiene, por qué no lo tiene, cuestiones que tienen que ver con todo lo que es la dinámica familiar y social, comunitaria.

Luciana: Y en relación a el trabajo interdisciplinario, ¿cómo trabajas así de forma interdisciplinar? ¿Qué implica? ¿Implica algún desafío?

Catalina: No, porque uno en realidad yo siento que me enriquezco mucho más, porque de hecho aprendo de del trabajo, digamos, interdisciplinario porque por ejemplo, lo que pregunta uno, o sea, yo no puedo hacer preguntas específicas de ello, entonces también eso te va como abriendo o poder entender un poco más las cuestiones de la salud mental que tienen que ver más específico de la parte médica, la parte de psicología o por ahí ellos, no sé, nos ha pasado un montón de situaciones donde te dicen, "Es re manipulador." Por ahí el T.S. no se da cuenta de esas cuestiones. Y por ahí ellos tienen ese ojo más, digamos, específico de sus profesiones que te lo detectan así, rapidísimo.

Entonces, bueno, esas cuestiones que uno va como aprendiendo con el otro, con las otras profesiones

Luciana: Y en relación a lo que es específicamente centro de día hoy, ¿cómo funciona? ¿Hubo cambios?

Catalina: Bueno, por ahí eso lo dejaría más para Gladys que es la es la jefa, digamos, ella quiere hacer algunos cambios. Esto de que se enfoque más en lo laboral, los talleres y demás estén como enfocados más en una cuestión laboral y ella quiere que los usuarios empiecen como a trabajar, digamos, o sea, por ejemplo, hay un usuario que dice que él quiere hacer viandas.

Y bueno, por ahí hay unas cuestiones ahí que no coincidimos mucho en eso, pero sí se mantienen todos los talleres, de hecho hoy tenemos un poco más.

Luciana: bien, y los talleres, la articulación con EPJA, ¿Sigue funcionando?

Catalina: siguen funcionando.

Ahora lo que sí se amplió un poco más, porque tenemos otras incorporaciones, por ejemplo, hay una profe de educación física, entonces ella, pudo armar tres talleres que uno es de psicomotricidad, otro es mujeres en movimiento, que sería gimnasia digamos, distintas actividades que tienen que ver con el movimiento, la parte física y después hay uno que es mixto, que son tres son tres espacios.

Después sigue, bueno, lo que es estimulación cognitiva, musicoterapia, espacio de mujeres, asamblea.

Luciana: ¿Vos estás en el espacio de asamblea?

Catalina: No, o sea, yo estaba hasta ahora hasta hace poquito, pero también ahí, preferí correrme porque también se quiere que el enfoque sea otra en la asamblea. Recién estábamos hablando con mis compañeras las cosas que se están pidiendo, es como que se pierde el espacio en la asamblea desde nuestro punto de vista, porque se quiere que todos los chicos tengan una agenda y que vayan anotando cosas, pero ahí perdes el diálogo, perdes la mirada, perdes el espacio que justamente es para que ellos se expresen, porque van a estar pendiente en copiar y no en estar escuchando o tratando digamos de aportar algo. Entonces, yo preferí correrme

Lo más rico es cuando se genera el intercambio, el diálogo y la ida y vuelta. En la escucha que tenes que estar siempre con una escucha activa en la asamblea, porque sino, no sirve y si vos vas a estar con un cuaderno perdes un montón de eso o si vos le pedís a ellos que tengan una agenda o un cuaderno, lo mismo porque te van a estar preguntando, ¿qué dijiste?

Para mí eso es para otro tipo de espacio, que de hecho nosotros hicimos en un momento, existió calendario, que era una actividad que ellos tenían una vez a la semana creo, en esa semana ellos iban anotando sus actividades

Y también bueno, sugerencias o qué ideas tenían o qué le gustaría hacer los fines de semana, como que ellos anoten también qué podrían llegar a hacer un fin de semana y demás.

Luciana: ¿Vos ahora sos parte del equipo técnico?

Catalina: Sí. Sí, ahora puntualmente estamos con el tema esto que yo te decía de los usuarios que no tienen pensión o que no les alcanza la pensión y bueno, estoy con los informes sociales actualizándolos o haciéndolos de cero para poder hacer gestiones. Después yo estoy en la mesa intersectorial de prevención del suicidio.

Estoy en una de las comisiones, estoy en la comisión de adolescencias y bueno, soy una de las pocas como representantes de salud mental que está en la mesa. De lo que somos nosotros de todo lo que es salud mental, soy una de las pocas. Pero bueno, yo porque quería hacer algo distinto, primero porque nosotros, digamos, en la guardia vemos mucho suicidio, entonces a mí me parecía importante estar en la mesa.

Luciana: ¿en que división me dijiste que estas?.

Catalina: En la de adolescentes. De hecho bueno tenemos que rotar, nos piden rotar de comisiones. Yo por ahora estoy en de adolescentes porque la verdad que viste al tener nosotros como una organización semanal y demás, no es que puedo participar siempre de la mesa.

Lo que es adolescente se trabaja en las escuelas, se hacen talleres que después si quieres después te doy los nombres de las actividades que se hacen porque ahora no las recuerdo bien, pero uno se llama Primera Voz.

Nosotros tenemos un grupo de WhatsApp y después ahí tenemos un drive donde tenemos las capacitaciones, ya están hechas. O sea, vos vas, accedes al link y ahí la haces, es como que

están grabadas, a eso voy. Están grabadas, entonces, bueno, tienen que ver todo con el tema de los derechos, pero se atraviesan todas las temáticas que pueden, digamos, que acontecen a la adolescencia.

Todo lo tiene que ver con, la violencia, violencia en el noviazgo, el tema de todo lo que tiene que ver con la parte ESI, todo digamos, no es que vos vas directo a lo que es suicidio, si no es que vas como trabajando distintos temas y obviamente que dentro de eso incluí cuestiones que tienen que ver con la prevención del suicidio. Está bueno porque es muy dinámico,

Hacemos como distintas actividades, por decirte, ¿no? Que ellos tienen que buscar, o sea, tesoros en la escuela, entonces se les da específico un listado de 10 cosas que tienen que buscar en la escuela, o sea, un DNI, un preservativo, un labial, como cuestiones que ellos tienen que buscar en toda la escuela, cosas que tienen que pedir a las docentes, cosas como muy específicas. Entonces es como un poco también para entrar en confianza, para que ellos se sienten, para que la clase sea o la actividad sea como más extendida, que no sea como una clase como ellos están acostumbrados a tener, sino que bueno, es una dinámica de taller aula, que sea mucho más. Entonces, desde ahí, después ya, vamos directamente como actividades más puntuales, se hacen como actividades con preguntas, semaforo, etc.

La mayoría tiene que ver con cuestiones más lúdicas, pero abordando distintas temáticas que tienen atravesen a los adolescentes. Y después, tratamos de que sea como tipo un debate, cosa de que ellos también puedan preguntar, puedan sacarse dudas.

Luciana: ¿cómo trabajaban con los usuarios, por ejemplo, el hecho de las externaciones, pero de acá, o sea, de lo que sería centro de día?

Catalina: En realidad, siempre se habló de que claro, que el usuario no es que tenga que egresar de acá, pero sí lo que tienen es que ellos hagan una pata en la comunidad, que no se queden con este espacio, porque terminas si no de alguna manera como estigmatizándolos o enlatándolos en una cuestión de solamente de salud mental.

Ellos, digamos, los usuarios que hoy tenemos en nuestro dispositivo, o sea, el perfil, la población, la característica que tiene toda la población, ellos pueden hacer actividades como todos como cualquier persona, o sea, pueden estudiar, pueden trabajar, pueden enamorarse y tener una familia, o sea, hacer una pareja. Entonces, uno lo que hace es un acompañamiento en algún sentido con ellos, con la familia, con los operadores.

Nosotros sí lo que hacemos como que promovemos de que ellos hagan actividades en la comunidad, sobre todo en su comunidad, o sea, vive en el barrio de Quirno Costa, bueno, a ver, ¿qué actividades ofrece Quirno Costa? Si pasa nos ha pasado de que hay mucha resistencia por parte de esas instituciones.

Nos pasó con el CPB EVITA con específicamente con un taller de costura que fueron dos usuarias y una de ellas, bueno, eran las dos, como que tienden mucho a decir que le agarran crisis, y eso también genera, como en la otra persona que no conoce como miedo, temor, rechazo y demás y nos pasó de una situación bastante complicada, que de hecho, no sé si se hicieron reuniones o no, pero porque eso fue algo que se tenía que hacer porque querían que vayan con acompañantes y si no, que no vayan. Y había una que ella no tiene acompañante y no tiene acompañante porque no lo necesita, porque es totalmente autónoma y no hay necesidad y entonces después nos dimos cuenta que era un problema de la docente.

Era un problema de ella por yo hablé con la gente del CPB y le explicamos y le dijimos del taller, la mujer que daba el taller de costura. La tallerista, era un problema de ella. Ella quería que vayan con una acompañante porque ella tenía miedo pero los pacientes estaban bien. Es lo que le decimos, a ver, a cualquier persona le puede pasar algo, o sea, no es específico de alguien de salud mental. Vos también te puedes descomponer, yo me puedo descomponer o me puede no sé, me puedo marear y me puedo desmayar.

Hay algunos usuarios que ellos padecen el fin de semana y que están esperando que llegue el lunes para venir al centro de día. Entonces hay una cuestión de pertenencia muy grande y yo creo que eso, o sea, entre comillas, ¿no? El recibimiento que ellos tienen acá, la aceptación que tienen acá y demás, no la encuentran en otros lugares.

Y lo que nos está pasando algo que por ahí sí es una problemática bastante complicada que la vez pasada tuvimos una reunión familiar que de hecho hasta nos ofrecimos a hablar con la gente de la iglesia, porque les dicen que no tienen que tomar la medicación. Que Dios los va a curar, que la que que tienen que confiar en Dios, que Dios los va a curar y la vez pasada hablamos con un con un familiar por este tema porque obviamente que es grave.

Nosotros le decimos, no, nosotros no estamos diciendo que se tienen que ir de la iglesia, que no tienen que participar, o sea, no, simplemente que no traten de interferir en la cuestión médica. O sea, una cuestión es cuestión religiosa, una cuestión es cuestión médica, profesional, ciencia.

Y eso, si bien, por ejemplo, nosotros le decíamos en lo que es las adicciones, tiene como bastante buenos resultados, aparentemente tiene buenos resultados en la iglesia, no con pacientes de salud mental, porque justamente lo que no tiene que dejar un paciente de salud mental es la medicación.

Y le dijimos, yo entiendo que ustedes piensan que Dios los va a curar, pero nada los va a curar porque no existe la cura, la ciencia la sigue buscando y no existe la cura. Ellos piensan que por la parte de la iglesia se van a curar. Entonces muchos quieren dejar la medicación porque le dicen eso y acá la gran mayoría va a alguna iglesia. Entonces eso es algo que la verdad que nos ha dificultado bastante.

