

2014-03-20

# la Salud mental comunitaria. Un abordaje preliminar desde imaginarios, discursos y prácticas aplicado a la ciudad de Tandil

Mansilla, María Nieves

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/78>

*Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inn*

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**La Salud Mental Comunitaria. Un abordaje preliminar desde  
Imaginarios, Discursos y Prácticas aplicado a la ciudad de Tandil.**

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito  
curricular conforme O.C.S 143/89

**Apellido y nombre de los alumnos:**

-Mansilla, María Nieves. Mat.:07449/06

-Grasso, Luciano. Mat.: 07858/07

**Supervisor:**

-Lic. Más, Fermín

Fecha de entrega: 12/11/12

## *INDICE*

### CAPITULO I

La salud mental: Existe una definición posible?  
..... 1

### CAPITULO II

Caracterización de la ciudad de Tandil .....  
15

### CAPITULO III

Trabajo de campo. Entrevistas a informantes clave .....  
28

### CAPITULO IV

Grupos focales con pacientes y familiares .....  
71

### CAPITULO V

Consideraciones finales .....  
100

### CAPITULO VI

Agradecimientos .....  
110

### CAPITULO VII

Bibliografía básica de referencia .....  
112

Anexo .....  
115

## CAPITULO I *La salud mental: ¿Existe una definición posible?*

*La concepción de la salud y de la enfermedad debe ser entendida como proceso.*

“Conocer el estado de salud de los individuos es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, con su cultura”. (Vergara Quintero, 2007)

El proceso salud-enfermedad es dinámico, interactivo, complejo y cambiante. Implica una concepción del sujeto integral, que considera los aspectos físicos, psicológicos y sociales en compleja interacción.

Tanto el concepto de salud como el de enfermedad están contruidos cultural e históricamente en la propia interacción social. “El proceso de salud-enfermedad constituye una expresión particular del proceso general de la vida social, es la síntesis de un conjunto de determinaciones que opera en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos, la aparición de riesgos o potencialidades características (...)” (Breilh, 2003).

Debido a su carácter sociohistórico es necesario estudiar el tipo, frecuencia y distribución de la enfermedad en cada sociedad y sobre todo de los recursos que cuenta para prevenir patologías y promover la salud.

*Evolución del concepto salud enfermedad. Breve reseña histórica.*

<sup>2</sup> Concepción tradicional: se fundamenta en la existencia de dioses con virtudes mágicas, que curan los padecimientos de las personas a través de hechizos, brebajes realizados con plantas, ceremonias y rituales. En la edad moderna, con los avances de la ciencia, se desarrolla un mayor interés por la anatomía, fisonomía y química del cuerpo humano, se profundiza en los aspectos biológicos de la enfermedad. Las dimensiones social y política, comienzan a considerarse a partir del siglo XIX con la Revolución Industrial y la Revolución Francesa.

En líneas generales se mantiene una concepción donde priman los criterios de objetividad y validez, sustentando en las posibilidades de explicación, predicción y control de las enfermedades.

En 1946, surge la definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud: "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad".

<sup>2</sup> Concepción moderna: a partir de los años 90, se consideran en los estudios de la salud las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad. Predomina el modelo biomédico, prevalece un concepto perteneciente a la racionalidad científica que concede mayor relevancia a los factores biológicos, centrado en la enfermedad y la rehabilitación. Comienza a vislumbrarse su crisis, a partir de la crítica de deshumanización y su interés exclusivamente técnico-instrumental.

<sup>2</sup> Concepción postmoderna: considera al ser humano como resultado de las prácticas discursivas. Se hace hincapié en la comprensión de las creencias y practicas en salud en diferentes contextos socioculturales.

En estos últimos tiempos, se conceptualiza a la salud y a la enfermedad como un proceso continuo, en el que intervienen y son afectadas las personas, las familias y las comunidades. De esta manera, se establece en el marco de lo que se denomina salud colectiva.

#### *Concepción de la salud mental como campus social*

En lo que respecta a la concepción de salud mental, entendemos que no existe una definición univoca, ni un consenso acerca de esta, ya que la consideramos como una construcción social emergente de distintos significados y que varia de acuerdo a la cultura y esta sometida, por ende, a procesos históricos y sociales.

Una de las dificultades para establecer una definición, radica en la falta de coherencia en este campo. Al decir de Emiliano Galende, se caracteriza en la actualidad “por una sumatoria, no integración, de diferentes disciplinas, diversos modos de comprender los trastornos mentales, heterogeneidad en las formas de tratarlos y esencialmente, por la negación de las contradicciones que atraviesan al conjunto de sus practicas”. (Galende, 2008). Dentro de ese campo, según dicho autor, se entrecruzan diferentes discursos, imaginarios y practicas sociales. Algunos de ellos son, por un lado, el discurso propio de los agentes de la salud

(medico, psiquiátrico, psicológico, entre otras profesiones). Dentro del ámbito de los agentes de la salud mental, regía, hasta hace poco tiempo, cierta homogeneidad en cuanto a la vigencia de un modelo hegemónico de salud y enfermedad mental, correspondiente al denominado paradigma de la psiquiatría, homogeneidad que se ha ido desdibujando. Además de estos, otros discursos se entrecruzan, como el discurso de los distintos sectores de la comunidad, de diferentes instituciones, etc. Por lo tanto, es un campo con múltiples involucramientos.

Desde un discurso oficial, la Organización Mundial de la Salud, define a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Esta definición está enmarcada en la de Salud, coincidiendo en que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales.

En los últimos años, se ha ido evolucionando hacia una apertura que modifica las concepciones, tanto sobre la salud, la enfermedad, la noción del sujeto, la importancia de la comunidad y los determinantes sociales, la horizontalización de las profesiones en salud mental, entre otros.

Estos movimientos que paulatinamente fueron transformando el campo, se cristalizaron en la sanción de una ley Nacional de Salud Mental, aprobada en Noviembre de 2010. Dicha ley introduce desde el campo de la normativa, cambios profundos, los cuales generan, por un lado, movimientos dentro del ámbito de los agentes de la salud mental, con una coexistencia de

adhesiones a paradigmas contrapuestos, y por otro lado, genera incertidumbre en relación a un posible traspaso del escenario de lo teórico y discursivo, al de la práctica. Frente a esta complejización que se observa en el escenario actual, preguntarse: ¿Qué es la salud mental?, implica abrir un interrogante, sin una única respuesta. No obstante ello, una definición posible, desde la que nos posicionamos para iniciar este trabajo, es la que se acerca a la realizada por Vicente Galli (1986), que la considera como un “Estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos, con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en la que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social”.

### *Concepción de la salud mental como rizoma*

Pensamos a la salud mental como dinámica, cambiante, en permanente transformación. Esta idea de movilidad y de multiplicidad del término, coincide con los planteos de Almirón, quien la define como un “rizoma”: “...un tallo subterráneo. Se extiende bajo la tierra adquiriendo formas imprevisibles (...) Lo que diferencia al rizoma de otras plantas se manifiesta precisamente en la parte que normalmente no se ve: por debajo del suelo también hay una estructura”. (Almirón, 2008).

Conceptualizar a la salud y la enfermedad como un proceso continuo, con límites difusos (no como criterios tajantes y definidos) implica un



posicionamiento que entiende a lo normal y lo patológico como construcciones históricas, sociales y culturales, en las que también intervienen factores de poder, políticos y económicos. Esto implica que lo que en un contexto cultural y en una determinada época es definido como normal o criterio de salud, en otro contexto u otra época, y en función de otros intereses, es definido como patológico y viceversa. (Laurell, 1981).

### *Concepción de la salud mental como un emergente comunitario*

Al ser, el proceso salud-enfermedad-atención, de carácter histórico y social, se hace necesario estudiar las prácticas, discursos e imaginarios sociales en tanto que emergentes comunitarios y, por lo tanto, en tanto que elementos contribuyentes a la producción de salud mental en la comunidad local.

“La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos” (Suárez, R. 2001:1, citado en Vergara, Q. MC. 2006). Es desde la salud mental comunitaria, como paradigma emergente desde los campos político y profesional, desde donde comienza a instalarse ciertos cambios, por un lado, del orden legal con la nueva ley. Por otro, desde el terreno de las prácticas en el campo de los efectores de salud pública, en algunos casos particulares. Desde estas prácticas, se tienen en cuenta otro tipo de

lineamientos frente a una problemática comunitaria, como el contexto histórico-político-cultural-social-económico, configuración de los colectivos sociales y de sus modalidades relacionales y la historia de la comunidad.

La nueva Ley de Salud Mental (Ley 26.657) propone un nuevo paradigma de enfoque psicosocial. Esta mirada es desde un nuevo modelo de salud mental en el cual se le da énfasis a las prácticas sociales y a las condiciones de vida de los sujetos y los grupos. Desde este nuevo enfoque se rompe con una concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. Plantea a la internación como recurso restrictivo, solo cuando no existe alternativa y siempre privilegiando los vínculos del paciente (Art. 14), y haciéndolas lo más breve posibles (Art. 15).

Las prácticas profesionales médicas llevadas a cabo bajo el régimen de la anterior Ley, sufren modificaciones muy profundas, como por ejemplo, en cuanto a la modalidad de abordaje, “la llamada enfermedad mental es progresivamente “des-medicalizada” en su concepción social y técnica, y puesta progresivamente en relación con los hechos del lenguaje y la vida social.

Por lo tanto, pensamos en una forma de definir operacionalmente a la salud mental siguiendo la definición de Miguel Tollo, basada en la de A. Querido, Preámbulo de la Constitución de la OMS, como: “conjunto de actividades basadas en un repertorio variado de conocimientos culturales, y científicos que tienen como objetivos: fomentar, proteger, conservar, restablecer y rehabilitar la salud mental de las personas o grupos humanos”.

A su vez, este posicionamiento dentro de la salud mental, ubicándola y definiéndola como salud mental comunitaria, debe ir necesariamente, en lo que respecta al sistema estatal de salud, de la mano de un modelo de salud colectiva, basado en la estrategia de atención primaria de la salud. Esto implica que una política de salud mental comunitaria debe insertarse en el marco de una política mayor, de salud centrada en la promoción, y basada en los derechos humanos. Implica entender a la salud como el bien máspreciado, por lo tanto un derecho de cada uno de los ciudadanos, y un deber del Estado garantizar la accesibilidad al sistema de salud pública. Pero no solo eso, en lo que respecta al modelo, debe ser centrado en la atención primaria, fortaleciendo los equipos del primer nivel de atención, quienes deben trabajar junto a la comunidad en las distintas problemáticas de la salud.

En ese marco es que creemos debe insertarse la salud mental que se sostiene en el presente trabajo.