No hemos llegado a sesiones extremas, no nos ha pasado nada extremo todavía. Pero es como una alerta muy importante que hay que tener todos los días prácticamente, porque aparte ellos es como que también buscan ese espacio, sienten que les hace bien y demás, pero bueno, o sea, que le digan que se van a curar con la palabra de Dios y dejen la medicación es todo un tema, es complejo, bastante complejo.

Luciana: ¿desde tu rol profesional, ¿qué observas vos en relación a la incidencia que tiene la familia en lo que es el tratamiento?

Catalina: Y también con esto, por ejemplo, como de decirlo, el familiar que que le tuvimos que citar por esta cuestión de que son de la religión y viste y algunos ni siquiera entienden por qué su hijo tiene esquizofrenia. Como que tienen Siempre duda o piensan que cómo se va a curar mi hijo. ¿Se va a curar en algún momento? o también esto de si pueden tener una familia, ¿Pueden tener hijos? A mí me dijo el médico tanto que mi hijo no va a poder ser una familia y cuando yo me muera, ¿Qué van a hacer?¿Qué va a pasar con ellos?

Hay un montón de cuestiones de miedos y demás y nosotros los viernes los acompañamos bastante, o sea, la psicóloga y yo estamos ahí como tratando más que nada acompañarlos, orientarlos, asesorarlos en algunas cuestiones que ellos necesiten.

Luciana: Las entrevistas, cuando vos hablás de entrevistas familiares es en relación a las familias de los usuarios....

Catalina: Sí, un seguimiento.

Luciana: Y Casa hogar, ¿ustedes también intervienen?.

Catalina: Sí, yo por ahora como está Gladys, bueno, ella es la jefa y aparte como es trabajadora social, en cuestiones de gestiones y demás se está encargando ella y yo me estoy como enfocando más acá al centro de día. Y está María que es la psicóloga, estaba más en caso hogar y después está Carolina Reinoso que es la técnica de salud comunitaria.

Luciana: ¿desde casa hogar cómo se interviene?

Catalina: ahí viste que hay que trabajar la la externación de acompañamiento de los usuarios que están y después hay que hacer un montón de cuestiones que tienen a cargo otro tipo de estudios de salud, ahora estamos con esto de las de las ayudas económicas,

Luciana: ¿cuáles son los requisitos para que ingresen a lo que es Casa Hogar? ¿cómo sería la derivación para Casa Hogar y para lo que es centro de día? Tengo entendido que se pueden acercar por demanda espontánea igual.

Catalina: Sí, se pueden acercar por demanda espontánea, pero todos tienen que tener, digamos, un equipo tratante.

Nosotros, bueno, por ahí en una entrevista, obviamente, si está descompensado, lo mandamos a la guardia. Tienen que estar tomando su medicación si tiene que estar con tratamiento farmacológico, con su equipo tratante y después también ver qué es lo que ve el médico o su equipo tratante para rehabilitar, qué es lo que ellos necesitan rehabilitar.

Porque también nosotros trabajamos, por ejemplo, con patología como esquizoafrenia y demás y después tenés ahora tenés el centro el municipal también, el centro de discapacidad municipal, que ahí van otro tipo de más que nada la parte más de Retraso mental grave tiene otro tipo de población. Nosotros acá, no tenemos accesibilidad, ese es un punto negativo porque tenemos el ascensor pero no funciona y la accesibilidad acá es bastante complicada.

De hecho, deberíamos estar en otro lugar, pero nosotros como equipo peleamos por un lugar mejor, digamos, porque ya tuvimos en una vecinal, compartimos en un sitio donde teníamos un espacio así para todos, para los usuarios, para nosotros todos juntos.

Luciana: Bien, bueno eso sería todo. Te súper agradezco por tu tiempo, y cualquier cosa que me haya faltado estamos en contacto, ¿Te parece?

Catalina: Dale sí, no hay problema

Anexo N° 5

Entrevista conjunta a referente histórica del área de salud mental y actualmente referente del área infanto juvenil del Hospital Regional. (Valeria Astudillo: Licenciada en psicología y Ariel Vidal: Licenciado en Trabajo Social)

Fecha: 01/04/2025

Entrevistadora: Luciana Valdebenito.

Hora de inicio: 14:20 hs.

Hora de finalización: 15:32 hs

Objetivo: Indagar acerca de las transformaciones y reformas que han suscitado en el sistema de salud mental del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia a lo largo de la historia hasta su actual funcionamiento.

Luciana: ¿De qué manera se configuraba el modelo de atención en salud mental, previo a la Ley provincial y nacional de salud mental?

Valeria: Yo cuando arranqué, que yo arranqué en el 2004 como concurrente, en realidad todo lo que fue posterior a la ley, claramente no existía, ¿no?. Es más, ni ediliciamente, era otra cosa, era en el segundo piso como esa puerta de hierro media temida, ¿viste? que se abría como en las películas con llave..

Sí es real que el otro día cuando vos me pusiste el cuestionario que hiciste, cuando te pregunté de boca, me acuerdo que había como una cuestión de mucho más contacto directo y no tantas cuestiones separadas desde hasta desde los espacios físicos con la internación. Porque vos ingresabas, había como un espacio de habitación para hombres, otro para mujeres, un espacio común de comedor, todo en un mismo piso donde hoy es UTIP (unidad de terapia intensiva pediátrica). Y el funcionamiento en ese momento era, bueno, había psiquiatras, había psicólogas. La TS era como una TS prestada de servicio social que siempre participaba en los pases y hacía como las intervenciones puntuales, pero no tenía como hoy tiene, el departamento

de salud mental, trabajadores sociales específicos para el trabajo interdisciplinario. Y después bueno, estaban los enfermeros y el espacio era muy común porque nosotros teníamos nuestro lugar de reuniones como decirte que estamos acá a la reunión, ¿viste? Y allá están las habitaciones, entonces vos salías a un hall central que te llevaba y te cruzabas con los pacientes en el pasillo, con los enfermeros, distinto a lo que es la dinámica hoy. Se nos metían los pacientes a los momentos que estábamos en los pasos, entonces había que redirigirlos a veces a los pacientes a que se vayan a sus espacios.

No había comodidad la realidad, para lo que tiene que ver con entrevistas, muchas veces las entrevistas de seguimiento y de evaluación que se hacían, si se podían, en la habitación, a veces liberada porque no estaban los otros pacientes y si no en los espacios de comedor, el comedor se transformaba en un gran consultorio colectivo donde los colegas íbamos usando como las esquinas y los sectores para hacer las entrevistas y las evaluaciones. Eso para lo que era el ámbito de la internación.

Después sí habían consultorios externos que ninguno era plenamente acondicionado para la atención de pacientes de salud mental, ni hablar de la atención en infancia, adolescencia. En ese momento no había guardias, sí habían habido algunas guardias previo a esto, a que yo haya ingresado. habían algunas guardias médicas nada más que atendían los psiquiatras.

Había dentro de lo que fue, porque yo entré en el 2004, te decía que entré como concurrente y después seguí. Había un espacio así de consultorio externo de admisión, en el cual uno participaba con las psiquiatras. Después de ahí, decantaba hacia donde iba, si iba a un espacio de tratamiento psicológico, alguna evaluación psicodiagnóstica o un paciente que entraba en el circuito más de evaluación y de tratamiento psiquiátrico.

Lo que tiene que ver con el espacio físico siempre fue un tema. La verdad que haber ganado el espacio ese después de lo que habrá sido 2010 capaz, no me acuerdo bien la fecha. Sí, entre 2009 y 2010, que se logró el uso del nuevo espacio de construcción, ahí sí se pudo tener los consultorios más disponibles porque nosotros en su tiempo cuando yo arranqué, incluso atendíamos en un consultorio que era la mitad de esto, que era un escobero. Así arrancamos. Vos fijate el lugar que tenía la salud mental.

Había otro espacio de consultorio externo que eran las antiguas casitas que había fuera, que hoy no existe nada, que es donde hoy está área programática, en ese sector había varias casitas en una de ellas funcionaba CESIA que se conoció siempre como La Casita Verde y después en

el otro habían psiquiatras que atendían ambulatorio y nosotras que habíamos empezado a trabajar con infancia, teníamos ese espacio. Nuestra caja diagnóstica eran itineraria porque la llevábamos y la traíamos a cada lugar, no había nada, digamos, que se pueda sostener. Y después todo lo que tenía que ver con atenciones externas también era el consultorio que había disponible. O sea, a veces usamos el de Gineco, el de odontología que vos después cuando vas en el tiempo, ¿no? Que uno va para atrás y hoy logra y ve que hay más mayor calidad de atención, decís en qué lugares hasta peligrosos atendimos, tanto para niños como para pacientes, digamos, de grandes adultos.

Y después todo lo que era eso en cuanto a la atención de aquel momento. Que con el tiempo modificó muchísimo. Los equipos que trabajamos, trabajamos todas las edades, todos los pisos en ese momento. Habían como mayores inclinaciones hacia uno u otro, digamos, pero por una cuestión de organización, pero íbamos rotando, de hecho en ese tiempo y después por un tiempo más hasta que fuimos como haciendo la división, hacía piso de clínica, cirugía. Siempre me gustó más lo que es infante juvenil, pero en lo que era la experiencia y aprender todo el movimiento hospitalario trabajamos en todo. Siempre con interconsultas a los pisos.

Los acompañamientos los hacíamos con algunas trabajadoras sociales que eran referentes de cada servicio. Entonces, de servicio social tenía, por ejemplo, en ese momento estaba María del Carmen, que era la que era referente y así prestada para lo que era salud mental. Pero Gineco tenía la suya, pediatría tenía la suya. Entonces, cuando vos hacías alguna intervención y trabajabas, digamos, con la TS era esa TS, del servicio social. Que en ese momento tenía independencia, no dependía de otro lugar.

Después cuando se fue dando de a poco todo este auge de de la ley, la verdad que generó como muchas oportunidades y también molestias, ¿viste? Como que no fue claro cómo se buscaba implementar. Se buscaba, creo que en eso no es diferente a lo de a lo que nos viene a y nos atraviesa siempre, que es pedir hacer más por ahí poder ampliar, digamos, acciones, en este caso con la ley se vino a trabajar mucho lo que fue prevención y promoción. Yo creo que una de las cuestiones que a mí, me hace pensar que fue como de mayor impronta fue esto, con el inicio de esos recursos que hubo de los equipos itinerantes, que hubieron colegas que transitaron, que hoy están en los dispositivos que transitaron en esos momentos. Una de las cosas que creo que abrió mucho fue esto, el ir a la comunidad, el hacer trabajo de prevención y promoción y salir un poco del asistencialismo y de la cuestión hospitalaria. Yo creo que fue eso una de las cosas que más impactó.

Y frente a esto, creo que un poco por el desconocimiento de cómo se implementaría todo esto, con los que éramos, generó mucho malestar. Yo recuerdo, ¿no? a nivel de equipo, de cómo, a dónde nos iban a mandar, ¿viste? Como esta cuestión medio de fantasmas también de que se iba a generar. Me acuerdo que hacía mucho ruido, hubieron momentos de tanta incertidumbre que hubieron varias colegas que se fueron en ese momento de transición. De hecho, quedamos muy poquitas de las que arrancamos allá en aquella época. Entonces creo que la demanda, digamos, de poder salir hacia afuera para descentralizar no fue muy bien recibida en general, había bastante resistencia.

Ahí se empezó a trabajar en esto de que había que hacer implementar la ley. Se empezó a hacer un poco más de división de tareas y de trabajo, entonces empezó a recortarse más los que estaban en internación de los que estaban en el ámbito de la atención ambulatoria. Los equipos itinerantes eran con quienes por ahí nos reuníamos como para intentar articular, pero eran re poquitas. Eran no sé si cuatro colegas las que estaban cinco en ese equipo de itinerante, que hoy fueron las que formaron los dispositivos más externos, ¿viste? Casa Hogar, parte del área externa. Y en ese tiempo yo también participaba de internación a medida que fuimos recortando tareas y población, fui quedando más en el externo y específico de la población infanto juvenil.

Después bueno cuando bajamos la verdad que la intervención fue otra. O sea, la realidad es que una cosa que yo marco, es que realmente para el paciente mejoró mucho la calidad de permanencia en sus internaciones. Los que conocimos y los que aparte nada, viste que fue un poco sacar el fantasma de cómo era esa puerta de hierro que decía psiquiatría.

Ariel: Además los grupos eran todos... Yo me recibí en 2008 y las prácticas de Trabajo Social II las hice en el GIA que era antes. Entonces estaba psiquiatría y bajamos a un piso, al primero digamos, y estaba el grupo que estaban todos, o sea el paciente esquizofrénico, el alcohólico, la familia, todos juntos participaban en el taller que estaba a cargo de una trabajadora social de aquel momento que era la referente de psiquiatría. Entonces se juntaba todo, tiraban disparadores y el que lo agarraba, lo agarraba y empezaba a hablar. Entonces no está, como está vision que te dice vale.

Valeria: y ellos tampoco, ¿viste? nunca tuvieron un espacio porque eso eran espacios prestados. Entonces la realidad es que ellos también itineraban hacia donde se podía. Ella trabajó un montón lo que fue, lo que hoy serían los CIT. Digamos que ella lo tenía ahí, pero igual con una diversidad de de pacientes. Mira, me había olvidado de esa.

Luciana: ¿Cómo me dijiste el nombre?

Valeria: el grupo era GIA, Grupo Institucional de Alcoholismo, pero la realidad es que había de todo, o sea, si bien todos estaban quizás más o menos atravesados por esta cosa del consumo, había muchas veces que primaban otros más, otras patologías, y ella estaba como centrada en ese acompañamiento. Ponele que ingresaba alguien con algún antecedente, entonces se veía, yo tenía la entrevista y se veía sí era admisible para poder hacer el trabajo grupal, porque era fundamentalmente grupal, si bien él hacía sus cuestiones individuales, ella era más que nada grupal. Pero ella no intervenía por ahí directamente con otras situaciones más de red, de articulación y demás que lo hacía la otra TS. Como que ella estaba más centrada en este tipo de actividades.

Perduró ese grupo, obviamente hasta que ella se jubiló, pero aún cuando estábamos abajo, que ya nos trasladamos, ella seguía y esas asambleas, esas reuniones grupales que hacía, solía hacerlas o en el despacho que le ofrecían o en la sala de espera, me acuerdo que muchas veces generaba en los horarios más de tarde, que era donde fluía menos cantidad de pacientes de estar.

Luciana: ¿Lo de hacer las asambleas en la sala de espera era por falta de espacio?

Sí. Sí, porque a veces los espacios de consultorio eran muy pequeños, entonces era un poco más como por lo habitacional.

Luciana: Claro. Y después, ¿cómo fue el paso de lo que sería, antes era solamente el área de psiquiatría, ¿no? y después se pasa a cambiar la denominación al departamento de salud mental o cómo fue ese cambio?

Ariel: los cambios aparejados son los cambios de la ley de salud mental, osea antes era todo psiquiatría, después cuando aparece la ley se nomina distinto y se modifica, se instalan los dispositivos.

Valeria: Y que eso fue en esa época entre 2011 y 2012 eh que ya te digo, en ese tiempo imagínate que la mayoría de los profesionales eran todos profesionales de muchos años de recorrido, todos con la impronta y el paradigma más desde la psiquiatría. Si bien había psicólogas que trabajaban y pensaban la red y demás todo, siempre muy atravesado por lo médico. De hecho, cuando nosotros yo ingresé, el jefe era médico y por mucho tiempo el

referente siempre fue médico, hasta que se da que se jubila, que otro rechace y demás, y termina funcionando una psicóloga como la referente en ese momento del departamento. Después de ella vuelven a asumir médicos. Después que se jubila ella los lugares nuevamente fueron ocupados por por médicos hasta que se da el ingreso de la gestión anterior. Hubo dos gestiones posteriores que fueron de psicólogos, pero bueno, siempre costó mucho el tema de la organización porque en esto nuevo que venía la ley con las nuevas disposiciones, que era lo que por ahí decíamos, en organigrama hospitalario no figuraba y este año recién es que está siendo como distinto.

El raviol era servicio incluso en un momento, hasta que después fue departamento de salud mental; estaba todo legitimado desde lo simbólico, pero lo que es papeles y en lo que tiene que ver con una cuestión de disposición escrita y organigrama nunca existió. Entonces, bueno, esto también costó a un montón de de reconocimiento desde los lugares de jefatura y demás.

El único que estaba digamos ahí real, era el que era jefe departamento, que también después de eso se jubila, lo ocuparon algunos médicos. Después se fue buscando, cuando se empezó a dar el tema de la de los diferentes dispositivos, se fue nombrando referentes. Se nombró referente también de internación. Estaba todo muy centrado y había muchos profesionales en lo que era la internación, pero que a su vez hacían externo. No es como ahora que está como mucho más centralizada hasta la función y la tarea que ocupa el trabajador social o el psicólogo en ese dispositivo. Antes vos estabas para la interconsulta de piso, para el paciente externo que tenías y para la internación. Entonces como que tenías pacientes de los tres lugares. Por ahí los pisos nos dividíamos por equipos, pero en general es como que tenías así un abanico de funciones y de intervenciones.

En eso creo que fue positivo, ordeno. En los dispositivos, de trabajar por dispositivo y de recortar porque no es lo mismo el encuadre de trabajo en la internación en en salud mental que el espacio de casa hogar, que el abordaje comunitario en lo que era área externa. Yo creo que eso permitió darle como otro orden mucho más organizado. Para el seguimiento de los pacientes y para lo que tiene que ver con también con el trabajo de cada uno y el cuidado cada profesional, porque realmente era como mucho. Te das cuenta en el tiempo, cuando estás en la situación, vos ibas y hacías.

Yo te digo que me di cuenta en el tiempo, o sea, una vez que salí de internación me dedique a externación, recorté la población porque hasta que te liberaste también de pacientes adultos,

lleva un tiempo, que es lo que ha permitido. Y por ahí como dice Ariel, no es lo mismo el encuadre que vos tenés bien en el CIT, que lo que tenés en Casa Hogar, porque en realidad tienen objetivos todos distintos. Yo la mayor parte en realidad siempre estuve en el hospital, si hice las dos cosas, externo e internación.

Es más, lo que fue, digamos, el crear en su momento el dispositivo infanto juvenil que hoy ya no tiene nada de lugar como dispositivo, tuvo que ver con esto de poder tener una autonomía de trabajo distinto, poder pensarlo interdisciplinario y ampliarlo porque el abordaje en niñez va más allá de un TS un psicólogo y un y un psiquiatra.

Para nosotros es multidisciplinar y es importante poder trabajar con otras incorporaciones de otras disciplinas, ¿no? Una psicopedagoga, una terapeuta, una técnica específica en lo que es abordaje en niñez, que así estuvo pensado en su momento el dispositivo. Pero bueno, ahora volvimos a cambiar.

Y obviamente el dispositivo tenía peso a nivel hospitalario, pero desde lo simbólico y del legítimo, tampoco desde lo legal, y el dispositivo nuestro fue construido como idea y proyecto nuestro de acá de las que trabajamos en infancia, que fuimos como recortándonos más, incluyendo por ahí colegas que por ahí fueron pidiendo también los lugares, por eso te dice que área T estaba en CIT.

Yo antes estaba en internación, de internación me quedé solo con consultorio externo y después fuimos abordando todo lo que siempre vinculaba pediatría, ¿no? Entonces, hacíamos piso de pediatría más externo. En esto de los recortes, que hay pros y contras en los recortes, esto es una opinión personal. Porque por ejemplo, nosotros somos pocos para lo que hay que abordar, nosotros te digo lo que es infancia. Somos pocos, porque en total éramos seis, de los seis quedamos cinco psico, TS eran eran dos, si bien se amplió TS no quedó por ahí muy equilibrado capaz, Porque de las que estamos quedamos algunas concentradas en lo que es atención de internaciones pediátricas que te implica todo. Aquella interconsulta que surge, digamos, de la internación, no sé, por una cuestión de internación prolongada, un debut de alguna enfermedad, alguna sospecha de alguna una situación de maltrato, de negligencia, algo que surge en una internación, que no tiene que ver con criterios de salud mental, pero que hace la intervención, que siempre son en duplas, eso sí es real, siempre las intervenciones, por lo menos desde lo que yo tengo registro, siempre iniciamos, así como evaluaciones en duplas.

Después capaz que seguía solo por mucho tiempo el psicólogo acompañando, pero la evaluación y el acompañamiento sabes que con el TS siempre está. Yo en lo personal tengo como ese recuerdo. Eh por ahí no de la misma manera que te permite consolidar distinto el el equipo, al estar siempre metidos en lo mismo, porque yo vi que venía como prestada, pero siempre hubo como está este intercambio con ellos.

Yo de verdad que con las viejas, que ya estan todas jubiladas, y algunas la verdad que han fallecido, de ellas aprendí un montón en el trabajo institucional con las TS y de las redes y un montón de cosas. La verdad que es re rica la experiencia. Y en esto de recortar quedamos un par destinadas a esto y otras que quedaron para lo que es el sector de la comunidad y todo lo que es atención en en los centros de salud. Pero vos mirás los números y es como que no alcanza. nunca Entonces para lo externo quedaron muy poquitas.

Luciana: ¿cómo fue el paso, yo tengo más o menos una idea, primero surgen lo que serían ahora los CAPS y los CIT, ¿verdad? ¿Y después surge lo que es centro de día, casa, hogar y demás o surgió todo junto?

Valeria: No, no surgieron todos junto,

Ariel: los CITs son viejos, ya 2007 más o menos.

Valeria: Yo te diria que los CITs son previos a toda la incorporación de los otros dispositivos, porque incluso tienen independencia.

Ariel: Claro, tenía una dirección aparte, lo que era el CIT zona sur, que era el único centro, en la calle Rivadavia, que funcionaba ahí. Y estaba una colega que es Gladys Díaz, a cargo. Ahora es CIT, antes era centro día. Y con el cambio y la modificación también de la ley, se denominó Centro de tratamiento integral de las problemáticas de consumo, y a medida que la población de Comodoro fue creciendo, no daba abasto tampoco el CIT zona sur y es que se arma otro en zona norte. Esa es la más reciente y no me acuerdo, o sea, ya tiene un par de años, pero no me acuerdo cuándo se inauguró.