### *Imaginaríos, representaciones y noción de campus*

Al considerar el rol activo de los sujetos y de los grupos sociales en la dinámica del proceso salud-enfermedad-atención, resulta de fundamental importancia destacar el papel que juegan los imaginarios sociales y las representaciones sociales, en tanto que éstas influyen decisivamente en los discursos y las practicas de los agentes, condicionando sus maneras de vincularse con el sistema y con los otros agentes de salud. A su vez, estos

discursos y prácticas condicionan los imaginarios y representaciones sociales.

En lo que respecta a los imaginarios sociales, partimos de las conceptualizaciones de Castoriadis (1975), quien lo caracteriza como lo que en determinado momento socio histórico opera como “lo que es”. Son producciones de sentido que se generan colectivamente. Es decir, se moldean y a su vez son moldeados por las distintas subjetividades. Castoriadis habla de “magma de significaciones”, una red compleja de significados sociales imaginarios, que penetra a la sociedad y además la orienta, y que también está encarnada en sus instituciones. Estas significaciones, además de instituir a los colectivos sociales, construyen los modos de relacionarse, relaciones que a su vez dan lugar a los universos de sentido. Estas significaciones colectivas, son según Castoriadis, invenciones colectivas, por lo tanto hay en la definición, además de la determinación de lo dado, del modo de ser, también la posibilidad de inventar lo nuevo, remarcando el carácter dinámico de dicho termino.

En cuanto a la definición de representaciones sociales, tomando a Denis Jodelet (1986), “designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales marcados socialmente”. Se piensan entonces como modalidades prácticas orientadas hacia la comunicación, comprensión y dominio del ambiente social, material e ideal. Se trata de las distintas formas en las cuales los sujetos aprenden y entienden aquello que los rodean. Son estructuras de conocimiento dinámicas que se generan en

un contexto dado, desde una experiencia que es social, y que versan sobre un objeto significativo dentro de un colectivo; es además también, una reconstrucción mental de la realidad. Desde este punto de vista se considera al ser humano como productor de informaciones y significados. Se destaca a su vez, en esta concepción, el carácter práctico de la misma, aludiendo a que dichas representaciones, explican, justifican y orientan la acción.

Como factores condicionantes de una representación social se encuentra la influencia de la situación socio-económica e histórica de una sociedad (determinación social central), la influencia del contexto de un colectivo particular y la influencia del individuo singular que imprime en ella sus características (determinación social lateral). Es desde esos imaginarios y representaciones sociales que los miembros de la comunidad se vinculan con aquellos agentes en quienes deposita la potestad de tratar la salud y la enfermedad mental. La consideración acerca de lo que significa la salud mental y lo patológico, la causalidad atribuida a este, y aquello que considere como los procedimientos de cura y, por ende, los agentes con aptitud para ello, condicionarán sus prácticas (agentes de la metafísica, la religión, las profesiones propias de las distintas disciplinas de la salud mental, etc.). Esas prácticas a su vez, son las posibilitadoras u obstaculizadoras de la consolidación de paradigmas instituidos, y, por otro lado, de la emergencia de otros nuevos cuya finalidad es el cambio, como el caso de la salud mental comunitaria (Almeida Filho, 2006; Augsburger & Gerloni, 2005; Augsburger, 2004).

Relacionado a estos conceptos, los discursos sociales manifiestan la acción social en el decir, cualquiera sea la forma de expresión. Subyacen a las formas de pensar, de decir y los saberes en una sociedad y momento histórico determinado. La sociedad se reconoce a si misma a partir de estos discursos, afectando además no solo la calidad y valor de los discursos, sino también a los prejuicios y los estereotipos que a lo largo del tiempo se van construyendo. Es importante considerar el papel de los medios de comunicación ya que intervienen entre los acontecimientos y la representación, y su transmisión a través de determinados tipos de discursos (noticias, opiniones).

Se destaca también la noción de “campo” de Bourdieu, entendido como “sistema de posiciones y de relaciones entre posiciones”... “espacios de juego históricamente constituidos...”. (Gutiérrez, 1994). Estos campos están dotados de “habitus”, entendidos como “aquellas disposiciones a actuar, percibir, valorar, sentir y pensar de una cierta manera mas que de otra, disposiciones que han sido interiorizadas por el individuo en el curso de su historia”. “...esquema generador y organizador, tanto de las practicas sociales, como de las percepciones y apreciaciones de las propias practicas y de las practicas de los demás agentes.” (Gutiérrez, 1994).

### *De los “habitus” a los “dispositivos”*

A la hora de caracterizar el sistema de salud mental publica de la ciudad, en lo que respecta específicamente a los distintos servicios, mas allá

de los distintos posicionamientos epistemológicos, teóricos, ideológicos e incluso políticos, en el marco de las practicas, nos encontramos con la “oferta” de diferentes dispositivos con los cuales dicho sistema interviene.

El sistema de salud, a través de sus instituciones y a partir del accionar de sus agentes, actúa desde estas intervenciones. Intervenir, remite a una introducción desde una postura de autoridad, de un elemento externo, con intención de modificar o interferir el funcionamiento de un proceso o sistema, en una dirección dada. Es un proceso intencional, que persigue un cambio. En el caso de la intervención en salud mental, esta es sobre sujetos, por lo tanto, se persiguen cambios en el orden de dichos sujetos (psíquicos, conductuales, etc.). La intervención puede ser pensada, tanto desde la prevención, como desde la asistencia. En cuanto a la prevención, esta puede ser, primaria, secundaria y terciaria. En cuanto a la asistencia, existen distintos tipos de prácticas, las cuales actúan sobre el problema para eliminarlo o disminuirlo. Pero en ambos casos, tanto en prevención como en asistencia, el sistema de salud pone en práctica lo que se denominan “dispositivos”.

A la hora de hablar de dispositivos de intervención, creemos necesario enmarcarlos en una noción mas amplia, la de “dispositivos sociales”, pensados como construcción social. Uno de los pensadores que teorizan sobre esta definición, es Michel Foucault. Los define como un conjunto heterogéneo que incluye discursos, instituciones, planificaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas y enunciados científicos, filosóficos y morales. En estos dispositivos, se

incluye tanto lo dicho como lo no dicho. También lo piensa como un complejo entramado de fuerzas y discursos con el fin de ejercer poder para producir determinadas acciones, para “conducir conductas”, y de esa forma, modelar subjetividades. Giles Deleuze (1986), siguiendo esta línea, ubica los discursos, las prácticas y las relaciones de poder, como parte del campo de estos dispositivos. Establece distintas dimensiones de los dispositivos, las cuales permiten ubicar la historicidad de los mismos. Estas son: las líneas de visibilidad (hacer ver ciertos aspectos e invisibilizar otros), líneas de enunciación (hacer hablar a través de un discurso concreto), líneas de fuerzas (relacionadas con el poder), y líneas de objetivación y subjetivación (producción de subjetividad). Pero incluye también las denominadas líneas de fuga, que sería aquello que escapa de los esfuerzos de captura del saber y del poder.

#### *Dispositivo Grupal – Grupo Focal*

En lo que respecta a la metodología a partir de la cual se intenta obtener la información que pueda dar cuenta de los discursos acerca de la salud mental, una de las estrategias utilizadas es la del dispositivo “grupo focal”. Esto implica que, para ello, debemos tener en cuenta la noción teórica de dispositivo grupal. En este sentido, lo podemos definir como un artificio inventado para cumplir determinados objetivos, los cuales no podrían lograrse de otra manera. Responde a una demanda, construyéndose un artificio metodológico. Dicho dispositivo es puesto en marcha por un



coordinador haciendo posible la constitución de un espacio en el que la palabra es resguardada, y el discurso sostenido.

Uno de los dispositivos posibles, el cual será utilizado en la presente investigación, es el denominado “grupo focal”. Se trata de una sesión de grupo semiestructurada, moderada por un coordinador, desarrollada en un ambiente informal. El objetivo es recolectar información sobre un tópico designado. Dicha información remite a experiencias personales, creencias, pensamientos, discursos, relacionados con un tema. Se busca comprender desde la perspectiva de los participantes, el sentido, la naturaleza de dicho tema elegido. La función del coordinador es la de animar a los miembros a responder entre ellos, propiciando la interacción. Establece guías, preguntas, ejes para enmarcar y encauzar las discusiones.

## CAPITULO II *Caracterización de la ciudad de Tandil*

A partir de los conceptos desarrollados en el capítulo I, el presente estudio de caso será aplicado a la ciudad de Tandil, ciudad ubicada geográficamente en la zona centro-sur de la provincia de Buenos Aires.

Tiene una población aproximada de 125.000 habitantes, entre la ciudad y algunas localidades rurales. Este distrito, de acuerdo al último censo en el 2010, tiene las siguientes características:

<sup>2</sup> Pirámide social: la población se divide aproximadamente en 60 mil hombres y 64 mil mujeres, y se contaron más de 51 mil viviendas. La tasa de empleo es del 42,4% y la de desocupación 10,5%.

<sup>2</sup> Indicadores de la actividad económica: es una población que se encuentra en constante crecimiento. Posee una Universidad Nacional. Sus principales actividades son el turismo, la industria (especialmente la metalmecánica), el agro y la ganadería.

Como rasgos principales se destaca que la economía es diversificada y pujante, esto debido a que la ciudad se encuentra cerca de los principales centros de comercialización y puertos de la Provincia de Buenos Aires.

A partir del año 2002 se registra en la ciudad un gran crecimiento económico, principalmente en el sector agropecuario, y además en un conjunto amplio de actividades, como por ejemplo se destaca el fuerte despegue del turismo y servicios relacionados, como la hotelería,

restaurantes y lugares de esparcimiento. Este crecimiento se puede observar a través del análisis del PBG y de otras variables que muestran indirectamente dicho crecimiento, como el aumento de los montos depositados en entidades bancarias y los elevados índices de construcción.

² Estructura productiva:

-Sector primario (agricultura, ganadería y explotación minera) 11,3%

-Construcción 7,8%

-Sector publico, en enseñanza y salud 13,9%

-Servicios privados 31,7%

-Hoteles y restaurantes 3,1%

-Comercio 7,8%

-Industria 24,3%

² Indicadores educacionales:

Nivel de instrucción

-Sin Instrucción / Primario Incompleto 12,8%

-Primario Completo / Secundario Incompleto 49,8%

-Secundario Completo / Terciario o Universitario Incompleto 28%

-Terciario o Universitario Completo 9,4%

² Otras características:

-Alto nivel de calidad de vida.

-Baja litigiosidad penal: 39,6 causas cada mil habitantes (total departamental).