Valeria: No, yo tampoco.

Valeria: pero ellos estaban como previo a todo lo que fue el cambio, pero porque había, como te dice él, tenía como una dirección independiente a lo que era la consulta.

Estaban los Centros de Día que eran de consumo, alcohólicos anónimos que en aquel momento que era como más autoreferente, de apoyo, y después en la iglesia católica habían grupos hacia años atrás para lo que era consumo. Alcohólico anónimo sigue funcionando

Valeria: y funciona bastante bien, me parece como que han crecido como fundación.

Ariel: y como espacio físico, porque ahora tienen la escuela del Padre Corti.

Luciana: ¿Y antes de quién dependían o qué dependencia tenían los CIT?.

Ariel: En realidad siempre perteneció a lo que era salud pero tenía como una partida de dinero aparte, entonces como que tenía un mayor ingreso como que esa partida siempre con esa fuente siempre ingresaba plata. Después todo lo que estaba cuando sale el Telebingo, Chutense, cuando comienza, había un gran porcentaje y de los casinos creo también que iban para esa fuente. Entonces desde ahí se podía como pedir más cosas, digamos, no recurso, pero si se podían solicitar como muchas mas cosas o a veces también los convenios con las comunidades terapéuticas

Valeria: En su momento es como que a nivel de Rawson las direcciones eran independientes.

Ariel: si, el CIT lo tenía directamente Rawson.

Valeria: claro, no había como una dependencia acá. Y después lo que fue, antes de que estén todos los dispositivos, lo que funcionó digamos, intervenciones comunitarias fueron los equipos itinerantes. Que esos trabajaban en los centros de salud. Entonces ponerle eran siempre en duplas, encima las colegas que yo me acuerdo que estaban en ese momento eran Nati, Vivii, Fabi, una que se fue y se creo que salió, no sé si era en Senguer o Sarmiento pasó a pedir pase para allá. La que hizo mucho, mucho fue Vivii y Fabi y Nati.

Que ellas hoy, bueno, después una de ellas, dos de ellas pasaron a estar como en coordinaciones de los dispositivos. Es como creo que ellas fueron las semillas de lo que fue después como en la ley, que surgieron como los dispositivos. Y yo creo que antes de que surja la casa hogar, surgió primero lo que fue Centro de Día. Después se generó toda la construcción de la casa Hogar.

Eso como fueron los precursores, ¿viste? Como te decía, así como el itinerante y todo eso como precursores a lo que fue construir como con otra calidad todos los los dispositivos de ahora.

Luciana: Y después de ahí se conforma lo que antes era la red, ¿sería? ¿La red sociosanitaria de salud mental o eso fue mucho después?

Valeria: Lo que es red sociosanitaria yo creo que es más de ahora, vos hablás de la ex área externa. Que entiendo yo que lo que era área externa comprendía todo lo que es también la concentración de atención de lo que es rurales, que viste es Senguer, Río Mayo, Sarmiento. Ellos son, digamos, así como se atienden para otras especialidades, para todo lo que es salud mental, el hospital de Comodoro es referente.

Algunas colegas, ya te digo, hacían algunas intervenciones puntuales, es más, hubieron proyectos que creo que ni fueron sostenidos ni no sé si llevamos a cabo de armar como equipos de ir a brindar la atención, es más, creo que algo en lo actual frente a los nuevos también se piensa, pero se cae todo en el mismo embudo que es el tema de recurso humano. O sea, no puedes hacer más, con el mismo recurso humano cuando cada vez tenés más demandas más complejas.

Ariel: Hoy por hoy está la mesa intersectorial cuando hay situaciones de suicidio en los pueblos, digamos, se les solicitan si hay un equipo que va directamente a trabajar, digamos. Pero es como muy excepcional.

Valeria: ¿Y esas son las mesas las de suicidio?

Ariel: Claro.

Valeria: mira, me acuerdo que cuando yo recién arranqué había una colega que había hecho un contrato diferente con el Hospital de Río Mayo y viajaba los sábados a atender a Río Mayo.

Luciana: ¿Y las residencias cómo surgen o en qué momento de la historia llegan las residencias?

Valeria: Mira, lo que es la residencia de salud mental comunitaria es nuevita. Por ahí las chicas te pueden dar mucha más información, pero ¿Ahora cuánto? 6 años que están. Fue previa pandemia y lo que fue la residencia sí de psiquiatría empezó a tener como sus gestas así, sus inicios incipientes aún cuando todavía funcionaba el espacio de psiquiatría en allá en el segundo piso.

Ahí se empezaron a dar como unas concurrencias y después tomó más cuerpo yo te diría 2008, 2007 Sí, 2006 capaz que con un poco más de forma. y que estuvo hasta 2021 y habrá estado 2 años, 22, 23, 2 años y medio más o menos, pónelo cerrado, hasta que se abrió ahora. Que igual, en realidad con bastantes carencias, porque en realidad hay que armar un equipo de instrucción.

Como que está teniendo otra forma ahora en la lo que es la la residencia de psiquiatría, todos los instructores que en su momento estaban con quien empezó a fundarse, que en realidad fue María José Belacini la que hizo, digamos, la gestión de la residencia, se jubiló y después que se jubiló algunos sostuvieron un tiempo, pero después ya no se sostuvo.

Como que se fue dando el sostenimiento con quienes iban como recibiendo y ocupando esos lugares de por ahí de coordinación, viste, de jefes de residentes.

Luciana: Y en las que son en las que de salud mental comunitaria, los psiquiatras no pueden hacerla o cómo es ahí?

Valeria: En realidad como poder, sí pueden, yo creo que está destinado para psiquiatras, TS y psicólogos y estoy pensando que hay una profesión más que me habían dicho que está como abierta, pero en realidad como que cuesta mucho juntarlos, así que entren a la comunidad. De hecho creo que ahora hay como un intento en un proyecto de que estén más articuladas las residencias.

La residencia, por ejemplo, de psiquiatría en el último tiempo, creo que en el último año se pensó la rotación por los dispositivos, que creo que hicieron un acercamiento. Pero previo a esto todo lo que era la formación del médico psiquiatra era intrahospital, a lo sumo consultorio, pero en el hospital, no a la comunidad. Distinto cómo se piensa la residencia comunitaria que en toda su formación, si bien el fuerte es en lo externo, por ahí en todo lo que tiene que ver con los CAPS, porque es la intervención más de lo comunitario y demás por la formación y paradigma, ellas van rotando por todos los dispositivos.

Algo que por ahí cayó como parte del programa que ellos tenían es toda la parte de intervención en lo que era infanto juvenil que era específico a la población. Porque con estos nuevos cambios que se dieron ahora en diciembre, enero se redistribuye y todo lo que en su momento funcionaba con la palabra dispositivo, hoy estamos bajo la nómina de divisiones. Que es lo que hoy sí pareciera que tiene más cuerpo y aprobación desde lo que es el organigrama hospitalario.

Entonces, por ejemplo, que a donde estamos nosotros con Ariel, en la división psicosocial, ingresa y está todo lo que es sigue seguimiento hospitalario pediátrico y todo lo que tiene que ver con seguimiento intrahospitalario de adultos. División de enlace psicosocial. Y también está como otro raviolito dentro de esa, por debajo, que es la comunidad, que ahí están todos los centros de salud, los CAPS.

Luciana: ¿O sea que los CAPS pertenecen también a lo que es la división de enlace?

Valeria: Exactamente y tienen el título arriba de comunidad. Es como que está división de enlace psicosocial, por debajo está todo lo que es seguimiento pediátrico intrahospitalario, al lado estaría todo lo que es seguimiento intrahospitalario adultos y al lado comunidad. Comunidad son los CAPS, que son no sé cuánto como 8 o 10 CAPS que están.

Luciana: 12 creo que son.

Ariel: si 12.

Valeria: si son más, estaba tratando de pensar que se sumaron. Y donde el objetivo en los CAPS, la idea es trabajar siempre en dupla, ¿viste? TS y psico.. Y los psiquiatras que estaban afuera, en alguno de los dispositivos, están todos adentro otra vez. Porque los CIT que tenían su psiquiatra no tienen más. Antes tenían cuando funcionábamos con la gestión anterior, podríamos decir,

Luciana: ¿ya no tienen psiquiatra?

Valeria: En sus sedes no, está todo concentrado aca.

Luciana: ¿qué apreciaciones tienen de cómo se organiza hoy lo que es salud mental?

Valeria: Mira, con los nuevos cambios, con el previo de la gestión anterior, que todo esta atravesado por lo político, claramente, o sea, cada uno tiene su política, más allá de los paradigmas, que a veces a mí por momento vos escucháis y en los discursivos aparecen por ahí los paradigmas más comunitarios, pero en el momento de las acciones hay como una tendencia a la centralización y un una presencia de lo hegemónico médico otra vez como más arriba.

Luciana: te iba te iba a consultar, si por ahí en las prácticas igual se había visto ese cambio o por ahí era como en las prácticas concretas desde lo interventivo los cambios tampoco llegan.

Valeria: No, yo creo que en lo que es, a ver, más a nivel de equipo, te diría que se promueve y se va como intentando generar. Por ahí pasa por los lineamientos de los directivos que tenés y las gestiones que hay. Donde por ahí vos vas observando más tendencias en unos y otros. De una tendencia que veníamos de una gestión anterior, más de mayor descentralización, de más puesta fuera, la nueva gestión si bien quiere promover lo externo, hubieron muchos cambios que hicieron a funcionar como funcionábamos 10 años atrás. que estaba todo más centralizado en el hospital. No porque el posicionamiento desde lo que uno busca en la intervención se piensa desde lo interdisciplinar y lo comunitario, pero vos ves al momento de dónde estamos ubicados, hay muchos acá dentro.

Luciana: Claro. Cuando yo arranco con la investigación, yo me encuentro con una red, una red socio-sanitaria de salud mental y cuando voy a hacer mi trabajo de campo, me encuentro con un escenario completamente distinto que primero el cambio de denominación, ahora son divisiones, y después que si yo quiero llegar acá, primero tengo que pasar por allá, por ahí me gustaría que me cuenten eso, ¿Qué sucede con la intervención integral, interinstitucional también, no solo interdisciplinar, sino también intersectorial? ¿cómo la viven? ¿ qué apreciaciones tienen de eso?

Valeria: Mira, en lo en lo que es nuevo, por eso te digo, en lo que es lo nuevo es como que para mí hay como mucha concentración de mucho en pocas personas, ¿no? Como que es un montón medio como... yo creo que como todo lo nuevo medio desorganizado y creo que en el tiempo nos va a permitir ver si funciona o no.

Ariel: pasa que como que nunca nos terminamos de acomodar a algo, que implica hacer en una dirección nueva, entonces, todo lo que decía recién Valeria como estaba pensado desde la otra jefatura en lo comunitario, que si bien el recursos siempre faltó y va a faltar siempre porque el ingreso, depende de la dirección, pero también depende de de la provincia, digamos, y de los ingresos económicos. Entonces, siempre va a faltar, Comodoro creció, o sea este Hospital atiende Caleta Olivia, Sarmiento, o sea a muchos lugares de afuera que hace, que el recurso nunca alcance.