### *Caracterización del Sistema de Salud*

En cuanto al sistema de salud, posee un subsistema público principalmente municipal, compuesto por una Secretaria de Salud que integra:

² Un hospital General Municipal, "Ramón Santamarina: Establecimiento de mediana y alta complejidad que atiende el segundo nivel, y primer nivel en el caso de la zona centro de la ciudad. Posee 128 camas de internación, contando con guardia de clínica médica (emergencias), Neonatología, quirófanos, Unidad de terapia intensiva, y diferentes servicios y especialidades.

-Posee 16 consultorios externos (además de consultorios en especialidades distribuidos por toda la estructura).

-Cuenta con un parque de 5 ambulancias propias y una combi para derivaciones de pacientes a otras localidades.

² Catorce centros de atención primaria de la salud, mas 5 salas de primeros auxilios, 4 de ellas en las localidades rurales. Cada uno de los 14 Centros de Salud, se encuentra situado en una delimitación geográfica precisa, en el marco del programa de zonificación municipal. De esta manera, la ciudad se encuentra artificialmente dividida por zonas

geográficas, teniendo cada una, desde lo sanitario, un efector encargado del primer nivel de atención. Dichos centros cuentan con un equipo interdisciplinario integrado por medico generalista, psicólogo, trabajador social, enfermero, odontólogo y administrativo. En algunos centros también se desempeñan operadores en psicología social, obstetras, nutricionistas.

<sup>2</sup> Un hospital de niños, con 44 camas, y un hospital en la localidad de María Ignacia. (3000 habitantes). Posee 19 camas para lactantes más 25 camas para 1º y 2º infancia, 2 en observación de guardia, 4 camas en terapia intensiva.

-Estructura: Guardia con 4 consultorios de atención mas 2 en Observación, Shock Room con dos plazas, 2 Quirófanos con Sala de esterilización, 10 Consultorios Externos, Radiología, Laboratorio, Vacunación, Oficina de Fundación, Sala de ateneos y, Reuniones, Administración: Admisión y Egresos, Turnos e informes, Archivo de HC, Dirección.

-Especialidades: Pediatría, Clínica, Neurología, Cirugía, Neonatología, Cardiología, Traumatología, Alergología, Anestesiología, Otorrinolaringología, Kinesiología, Psicología, Psicopedagogía, Odontología, Neumonología, Fonoaudiología, Hematología, Neonatología, Nutrición, Servicio Social, Consultorio de lactancia, Estimulación Temprana.

<sup>2</sup> Un hospital en la localidad de María Ignacia Vela. (3000 habitantes) con dos médicos generalistas, enfermera, psicólogo, trabajador social y pediatra.

### *Salud Mental*

En lo que respecta a Salud Mental, cuenta con una Dirección de Salud Mental creada hace un año, que incluye:

- Centro de Salud Mental: 5 consultorios externos, 14 camas de internación para casos de agudos, y espacios para dispositivos grupales y reuniones de profesionales. Trabajan 3 psiquiatras, 5 psicólogos, un trabajador social.
- Un hospital de Día: actualmente funcionando en un edificio temporario, ya que esta en construcción un nuevo edificio. Cuenta con distintos dispositivos como taller de radio, de escritura, educación física, teatro, musicoterapia, etc., y un equipo interdisciplinario.
- Salud mental en niños: 5 psicólogos, un psiquiatra infantil, un trabajador social, una psicopedagoga.
- Salud Mental en atención primaria de la salud: cada centro de salud cuenta con un psicólogo que trabaja de manera interdisciplinaria con su equipo del primer nivel, y a su vez intersectorialmente con las distintas áreas de salud mental.

- Área de salud mental en adolescencia: equipo interdisciplinario (medico generalista, ginecólogo, psicólogos, psicólogo social) que trabaja con la franja etárea de 14 a 17 años.

Cada una de estas áreas depende organizativamente de la dirección de salud mental.

### *Subsistema privado de salud*

² SANATORIO TANDIL: Posee alrededor de 75 camas, internación 2º nivel con todos los servicios y especialidades. Guardia 24 hs., quirófanos, áreas de Maternidad, Neonatología, Terapia Intensiva, Hemoterapia, Ortopedia y Traumatología, Obstetricia y Ginecología, Cirugía y Sala de Partos, Laboratorio.

-No posee servicios de ambulancias propio, trabaja todo con Obras Sociales, pero sin convenios directos, ni capitales establecidas.

-Posee un servicio de Terapia Radiante, externo empresa privada.

-No posee consultorios externos.

² Clínica Chacabuco: Posee alrededor de 100 camas. Posee Internación de 2º Nivel con todos los servicios y especialidades. Guardia 24hs, Quirófanos, áreas de Maternidad, Neonatología, Terapia Intensiva, Hemoterapia, Laboratorio, Ortopedia y Traumatología, Cirugía y Sala de Partos, Unidad Coronaria, y Kinesiología.

- Clínica del Corazón (Externo) para tratamientos ambulatorios y estudios.
- Traumed – Ortopedia y Traumatología (Externo) para tratamientos ambulatorios y estudios.
- Resonancia y Tomografías (Externo).
- No posee servicios de ambulancias propio, trabaja todo con Obras Sociales con las que tiene convenios directos con obras sociales y capitas establecidas.

#### *Indicadores de cobertura médica*

En cuanto a la cobertura médica, el porcentaje de población por tipo de cobertura es: obra social 59,4; mutual 2,4; coseguro 3,4; prepaga 11,4; servicio de emergencia 2,4; no tiene 28,7; y el resto es ignorado.

#### *Indicadores de salud*

Los datos obtenidos de diferentes fuentes, permiten conformar el cuadro que se detalla a continuación, conteniendo diferentes indicadores: principales causas de mortalidad, así como prevalencia de enfermedades crónicas en población general. En cada caso, se realiza una comparación de Tandil, con la situación en la población general en la Argentina. Las fuentes son: Ministerio de Salud de la Nación (calculado sobre tasas ajustadas por edad), Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (calculado sobre tasas ajustadas por edad), datos obtenidos de la Historia Clínica Electrónica



del Sistema Integrado de Salud de Tandil, Agosto 2011, y Primer Encuesta nacional de Factores de Riesgo 2006.

<b>Indicador</b>	<b>Tandil</b>	<b>Argentina</b>
Tasa Mortalidad Infantil 0 a 1 año	7	11.9
Tasa Mortalidad 1 a 4 años	15.1	0,6
Tasa Mortalidad Materna	0.9	4.4
Tasa de Mortalidad Neonatal	5.5	7.9
Tasa de Mortalidad Posneonatal	3.8	4
Porcentaje de Niños con bajo Peso al nacer	8.2	7.3
Tasa Bruta de Mortalidad	9.2	7.9
Esperanza de Vida al nacer Hombres (años)*	77	70,04
Esperanza de Vida al nacer Mujeres (años)*	82	76,74
<b>PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD</b>		<b>ARGENTINA</b>
Enfermedades cardiovasculares	31.9%	30,4%
Tumores	19:6%	19,9%
Enfermedades infecciosas	8.5%	9,7%
Causas externas	7.1(Accidentes)	6,4%
Todas las demás		33,6%
<b>Prevalencia de Enfermedades Crónicas en población General</b>	<b>Tandil</b>	<b>Argentina</b>
Diabetes	6,7%	11.9%
HTA	35,6%	30.9%
Obesidad	17.6%	18.9.%
Sobrepeso	32,8%	34.4%
Alcohol ( Consumo de Riesgo)	8.5%	9.9%
Tabaquismo ( 18 a 64 años)	30.5%	33,4%
Tabaquismo en menores de 14 años	9,9%	

### *Caracterización de la demanda del Centro de Salud Mental*

Se realizó una indagación en base a los archivos digitales del Centro de Salud Mental Municipal, la cual permitió caracterizar brevemente el tipo de demanda que asistió a los servicios de Salud Mental del segundo y tercer nivel de atención durante el período 01/04/12 al 01/10/12.

Para ello, se analizaron los registros de la Historia Clínica Única Electrónica en Red. El análisis se centró en el comportamiento de las siguientes variables: cantidad de atenciones, cantidad de pacientes, edades, sexo y diagnóstico

El análisis arrojó, en un principio, una producción de servicios de 976 atenciones, correspondientes a 186 pacientes, que, según género, tuvo la distribución tal como se puede ver en la tabla.

Tabla nº 1: Distribución de frecuencias y porcentajes según género.

Fuente: archivos digitales del Centro de Salud Mental.

<i><b>SEXO</b></i>	<i>cant. de casos</i>	<i>porcentaje</i>
<i>Femenino</i>	<i>135</i>	<i>72,58%</i>
<i>Masculino</i>	<i>51</i>	<i>27,42%</i>
<i>Total</i>	<i>186</i>	<i>100,00%</i>

Como puede observarse, durante este período hubo una clara mayoría de atención a personas de sexo femenino, de cerca de tres cuartas partes del total, en relación a personas del sexo masculino.

En cuanto a las edades, para el análisis se estratificaron los valores en 4 intervalos (de 18 a 30 años, de 31 a 45 años de 46 a 60 y 61 o más años), pudiéndose observar una mayoría clara en jóvenes de hasta 30 años, por sobre los otros grupos de edad.

Tabla nº 2: Distribución de casos según edad.

Fuente: archivos digitales del Centro de Salud Mental.

<b>EDADES</b>	cant. de casos	porcentaje
De 18 a 30	78	41,93%
De 31 a 45	54	29,04%
De 46 a 60	48	25,80%
Mas de 60	6	3,23%
total	186	100,00%

Respecto al análisis de los diagnósticos, los registros en los servicios están tomados según la codificación establecida en la historia clínica electrónica es la de CIAP 2 (recomendada para atenciones ambulatorias por la OMS). De los diálogos posteriores con los profesionales, se puede concluir que dicha codificación genera complicaciones de comunicación a la hora de cargar los datos de los pacientes, prefiriendo utilizar otras codificaciones, como la CIE10 o el DSM IV.

A continuación, se detallan dos cuadros, el primero respetando las divisiones y estratificaciones según la codificación cargada por los profesionales. Y el segundo, unificando algunas codificaciones según problemas relacionados. En el caso de la categoría “Otros signos- síntomas - problemas psicológicos o mentales”, se trata de casos que remiten a sintomatologías coyunturales de los pacientes, propios de estados transitorios, sin una clasificación clara de estructura. (Manifestado de esta manera por los profesionales al consultarles por el contenido de dicha categoría).

Tabla nº 3: Distribución de frecuencias y porcentajes según diagnóstico.

Fuente: archivos digitales del Centro de Salud Mental.