Luciana: ¿La guardia sigue siendo la única?

Ariel: La guardia es la única, sí. Y acá la guardia tiene que ser todo Santa Cruz, Río Mayo, Sarmiento, Río Senguer, a veces Facundo. Entonces, termina de centralizarse todo acá en este hospital. Y después los lineamientos que traen las nuevas direcciones siempre son más bajadas

hasta que nos acomodamos y vemos cómo comprender cuál es la mirada que ellos tienen. Hoy tenemos una mirada médica, digamos, está todo pensado desde el hospital y la atención termina acá.

Si nosotros nos ponemos a pensar como recurso humano y de los que estábamos afuera de poco es como que vamos volviendo, todo al hospital, los psiquiatras cuando se logra que salgan a los dispositivos externos ahora estamos todo de vuelta en el hospital. Entonces la familia viene, va a la mesa de entrada, saca un turno con un psiquiatra, hoy la ves vos, hoy la ves el otro, entonces como que no hay como referente porque es la lista de turnos. Entonces esto que hablamos del proceso, del seguimiento o de la mirada interdisciplinaria... Y es como para para hacer un un interrogante grande de la mirada interdisciplinaria porque tampoco es que se puede como construir. El médico no tiene una mirada comunitaria, tiene una mirada hegemónica

Valeria: Claro, por eso te digo, yo en lo discursivo, ¿viste? A veces se intenta. Yo creo que es como querer pensar, ¿viste? La intervención con ese usuario desde la comunidad, en su lugar, ¿no? Pensando lo que tiene que ver con este trabajo en terreno que tanto se promociona, de poder pensar como en esto de construir redes, porque en realidad hoy sobre todo con la escasez de de poder este pensar lo que es el recurso en profesionales salud mental, tenés que empezar a armar redes que te hagan de sostén, de andamiaje en un montón de cosas que vos sabes que habiendo referente uno puede sostener. No los tratamientos, pero sí el tema de poder acompañar procesos.

Pero en esto, como yo te digo, si bien hay como un intento de sostener esta mirada, en el accionar, yo observo que por ahí entramos un poco en contradicción, porque no somos facilitadores y accesibles, ¿entendés? Entonces, lo que por eso yo te decía, a ver, pro y contra. Un no sé, un psiquiatra allá en CIT zona Norte que también un CIT en zona Norte no es facilitador para el que vive en el kilómetro 17, el que vive en kilómetro 12 o en laprida

Pensando el usuario que maneja un colectivo que se tiene que bajar, subir, entender, tampoco es accesible, pero pensemos lo que concentra una gran población. Pero al momento de acceder a sus medicaciones se tiene que venir a la farmacia del hospital si o sí. ¿Entendés? Entonces, hay un montón de cosas que para ahí, por ahí, para el trabajo de lo interdisciplinario, el pensar la estrategia conjunto con vos, sentarnos, decir, "Mira, vino este, lo tenemos que pensar así." Es Me parece mucho más rico, mucho más estratégico y mucho mejor pensado.

Ahora para otras cosas para el usuario no resulta muy accesible. Pero si vos te pensás en esto es a mí me parecía recontra positivo que los diferentes dispositivos tengan. Hoy creo que está pensada la mirada de otra manera, descentrar, entonces, por eso te digo, ojalá esté como revisándose porque inicialmente se pensaba a todo el equipo médico psiquiatra trabajando en el hospital.

En consultorios externos, otros en en la parte de internación, obviamente cubriendo las guardias, pero acá pasó que también muchos colegas que estaban por fuera en lo que sería la comunidad, pasaron a estar en el equipo de enlace la parte de seguimiento de adultos. ¿Para qué? Para atender cuestiones de piso, trauma, clínica, cirugía, eh ginecología, neonatología que hacen al acompañamiento en seguimiento de esa población o por algunas situaciones que así está pensado donde el acompañamiento de guardia, se necesita cerrar, pero la complejidad de la situación hace que haya una necesidad de por ahí una atención de alta complejidad, porque así está pensado la asistencia en el hospital, no es desde un nivel primario, sino un nivel superior. Entonces, para eso deberían funcionar estos equipos de seguimiento hospitalarios de enlace.

Y lo pediátrico sería lo mismo. O sea, nosotros trabajábamos con cuestiones así específicas que te decía, con pacientes chicos, adolescentes o niños que ingresan o niñas que ingresan con algún criterio de salud mental, que ahí nos regimos bajo la ley, que es una internación involuntaria y todo lo que es el procedimiento que describe la ley de salud mental y también, este seguimiento sostenido por ahí uno o dos meses según como se va pudiendo dar la adaptación para que después, obviamente, si requiere una continuidad, sea en el externo por obra social si lo tiene, bueno, uno de los centros de salud más cercano a los domicilios. Así estaría como pensado.

Ahora, en este momento de transición, yo creo que tenemos que hacer un montón de ajustes como todo lo nuevo. En lo personal creo que nos costó bastante como acomodarnos, nosotros que veníamos con una dinámica de trabajo como dispositivo con una articulación donde si bien todos seguimos con la misma población, más o menos en lo que tiene que ver con nuestra incumbencia, seguimos en lo mismo pero nos cambió así mucho la dinámica de trabajo. Aparte quedamos como todos muy separados, algo que sí pedimos es tener como reuniones de encuentro para trabajar lo específico, lo técnico, lo cuestiones de población. Entonces, la verdad que ahí fue como un cambio.

Luciana: ¿me querés contar como es la intervención, cómo se trabaja, cómo se estructura hoy, qué profesionales hay, en infanto?

Valeria: Te cuento lo que fue y de lo que hoy estamos haciendo. Porque nosotros como como dispositivo de infanto se empezó a construir la idea en 2019 previa a pandemia. Se empezó a armar como el proyecto, ¿viste?

Con el lineamiento, las ideas, los objetivos, la fundamentación de por qué pensarnos como dispositivo, 2020 se fue entregando hasta que fue aprobado fue el 2020-21, como que estuvo la gestión y la aprobación de que este la aprobación inicialmente hospitalaria y con un visto bueno desde Rawson.

En ese momento estaba Rocío, que después se fue, Rocío Rodríguez y yo. Y después Guadalupe, que fue coordinadora y nadie más. Bueno, y el psiquiatra infanto juvenil que de a poco lo fuimos como absorbiendo más y pudiendo lograr mayor trabajo de equipo, viene cada 15 días. Él creo que hace como 35 años que viene y siempre con esta modalidad, nunca se ha quedado digamos No, 15 días, este es Buenos Aires, trabaja en Buenos Aires, viene, trabaja acá, cada 15 días.

Luciana: Las situaciones que vienen al dispositivo es por guardia pediátrica?.

Valeria: Es guardia pediátrica, la atención de pediatría es hasta los 14 años. Todo lo que ingresa, digamos hasta los 14 y 11 meses, 29 días ingresa ahí. Después de 15 entra por la guardia UMU adulto. Entonces, todo aquel que ingresa con una situación de sufrimiento mental ingresa a lo que es la internación de salud mental a partir de los 15. Todo lo que es por debajo se ingresa y se interna en pediatría.

Luciana: ¿Entonces a partir de los 15 van con adultos?.

Valeria: Sí, que eso es algo que siempre se replanteó. Es más, yo al principio cuando recién arranqué preguntaba el porqué del corte de la edad, ¿viste? Porque me parecía que un pibe de 15 y 16 lo atiende el pediatra todavía. Pero es una cuestión de organización institucional, nunca me dijeron mayores fundamentos. O sea, cuando preguntás tiene que ver con una una disposición hospitalaria de organización, no de otra cosa. Porque viste que el pediatra hasta los 18 más o menos te puede atender. Pero bueno, una disposición hospitalaria no hay un mayor fundamento.

Entonces, los motivos de los ingresos a pediatría se dan de esa manera y después todo lo que es seguimiento externo también. Volviendo, en ese tiempo éramos esas, después se fue incorporando más gente, una compañera que estaba en centro de salud y se sumó al equipo y ya se fue la otra, se incorpora esta, pero la otra pide pase, se va de comodoro, entonces no sigue trabajando acá y en ese momento éramos tres y la coordinadora que era trabajadora social. Y después sí, se amplió más.

Luciana: ¿Vos Ariel antes de estar en el CIT ¿Estabas en Infanto?

Valeria: No, al revés.

Ariel: no, al revés. Yo en el CIT empecé en 2013 y acá empecé en 2023.

Valeria: Yo en los otros dispositivos no estuve. Yo primero estuve en el hospital y cuando estábamos ahí en la aplicación de la ley y esto de ir como recortando, estuve mucho tiempo en internación, creo que hasta no sé, 2015 cuando estaba en internación 2014. En los dos lados.

Después dejé cuando dijeron, bueno, definamos equipos, ahí fui que ya no estuve más en internación de adulto y me dediqué más a externo. Y de a poco fui echando a los adultos que tenía y me quedé con los infanto juveniles. Y como dispositivo funcionamos hasta noviembre del año pasado.

Bueno, una de las cosas que ahora las chicas de salud mental comunitaria me preguntaban era cómo hacemos para conocer el trabajo con la infancia. Porque yo digo, van a tener que por un lado hacer la rotación por lo que es comunidad y trabajar por ahí con colegas que hacen intervenciones en infancia y adolescencia y después, bueno, rotar en piso aunque sea un mes en pediatría para ver cómo es el manejo de internación. Porque antes las chicas viste que rotaban con los dispositivos, que la verdad que de los otros dispositivos el que dejó de estar es el nuestro. Porque lo que es Casa Hogar, Centro de Día, con una única dependencia que es en la división de rehabilitación psicosocial. Después bueno, los CIT tienen su independencia propia nada más que ahora están como bajo una sola jefatura.

Luciana: ¿Cómo es la estructura hoy de las divisiones?

Valeria: Sí, está: la dirección general del hospital, que es la doctora Galarza, esa es la dirección hospitalaria general. Debajo hay cuatro direcciones, que son las direcciones asociadas que se decía antes, que antes estaba unificada, era un solo referente, ahora hay cuatro. Dentro de esa,

la que nos implica a nosotros, digamos, es la dirección de salud mental, rehabilitación y discapacidad, que está a cargo de Marta Rodríguez que es la psiquiatra. Porque ella tiene salud mental a cargo, que es el departamento de salud mental, a cargo de una médica psiquiatra que es Vanessa. Y por otro lado tiene rehabilitación también a cargo, esta misma directora asociada. Y por debajo del departamento de salud mental están las cuatro divisiones, que ahí está la del enlace, la de rehabilitación, que es donde está Casa Hogar y Centro de Día y de internación.

Y lo que tenemos como espacio común es compartir algunos viernes. Entonces, el espacio de los viernes es un espacio medio de intercambio, que cada vez menos. Porque de haberlo pedido, tenerlo todos los viernes, nos achicaron cada 15 días y ahora nos mandaron una sola vez al mes. Y el trabajo era nosotros teníamos la reunión de equipo todos los viernes, las chicas traían algunos casos para compartir si había necesidad de por ahí intercambiar alguna estrategia o por ahí situaciones que las iban trabajando, capaz que dos colegas, ponerse de acuerdo en eso.