<b>DIAGNOSTICO</b>	casos	porcentaje
Sensación de ansiedad	7	3,77%
Trastorno de ansiedad	16	8,61%
Trastorno de ansiedad generalizada	3	1,61%
Sensación - sentimiento depresión	14	7,53%
Trastorno depresivo	10	5,37%
Sensación - sentimiento de irritabilidad	2	1,07%
Abuso de drogas	1	0,54%
Trastorno de la memoria	1	0,54%
Trastorno del control de los impulsos	1	0,54%
Problemas de etapas de la vida del adulto	1	0,54%
Otros signos- síntomas - problemas psicológicos o mentales	56	30,11%
Esquizofrenia	9	4,83%
Trastornos psicóticos	9	4,83%
Psicosis afectivas	1	0,54%
Otras psicosis	10	5,37%
Trastornos de angustia sin agorafobia	9	4,83%
Fobia específica	1	0,54%
Trastorno obsesivo compulsivo	2	1,06%
Trastornos de personalidad	27	14,54%
Trastornos por estrés post traumático	1	0,54%
Retraso mental	3	1,61%
Anorexia	1	0,54%
Trastornos de conducta alimentaria	1	0,54%
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100,00%</b>

Unificación de categorías por problemas relacionados: se observa una mayoría de los casos clasificados como otros signos, síntomas o problemas psicológicos o mentales. Luego, en proporciones similares, se pueden unificar casos de psicosis, así como también de ansiedad, depresión y trastornos de personalidad. Luego, con cantidades muy menores, otras patologías.

Tabla nº 4: Porcentajes de los diagnósticos agrupados.

Fuente: archivos digitales del Centro de Salud Mental.

Distribución aproximada

Otros signos- síntomas - problemas psicológicos o mentales	30,11%
Psicosis	15,57%
Trastornos de personalidad	14,54%
Ansiedad	13,99%
Depresión	12,90%
Patologías menos frecuentes	10,21%
Trastornos de angustia sin agorafobia	4,83%
Trastornos alimentarios	1,08%

### CAPITULO III *Trabajo de campo*

#### *Entrevistas a informantes clave pertenecientes a los servicios de salud mental municipal*

Como instrumento de recolección de información, uno de los elegidos fue la entrevista semi estructurada, se elaboró un protocolo con los temas o ejes a tratar durante la misma, siendo el orden y el modo de formulación de las preguntas, a libre elección de quien entrevista. La misma se realizo estratégicamente a distintos actores del servicio de salud mental publico de la ciudad de Tandil. Ellos son: del centro de salud mental una psicóloga y una psiquiatra, del Hospital de Niños una psicóloga, del centro de día un enfermero, de atención primaria dos psicólogos de distintos barrios, del área de adolescencia una psicóloga, y al director de salud mental, en total 8 entrevistados.

El diseño de las entrevistas se baso en el objetivo de indagar los siguientes ejes:

- 1 - Representaciones acerca de la salud mental (salud – enfermedad mental)
- 2 - Descripción del servicio/área en el que trabaja.
- 3 - Practicas en relación a su tarea diaria.

Preguntas para cada eje:

1)

- Que es la salud mental para Ud.? Como podría definirla? Cuales son las características que representan a la salud mental?
- Cuales considera que son las profesiones que deben tener incumbencia para promover la salud mental de la comunidad?
- Cuales cree que son los significados de salud mental por parte de la comunidad?
- Cual cree que es rol que debe tener la comunidad en la salud mental?

2)

- Describa sintéticamente el área en el que trabaja.
- Cuales son los roles de cada uno de los actores? (profesiones y sectores)
- Con que áreas articula su servicio?
- Como articula con dichas áreas? Con que practicas y/o acciones concretas?
- Con que áreas y/o instituciones cree que es importante que su servicio articule en pos de la salud mental?
- Como cree que debe ser un servicio de salud mental en el ámbito publico?
- Que es para Ud. un sistema integrado de salud?
- Como cree que debe integrarse la salud mental en un sistema integrado de salud?



3)

- Como describiría un día de trabajo suyo en su área?
- Cuales son los aportes de su profesión a la salud mental?
- Cuales son, de esos aportes, los aspectos mas positivos en su quehacer diario, y/o los que considera mas relevantes?
- Cuales son las debilidades en su quehacer diario?

Luego de transcribir cada entrevista, se realizo un análisis de cada una siguiendo estos ejes y delimitando 6 categorías para dicho fin, estas son:

- concepción de salud mental
- dinámica
- interdisciplina
- valoración social
- practica social
- Ley de salud mental

En primera instancia se realizo un análisis intra categorías, y luego un análisis inter categorías, relacionando las que consideramos que tenían un vinculo directo. Como etapa final, se realizo un análisis completo de la información que nos brindó este instrumento.

### *Análisis de los ejes*

#### Análisis intracategorías

### *Concepto salud mental*

En términos generales los profesionales remiten a la definición de salud emitida por la OMS como “bienestar bio psico social”, se plantea una idea de salud integral a partir de lo cual no se puede pensar en una salud mental por separado a ese bienestar complejo, compuesto por el entrecruzamiento de muchos factores. Como comenta la psicóloga de atención primaria “La salud mental es salud en general para mi, no es solo salud mental. La persona no va la cabeza por un lado y el cuerpo por otro. Es el bienestar general de la persona. Y se apunta a lograr la mayor calidad de vida para lograr salud mental. Y es general, el estilo de vida, la costumbre, los hábitos, la historia personal, todo hace a la salud mental de cada persona” (2). “El psicoanálisis toma también otra variable de análisis, ya no la antinómica salud enfermedad sino satisfacción y sufrimiento. Y Freud plantea que la salida de ese sufrimiento tiene que ver con Saber (campo del conocimiento) creer (campo de la religión) y crear (campo del arte). Si un sujeto esta en estas tres posibilidades esta en el terreno de la salud, sino cree, no crea y no pretende aprender, esta en el terreno del tanatos” (8).