Distribuíamos por ahí toda la demanda que había, porque la demanda que había se concentraba o al menos se intentaba concentrar todo acá en el dispositivo y no que vaya como más distribuida a los centros de salud, sino un poco ver los casos, la urgencia de lo institucional y también lo de demanda espontánea. Es real que se armaba mucha lista de espera, que yo creo que eso es una de las cosas positivas, que se piensa por ahí trabajar la demanda de otra manera.

Eso sí me parece como que es como es un intento distinto, no soluciona mucho, pero es un intento distinto a cómo recibir la demanda para que no haya listas de espera. Y bueno, yo junto con Caro, Ariel y Guadalupe, que Guada dejó de estar en la coordinación y empezó a trabajar en un centro de salud, estamos en lo que es la mesa intersectorial de violencias sexuales. Así como está la mesa de suicidio a nivel local, surge la mesa intersectorial de violencia y agresión sexual a niños, niñas y adolescentes. Y Y bueno, nosotros empezamos a participar, sobre todo al interior de la mesa se hacen como dos comisiones, asistencial y de promoción y prevención.

Nosotros como íbamos como parte del hospital, sobre todo se trabaja más en la atención, en la asistencia y organizar un poco la demanda que llega a guardia en función de protocolizar cómo es la atención con casos agudos y casos crónicos.

Y lo que falla mucho es que la mesa es hospitalaria, y claramente no tan solo los niños menores de 14 sufren agresiones sexuales. Entonces la idea es trabajar también con clínica, con gineco, pero esa parte cuesta un montón. Y al ser intersectorial se supone que entra servicio de protección, asesoría, forense, viste, articular. Pero, bueno, la realidad que desde que venimos

trabajando los que siempre mayormente hacemos presencia es la parte pediátrica, la otra parte, poca participación. Les cuesta mucho a los pediatras, no sé si es que los hemos como cansados o los paradigmas de ellos vienen, pero tienen otra posibilidad de trabajar con nosotros con salud mental. La parte, ¿viste? de los médicos y todo lo que es las especialidades le cuesta un montón el trabajo con lo que es salud mental.

De hecho, en la guardia y hay médicos que son como más, pero hay otros que cuando te hacen los pedidos, ¿viste? de evaluación con pacientes que vienen con alguna sintomatología más ansiosa y demás es como que recortan mucho esa cuestión, ¿viste? Que ven una parte es así, es literal, no tienen todos una mirada muy integral. Hay mucho trabajo para hacer, para trabajar en otros la importancia de tener una mirada más integral de la de la persona o de ese padecimiento que tiene.

Luciana: bueno, ya para finalizar quiero agradecerles por su tiempo y su buena predisposición. Si les parece bien, en caso que haya que agregar algo o puntualizar sobre alguna cuestión, estaremos en contacto.

Anexo N° 6

Entrevista a referente del “Centro Integral de Tratamiento de las Problemáticas de Consumo” (CIT zona sur) - Licenciada en Trabajo Social Cecilia Nieto

Fecha: 02/04/2025

Entrevistadora: Luciana Valdebenito.

Hora de inicio: 21:03 hs.

Hora de finalización: 22:10 hs

Objetivo: conocer acerca de la intervención profesional en salud mental en dispositivos con base en la comunidad y las políticas públicas actuales con las que se articula la intervención.

Luciana: Bueno, la idea es más o menos que vos me cuentes, primero, cómo funciona el CIT, con qué otros profesionales trabajas, y cómo es tu intervención ahí adentro, qué implica también intervenir con la comunidad. Pero bueno, yo más o menos, a medida que vayamos hablando, yo te voy agregando cuestiones que quiero puntualizar. Pero sentite libre de explayarte.

Cecilia: Bueno, dale. Bien, el CIT, ¿cómo funciona? El CIT es un centro integral de tratamiento de adicciones. Hay dos CIT en Comodoro, hay uno en zona sur y otro en zona norte. En este caso, yo estoy trabajando en zona sur. ¿Y qué implica eso? Implica trabajar con toda la población de zona sur y aparte de Rada Tilly. Nosotros tenemos un área muy extensa. Son aproximadamente 33, 34 barrios en zona sur. No recuerdo bien si son 33 o 34. Y Rada Tilly, que Rada Tilly no tiene un espacio de abordaje y tratamiento ambulatorio de lo que son problemáticas en el consumo. Entonces nosotros abarcamos toda esa área, que es bastante.

El equipo con el que yo trabajo, es interdisciplinario, está conformado por dos psicólogos, una psicóloga que también funciona como coordinadora de los dos CIT, o sea que tenemos dos psicólogos que están todo el tiempo y una psicóloga que va y viene porque tiene que coordinar ambos CIT. Dos trabajadoras sociales, conmigo incluida. Después tenemos dos operadores, dos operadores sociales y una psiquiatra que va una vez a la semana. Ese es todo el equipo para trabajar con toda esta área de cobertura. Y una compañera de maestría y una compañera administrativa. Ese sería todo el equipo. Ah, para, me estoy olvidando de gente muy importante

que también están compartidos por eso. Tenemos un profesor de educación física y una licenciada en nutrición. Por todo lo que implica el abordaje integral de la persona y de las familias cuando van a solicitar acompañamiento para trabajar justo la temática del consumo.

Luciana: Bien, por ahí me gustaría que me cuentes más o menos cómo describirías vos la intervención profesional en lo que es el Centro Integral de Tratamiento de las Adicciones, digamos.

Cecilia: ¿En general, o desde las incumbencias del Trabajo Social? ¿En general primero?

Luciana: Dale, podemos hacerlo así.

Cecilia: Bueno, dale. Y en realidad se hacen abordajes, bueno, desde la Ley de Salud Mental se piensa siempre en las intervenciones que sean de forma integrales y territoriales, comunitarias. Porque lo que se busca es justamente acompañar el proceso de tratamiento de las personas que siempre están insertas en un barrio, en una comunidad. Y la idea es que puedan seguir insertas y acompañar para la rehabilitación, ¿no? Entonces contamos con un equipo con el que te decía y a la hora de generar abordajes, se lo hace de manera interdisciplinaria. Entonces cada persona que va, se trabaja con la persona, con referentes familiares y lo que se busca es un abordaje justamente integral e interdisciplinario. ¿Qué significa? Que una persona que está atravesando una problemática de consumo, viene con la vida dada vuelta, la vida cotidiana está como desregulada. Entonces se busca acompañar desde, no sé, hábitos saludables.

Nosotros estamos trabajando con grupos, tenemos grupos terapéuticos. Tenés dos grupos de mujeres, un grupo terapéutico de varones, un espacio que se llama punto de encuentro que es de desayuno, uno de hábitos saludables, después el espacio de educación física y los espacios psicoterapéuticos individuales y también las consultas con la médica psiquiatra. Esas serían las maneras de abordar.

Por ejemplo, nosotros tenemos reuniones una vez a la semana y en ese momento se trabaja de manera integral caso a caso de las personas que están incluidas. No sé, hay personas que están incluidas en tres o cuatro grupos, hay otras que están en un solo grupo, hay otras que van a un espacio individual. ¿Por qué? Porque se planifica luego de las primeras entrevistas que se tiene con el usuario o la persona, la forma de tratamiento más adecuada para cada uno. Hay gente que es agrupable y hay otra que no, hay otra que necesita un espacio grupal como para

compartir experiencias, hay otra que necesita un espacio individual para empezar justamente a indagar acerca de cuál es la trayectoria de vida que llevó a terminar en un consumo.

La manera de trabajar, para que vos tengas más o menos una idea, llega una persona, lo primero que se hace es una entrevista espontánea, es la primera entrevista, es el ingreso al centro de tratamiento. Durante esa entrevista hay como una estructura general como para conocer de manera general, cuál es la problemática de la persona, si tiene red, si no tiene red, el lugar donde vive, si está inserto o no, si está escolarizado, cuál es el nivel de educación, si está inserto en un espacio laboral, más o menos para tener un pantallazo general de la persona y aparte, nosotras como trabajadoras sociales, tenemos una fichita de encuesta psicosocial, es como para tener un recorrido de todo esto y para generar un primer diagnóstico.

Luciana: Bien, y en relación a lo que es la interdisciplina, ¿cómo es el trabajo interdisciplinario? ¿Cómo lo describirías vos? ¿Qué desafíos presenta? ¿Qué tipo de desafíos?

Cecilia: La interdisciplinaridad siempre presenta desafíos, porque no solo se trata de distintas disciplinas que tienen que articularse y relacionarse y retroalimentarse, por eso las reuniones de equipo, nosotros en las reuniones de equipo hablamos de la persona y cada uno va trabajando desde su área, entonces va sumando. Es difícil la interdisciplinariedad y es un aprendizaje, es un constante aprender, desaprender y volver a aprender, porque no solo se tratan de disciplinas, sino que se tratan de personas que están insertas en una disciplina y que están trabajando con otras personas con otras características, eso es muy importante, es una de las cosas que hablamos. Justamente la semana pasada tuvimos una charla compartida de experiencias de algunos profesionales de dispositivos de salud mental justamente para trabajar la interdisciplinariedad, los desafíos.

Los desafíos son primero hacerte el tiempo como para conocerte, es como todos, somos seres humanos y tenemos que conocernos, porque cada uno tiene su dinámica, porque si no es como que funcionamos como robots. Primero tenés que conocerte y en los equipos pasa lo mismo, cada uno tiene su impronta, su manera de abordar, su metodología de trabajo y es conocer lo que lleva mucho tiempo y qué pasa en el sistema público y más que nada en este contexto.

Este contexto es un contexto que está desmantelando los espacios públicos y sobre todo con una lógica de centralidad muy hegemónica, esto de empezar a centralizar todo en el hospital y todo lo demás termina siendo como periférico y en realidad la periferia es algo que se ha venido

trabajando durante años. Vos fijate que yo trabajé muchos años en centros de salud y los centros de salud antes no eran centros de salud.

Cecilia: ¿Vos cuántos años tenés?

Luciana: 28.

Cecilia: Claro, sos chica. Yo tengo 46 y por ejemplo yo en mi niñez pasé por periféricos y hoy por hoy es un centro de salud, y es una lógica que rompe, pero que si vos no podés tener una lectura y generar una problematización con respecto a una sigla y a una palabra y lo que significa para la comunidad, para los mismos profesionales de distintas disciplinas, la periferia es lo que está afuera, lo que queda afuera y la centralidad hace que sea mucho más importante esa centralidad y se pierde por ahí la importancia de lo territorial. Entonces eso también es como desvalorizar o revalorizar y es según la postura de los profesionales.

En este momento, como para que tengas una idea, la población a la que tenemos que responder en general con estos 33 barrios, más Rada Tilly son más de 170.000 personas para dos trabajadores sociales, dos psicólogos, dos operadores sociales, y con lo que significa en este caso, que a mí me toca, el trabajo y las intervenciones, abordajes en lo que es adicciones.

Que no es que vos vas, tenés una intervención, como si fueras un médico, en donde vas al médico y si te pasa algo, te diagnostican, por ahí tenés un trabajo comunitario que hacen el acompañamiento en la casa. Esto no, porque es un trabajo de proceso, un proceso que es largo y que no es lineal, como la vida, los seres humanos no tenemos procesos lineales. Imaginate en consumo, hay muchas recaídas, son esperables, entonces eso te lleva a mucho más. Y nosotros no trabajamos de manera individual, trabajamos justamente lo que buscamos todo el tiempo, es lo interdisciplinario. Entonces el abordaje de una persona es el abordaje de todo un equipo de trabajo. Ejemplo, cómo estuvo en hábitos, qué viste, qué no viste, nosotros como trabajadoras sociales hacemos algunas visitas en domicilio, generamos intervenciones con otras instituciones, armamos redes, para que esta persona pueda tener un colchoncito terapéutico justamente en la comunidad.

Entonces te lleva mucho trabajo con una sola persona. Y no es un trabajo de, bueno, hago una intervención ahora, otra intervención después, y hay algo lineal, de acá a tanto tiempo la persona se va a recuperar. Porque puede ir bien, recaer y volver. Entonces es esperable esa recaída, y lo que se busca en los centros integrales de tratamiento es en primera instancia la

reducción de consumo. Y a lo que se aspira es justamente a la abstinencia, a que la persona logre estar sin vincularse con el consumo. Y eso te lleva un montón de tiempo. Por ejemplo, yo estoy trabajando, en el CIT empecé en enero del año pasado, un año. Un año que vengo inaugurado hace poco, ¿viste? Y tengo dos grupos.

En un momento, nosotros trabajamos mucho con grupos, ¿viste? Porque el poder construir, y más que nada cuando hablás del territorio y desde una mirada de perspectiva comunitaria, uno tiene que construir en conjunto a los saberes de la comunidad. Entonces los laburos se hacen mucho más grupales.

Yo estoy con un grupo de mujeres y con un grupo de familias. Y para trabajar de manera simultánea, y así como me pasa a mí, uno de los grupos lo comparto con una compañera que también es trabajadora comunitaria. ¿Qué me quedo? Yo soy trabajadora comunitaria también, ¿viste? Mira, yo soy operadora en adicciones. Después soy consultora psicológica, y después hice la tecnicatura en salud comunitaria, y después hice la licenciatura. Entonces tengo toda una perspectiva, digamos, con respecto a lo comunitario, abordaje en adicciones, y también todo el trabajo grupal. Es algo ya que uno lo va, se va instalando en la vida de uno y lo tiene como súper naturalizado y lo vive, ¿viste? Entonces, de esa manera es como que vamos laburando y vamos interviniendo de manera simultánea.

A los otros grupos les pasa lo mismo. Y esto lo charlamos, lo construimos, lo deconstruimos en las reuniones de equipo, que es una vez a la semana. Nosotros trabajamos en las reuniones de equipo. Primero la parte institucional, todas las cuestiones que tienen que ver con lo institucional generalizado. Puede ser trabajo en red, trabajo de prevención. Y después pasamos a los casos, o sea, las situaciones que vamos a abordar, y ahí vamos caso por caso, y cada uno va trabajando lo que vio en su espacio, qué se puede hacer, y ahí vamos construyendo el trabajo y el abordaje interdisciplinario. Es muy linda. O sea, aparte es muy linda y muy enriquecedora, porque todos tienen distintos puntos de vista. Cada uno desde sus incumbencias va sumando y te va ayudando a ver a esa persona desde un foco mucho más amplio. O sea, es como tener varios lentes a la hora de mirar a una persona y sabiendo que esa persona está atravesada por un montón de complejidades y determinantes que hacen o que tenga más riesgo, factores de riesgo en su vida, o más factores protectores a la hora de pensar en el proceso de salud. Y desde una mirada integral, no solamente biologicista.

Luciana: Claro. Sabés que justo dijiste algo clave que era una de las cosas que yo tenía anotada. Que vos dijiste que las personas están atravesadas por un montón de complejidades. Por ahí una de las cosas que te quería preguntar era eso. Si vos observás cuando llegan las personas que su padecimiento, a su vez, está atravesado por otras problemáticas sociales. Y más en lo que es el contexto actual. ¿Cómo lo ves eso? ¿Qué lectura haces en relación a eso?

Cecilia: ¿Qué lectura hago en relación a eso? Obviamente que la problemática, yo siempre lo hablo en todos lados a esto, con los grupos de familias sobre todo, porque es muy difícil hablar de la enfermedad de las adicciones. Siempre decimos lo mismo. Cuando uno dice que esa persona tiene cáncer, esa persona tiene esto, que es algo totalmente físico, tiene como un acompañamiento y, digamos, tiene como un sostén dentro de la sociedad. Pero cuando uno habla acerca de esta persona viene atravesando una adicción. Hay una mirada muy prejuiciosa socialmente. Entonces también eso enferma a la persona. ¿Por qué? Porque no llegan todos los que tendrían que llegar. Hay mucha problemática de consumo en la sociedad y hay muy pocas que llegan.

Entonces eso da cuenta de que es una enfermedad social, que la atraviesan un montón de cuestiones. En el contexto actual hay mucha deserción por ahí escolar, que lo ves en los más pibes, después en los adultos muchas situaciones de fragilidad económica, de vulneración de derechos, acceso, no sé, a un trabajo digno, a una vivienda digna, a dónde están insertos, las situaciones en las que viven, las relaciones que van teniendo, vinculares, afectivas. Todo eso hace que una persona esté más propensa a enfermarse o que tenga mayores protectores a la hora de cuidar la salud. Entonces no es algo biológico.

Ayer estaba escuchando un reportaje de un médico en el cual él decía algo de Ramón Carrillo. Ramón Carrillo fue un médico sanitarista de hace muchos años y él hablaba acerca de que los microbios son insignificantes a la hora de pensar el proceso de salud de enfermedad de atención cuando hay un montón de situaciones que hacen a que las personas estén más propensas. La situación socioeconómica, habitacional, el que tengan o no tengan cloaca, el que tengan o no tengan una heladera, el que tengan o no tengan que ponerle a la heladera, el que tengan o no tengan una persona con la cual contar. En el caso del consumo problemático, las personas que tienen mucha trayectoria, o sea, un largo proceso, digamos, en el consumo, una vinculación de años, están solas en su gran mayoría. ¿por qué? Porque se van rompiendo relaciones. Están solas, están en situaciones precarias, generalmente no están insertas laboralmente, están en

situación de calle. Y es como la desidia social que hay en relación a esas personas. O sea, vos salís a la calle y ves un montón de personas consumiendo, hoy por hoy. Es algo notorio. Y eso también da cuenta de la sociedad que estamos teniendo hoy. O sea, ¿hacia dónde vamos? El afuera da miedo, entonces me meto hacia el adentro, pasa eso. ¿Viste? Y es algo que se ve mucho, muchísimo.

Y bueno, hay un montón de otras cosas que no están, que harían como mucho más fácil el trabajo. No sé, casas donde pudiera estar esa gente que está en situación de calle, para poder acompañar un tratamiento, para poder pensar en una reinserción social. No podés pensar en una reinserción social si tenés al tipo, o la mujer viviendo en situación de calle. No podés pensar en algo tan básico como, no sé, una medicación si el tipo está en situación de calle.

¿Cómo acompañas? ¿Cómo llevás esos procesos? Entonces, todo eso da cuenta de la clase de sociedad que se está, que se está priorizando, ¿no? Esta cuestión tan individualista que hay. De que salvo yo y el resto no lo veo. Y la gente está como mucho más para adentro que antes

¿Viste? Somos una sociedad de estar para adentro porque siempre le echamos la culpa al clima. ¿No? Porque el clima, porque el viento. Imagínate en estos momentos en los cuales el otro me genera mucha desconfianza. El otro es la amenaza. Desde ese lugar. O sea, hay una mirada desde la diferencia. No hay una mirada desde la desigualdad. De poder hacer una lectura compleja de la situación. Si no que es una lectura muy simplista la que estamos teniendo como sociedad.

Luciana: ¿Sabes qué? Te escuchaba y pensaba también, ¿no? Quizás es otro tema para hablar un montón. Pero pensaba en lo que fue también el cambio que tuvo ahora recientemente el hospital. Esto que vos decías que somos una sociedad muy para adentro. Y pensaba también en estos últimos cambios que hubo en el hospital. No sé si en la práctica también implicó un cambio grande. Pero esto de pasar a ser una red sociosanitaria de salud mental a ser divisiones. No sé si me explico. No sé si eso también impactó en lo que es la práctica o sólo en lo que es una nominación. O ¿Cómo lo viviste vos siendo también personal de ahí, del hospital?

Cecilia: Mira, yo desde mi propia experiencia desde hace muy poquito estoy igual. Seguramente algunas cosas se me van a pasar. Pero los dispositivos de salud mental siempre han estado así. O sea, son dispositivos. Dispositivo de, no sé, infanto-juvenil, dispositivo de centro de día. Y la adicción es un tema, es un lugar en el que pocos están porque es una

problemática re compleja a la hora de elaborarla. Y también juega mucho con las frustraciones de los propios profesionales. Vos fijate que todo un equipo está laburando para acompañar el proceso de una persona y la mayor parte del tiempo esa persona recae. Entonces toda una frustración recae en el equipo, ¿entendés? Porque es un golpazo para el equipo. Que por ahí no pasa en otros dispositivos porque tienen otras cuestiones, ¿no? No esta problemática, y más que nada con la vinculación con el consumo.

Lo que sí, en este último momento, en este último periodo que es, esta clase de ideología que se está teniendo a la hora de pensar y no estoy hablando a nivel... Lo que impacta a nivel local, ¿no? Pero que ya viene a nivel nacional, que lo vemos. Esta centralidad de laburar solo la urgencia te da cuenta de la gran problemática que se viene. Porque vos fijate, si vos trabajás la urgencia... Es como agarrar y tener goteras en tu casa. Si no arreglas el techo, siempre vas a tener goteras. Vas a tener conseguirte más tappers. Entonces pasa eso, si vos centrás todo en la urgencia, nunca vas a poder trabajar sobre el territorio y trabajar en prevención, promoción. No estoy hablando solamente del CIT, sino que estoy hablando de todos los espacios dispositivos, ¿entendés? Entonces es muy difícil poder llegar a lograr que no sea la urgencia la que te haga laburar, sino que sean otras cuestiones que están en los territorios. Porque vos fijate que las trayectorias en consumo que hay, si hubieran hecho otras cuestiones previo, esa persona no llega con el cuerpo roto, con la cabeza rota, con las relaciones rotas, porque llegas un poquito antes. Pero no solo pasa en salud mental, sino que pasa en todo el sistema de salud.

Porque no se pueden generar abordajes que sean de prevención, de promoción, porque para eso necesitas poner plata. Por ahí antes había un poquito más de plata, ahora directamente ya no hay nada. Entonces es muy difícil. Trabajás con lo que tenés y lo que tenés es un recurso totalmente escaso. Muy escaso. Y se siente. Vos fijate, nosotros antes teníamos dos psiquiatras en el centro, que iban todas las semanas cubrían. Ahora tenemos una psiquiatra que va una vez por semana. Una vez va a zona sur, otra vez va a zona norte y después está en el hospital. Entonces imagínate si no vas a dar cuenta de la clase de intervenciones que están priorizando la centralidad y la urgencia, lo demás no. Solamente tapar la urgencia. Entonces siempre va a haber más urgencia. En el barrio no hay un pibe en situación de calle, hay un montón. Entonces hay que trabajar. Y hay un montón de niños que están creciendo y que hay toda una vulneración estructural. Entonces van a seguir habiendo otros nenes, otros adolescentes, otras mujeres en situaciones parecidas. No va a alcanzar poniendo todo el recurso del mundo en el hospital.

Luciana: Sabes que, te escucho y me acordaba, hace poco leí un texto de Matus, que él hablaba de esto, que decía que nunca iba a haber lugar para la planificación, hablaba de las políticas públicas. Decía que nunca iba a haber lugar para la planificación porque siempre se trabaja cuando ya está todo estallado, digamos. Justamente lo que decís vos, se trabaja sobre la urgencia. Y en relación a esto último, que justo me diste pie, te iba a preguntar ¿Con qué políticas públicas trabajaban o articulaban?

Cecilia: Los dispositivos de salud mental tienen como una fuente aparte. Ahora la verdad que desconozco con este cambio de gobierno, sé que se ha reducido. Y nosotras las políticas públicas con las que trabajamos, desde la lógica de perspectiva comunitaria, es con las políticas públicas que hay dando vuelta en todas las instituciones que hay. O sea, el trabajo no se puede hacer de manera aislada. El CIT no funciona solo. Necesita si o si del acompañamiento de otras instituciones. Y volvemos a lo mismo, porque la persona es una persona que transita un centro de salud, una escuela, desarrollo humano, va a un gimnasio o por lo menos trata de que se inserte. Entonces eso te lleva a empezar a generar redes y hoy por hoy la lógica es esta, las redes y muchas redes comunitarias no formales, que empezaron a surgir en momentos así de crisis. Que es la típica del barrio en donde acompañan algunas situaciones no sé, iglesias, lo que se te ocurra y después bueno, pero planes, programas, proyectos que hay, todos los que se encuentran y que pueden acompañar.

Por ejemplo, nosotros trabajamos con Vientos de Libertad, que es una patita de Sedronar que está en Comodoro y tienen una mirada totalmente comunitaria ¿viste? Trabajamos con ellos, trabajamos con desarrollo humano, trabajamos con centros de discapacidad en municipios y es de acuerdo a la persona y las necesidades de esas personas y tratar de generar el acceso a ciertos derechos y tiene que ver y es muy particular con las problemáticas que trae la persona. Pero, después no, después nosotros trabajamos con a nivel provincial, trabajamos con la dirección de adicciones, en el caso puntual de las adicciones, ¿a la hora de qué? A la hora de pensar en una instancia que cuando no alcanza lo ambulatorio.

La ley de salud mental lo que se prioriza es el centro de vida de la persona. Pero cuando no alcanza y está en riesgo y es un riesgo inminente para esa persona o para terceros se busca un espacio residencial, que generalmente son comunidades terapéuticas. Ahí sí tenemos el programa de la dirección de adicciones que es donde se gestiona todo para poder llegar a esa instancia de comunidad terapéutica. Pero después bueno, trabajamos con todos los programas y proyectos que hayan, locales, municipales, los de provincia, los de nación.

Cecilia: La adicción es una de las cuestiones muy, pero muy importantes dentro de la lógica está armada, ¿no? Son dispositivos de salud mental y adicciones y en la práctica cotidiana o sea, no es como, o sea, no lo podés entender, no lo podés palpar porque vos estás trabajando con muy poco recurso y no desde la lógica que está en la ley de salud mental. O sea, si vos leíste la ley de salud mental habla acerca de que un espacio de dispositivos de salud mental en territorio tiene que hacer todo lo que es justamente el armado de redes, el pensar en el acompañamiento de forma integral de la persona y aparte el trabajo de prevención específica. Y por ahí, para esas cuestiones necesitás mucho más recurso humano, recurso material entonces bueno, hacemos lo que podemos con lo que tenemos también.

Luciana: Bueno, yo creo que más o menos eso era lo que tenía preparado, más o menos me fuiste respondiendo, no necesité acotar mucho porque en el discurso me fuiste respondiendo lo que yo más o menos tenía pensado... no sé si por ahí hay algo que vos creas, que a mí se me pasó o qué te gustaría agregar que vos consideres que sea importante...

Cecilia: No, no, creo que está bien, no sé yo algo que te puedo contar de mi experiencia es que te generan muchas frustraciones en el laburo... Pero no por las personas, a mí no me pasa eso con las personas. Me pasa con el recurso ¿viste? Con el recurso y por ahí, lo que está bueno también, porque también hay que recalcar lo bueno, es cómo te vas nutriendo de otras disciplinas y cómo vas aprendiendo y cómo van aprendiendo. Yo tengo una lógica muy comunitaria, pero por todo el recorrido que he hecho en mi carrera, y en mi vida. Una trayectoria de laburo, para mí la trayectoria de laburo empieza antes de que labures, porque en realidad tiene que ver, por ejemplo, en mi caso yo viví siempre en un barrio que era periférico y me llevó a recorrer instituciones formales, informales, merenderos, iglesias, periféricos, escuelas y siempre dentro desde la periferia. Entonces lo viví, lo mamé y eso me llevó a perfilar lo que soy hoy como profesional, ¿entendés?

Luciana: Claro.

Cecilia: Y la mirada siempre pensando en que solos no podemos, o sea, es imposible porque si no te gana la omnipotencia. Y otra de las cosas que a mí me parece esto cuando vas a hablabas de esto de cómo están separados los dispositivos, un dispositivo para acá, otro para allá, como que están desmembrados, justamente lo que lo que buscamos o por lo menos como equipo estamos tratando de trabajar y más que nada en ediciones. Yo te cuento de mi experiencia.

A mí me pasó con las pibas con las que trabajo, un día llega una y dice, "La verdad que es terrible como te miran cuando saliste acá, porque la institución es vista así como una cosa media extraña, la gente que tiene problemas, entonces es como toda una mirada prejuiciosa.

Entonces dijimos, bueno, vamos a empezar a abrir las puertas y es importante eso, que no solamente entre la gente que tiene la problemática, sino que entre el de la escuela, el del centro de salud, que empiece a ver un movimiento y eso es lo importante, y lo que le da la vida a las instituciones. Y eso tiene que ver también con el trabajo interdisciplinario, porque tiene que haber toda una apertura y romper con un montón de estereotipos y prejuicios que hay dentro de la sociedad. Es invitar a la sociedad que conozca y es una de las cosas que me parece que está re buena y hacia dónde vamos encaminada y principalmente porque no nos queda otra, porque el recurso no está y somos muy pocos y necesitamos ir armándo, o sea, pensar en nosotros en redes, con vientos de libertad, con la escuela secundaria, con la primaria, con el centro de salud, con desarrollo humano, con el CPB de acá, con el CPB de allá, con el gimnasio municipal, con aquel gimnasio, porque de esa manera vos también vas trabajando los abordajes de una manera totalmente intersectorial, aparte de interdisciplinario. Y que hacen a la vida que la persona pueda también verse de dentro de una estructura y también no cargar con esta lógica de que el problema lo tiene la persona, sino que el problema es social. Y que solo de manera social se puede salir también.

Luciana: claro, por ahí yo lo había pensado más para el centro de día, pero me parece que también aplica para acá, ¿cómo se trabaja esto, en el CIT tienen un espacio de escucha, de contención, tienen sus grupos quizás donde tienen afinidades. ¿Cómo se trabaja la externación del dispositivo? No se si se trabaja o si externación es la palabra.

Cecilia: Sí. Sí, se trabaja el alta, es el alta, ¿viste?, yo tengo mi lógica de laburo y otro tiene otra y así, entonces por ahí tengo algunas otras compañeras que son como más estructuradas y me ayudan como a acomodarme un poco dentro de esa estructura, y me voy de nuevo, y así, es muy fluctuante, pero sí, se buscan estrategias. Yo te voy a hablar de mi caso particular, a mí me pasa que con las pibas que estoy hace 1 año y pico y que vienen re bien, han sostenido el tratamiento y que han generado sentido de pertenencia en la institución. ¿Entendés? esperan el día para ir, charlamos, y compartimos algo, salimos a jugar, a mí me gusta mucho el poner el cuerpo. Me parece que las personas hay que ponerlas en acción, porque si no volvemos otra vez a la lógica de depositarias de saberes de los profesionales y con esa lógica, no, yo no entro

ni ahí, ¿viste? A mí no me gusta poner una filmina, no estoy en contra de eso porque cada uno la elabora como mejor se siente también.

A mí me gusta poner el cuerpo, a mí me gusta llevar globo, me gusta armar redes, me gusta, no sé, ir a trepar un cerro con ellas. La idea es poder poner en práctica todo lo que hay afuera, por eso me gusta salir también de la institución, me parece que hay que desinstitucionalizar un poco y de acuerdo al proceso, ¿no? Pero me gusta eso porque también te hace ver y tener una revalorización de los espacios que tenés. Empezar a apropiarse de espacios públicos, espacios al aire libre, redes. Por eso nos vamos a los barrios, cuentan acerca de las instituciones en las que están, con cuáles se sienten acompañadas, a cuáles referencian y así vamos transitando el tratamiento. Entonces, hay más posibilidades. Trabajamos con, no sé, con el centro de formación, para tener una perspectiva a la hora de pensar en un laboratorio, porque tampoco hay programas, digamos, específicos que hagan una reinserción laboral, sino que tenés que buscar afuera y una de ellas es el centro de formación. Entonces trabajamos con ese lugar, trabajamos con, no sé, gimnasios,

Y así estamos haciendo y también tomando la demanda, en este caso del grupo, te estoy diciendo en el que yo estoy de mujeres y grupo de familia. Viste, hemos salido de turista por un día para poder pensar cómo eso se puede replicar y cómo lo pueden replicar dentro de sus espacios familiares, vinculares. Y las cosas lindas que hay, porque sino uno se queda patinando y después, acompañarlos en el acceso a derecho, en lo que podamos, los acompañamos y me parece que el derecho al deporte, a la recreación, al tiempo libre, son derechos que están sumamente cómo abandonados porque volvemos otra vez a lo mismo, estamos en un sistema totalmente capitalista, individualista que lo que prioriza es la producción. Y no se piensa en la recreación, en el tiempo libre, en cómo lo vivo, en cómo lo planificó. Bueno, esa es mi lógica de laburo.

Luciana: Bien, bueno, gracias, gracias por tu tiempo y buena predisposición, fue un placer escucharte. Cualquier cosa si yo veo que algo me faltó, me comunico con vos, ¿no hay problema?

Cecilia: No, no, no, vas a tener que tener paciencia porque generalmente estoy medio complicada, pero nos podemos organizar.

Luciana: Dale, perfecto. Bueno, nos estamos viendo.