Algunos hablan de bienestar y calidad de vida, sin especificar cuales son los criterios. No obstante, el director de Salud Mental describe un poco

mas al respecto, diciendo “A mi gusto tiene que ver con tener una vida satisfactoria, con presencia de subjetividad y de un desarrollo de una vida que no afecte a otras vidas, que lo bueno para un sujeto no implique algo malo para los demás” (8).

Como puntos de divergencia encontramos posturas que subrayan diferentes aspectos vinculados al concepto, en un caso extremo remite directamente a la patología sin poder definir lo que denomina como salud, sino que trata la ausencia de la salud. En los otros casos, algunos destacan como mas importante lo emocional, otros los valores, el contexto socio político, o lo físico, lo que en si coinciden es en considerar lo social como parte de la salud, excepto en el caso de la psiquiatra que si bien toma la definición de la OMS, omite este aspecto.

Se puede concluir que a nivel general, frente a la consigna de pensar una definición de salud mental hubo ciertas dificultades por parte de los profesionales. Esto se pudo observar en manifestaciones de sorpresa frente a la pregunta, cierto nerviosismo, tardanza en responder, no poder explayarse cuando se le repreguntaba y la evitación de dar una definición propia, remitiéndose directamente a la definición de la OMS. A la complejidad propia de dicha definición, podemos hipotetizar además, que no es algo pensado o trabajado habitualmente en el ámbito de las prácticas cotidianas.

En lo que respecta a las disparidades en su enfoque, parece estar relacionado con la diversidad de profesiones y los modelos de formación de los mismos.

### *Dinámica*

Dirección de Salud Mental: Desde la política de la gestión se piensa en seguir una línea lógica entre la concepción de salud mental desde esta complejidad para definirla que plantea el director, hacia la práctica de los dispositivos concretos. “Entonces a la hora de elegir dispositivos para la salud mental, me animo a entrar en esa complejidad. Me animo a pensar que el campo es vasto, abarcativo, complicado. Y que para alguno el trabajo será el psicoterapéutico, otro necesitara de una medicación, otro necesitara de unos días de contención, de un espacio físico, y requerirá internación, otro necesitara de un espacio diurno y será un hospital de día, habrá trabajos individuales, trabajos de familia, trabajos grupales. Y pensar que la salud podrá tomar como dispositivos para la cura, no solo el tratamiento psicológico o psiquiátrico, sino tomar del campo del arte, de las religiones, o acompañar a los pacientes a que se acerquen al campo de las ciencias. Desde la terapéutica acompañar a que el paciente pueda ingresar a estos desarrollos, para que se piense en el paciente como del lado de la vida” (8).

Atención Primaria: Se plantea que “se trabaja en la prevención y promoción de la salud a través de diferentes actividades y también desde la asistencia” (2).

Se trabaja en conjunto con todos los profesionales del Centro, los equipos están formados por odontólogos, médicos, psicólogo, enfermero, trabajador social y administrativos; que atienden una zona específica de la población,

en lo que es primer nivel de atención. Si bien se reconoce que no hay una definición clara del rol del psicólogo en el primer nivel, se plantea que la tarea esta dividida en prevención y asistencia.

En ambos Centros coinciden en que las patologías prevalentes son las problemáticas de violencia tanto en niños, adolescentes como familiar, violencia de genero, problemas de conducta y de aprendizaje en los adolescentes”.

Si bien se reconoce que una de las tareas principales es la prevención, también reconocen que en la práctica la mayoría del tiempo lo dedican a la asistencia. En cuanto a las razones sobre esto, van desde una aceptación de las limitaciones de formación del psicólogo, y por otro lado se intenta justificar esto refiriéndose al crecimiento de la demanda de asistencia.

La psicóloga de uno de los centros comenta al respecto “en lo que es APS, hay mucho por hacer porque no es fácil porque una cosa es lo que se dice en teoría pero lo que se hace es algo pero puede ser mucho más, sobre todo en promoción y prevención. En asistencia es mas a lo que nos forman en la formación académica de grado. Yo salí de la facultad y la verdad es que nunca creí ni me imagine que existía este trabajo de APS. Salí con la idea de la clínica. Y hay mucho por hacer” (2). Otra de las cuestiones que influye y refleja esta tendencia hacia lo asistencial tiene que ver con lo administrativo y burocrático en cuanto a que los psicólogos de atención primaria tienen una doble dependencia: la Dirección de Salud Mental y

Atención Primaria. En este sentido, manifiesta reunirse más con el área de salud mental que con Atención Primaria que es su área de origen.

El hecho de que no este claro el rol del psicólogo en Atención Primaria, se ve reflejado en la practica en que cada psicólogo de cada Centro de Salud trabaja con una modalidad distinta en relación a su formación académica, su estilo, el equipo con el que trabaja y la demanda. En algunos casos, con mayor participación del psicólogo en actividades de promoción de la salud aportando en el equipo interdisciplinario mas allá del rol tradicional asignado al psicólogo, y en otros casos desde un rol exclusivo de asistencia individual en consultorio.

Hospital de Niños: Atiende a niños hasta los 16 años, esta compuesto por las siguientes áreas:

- Consultorios externos (4 psicólogas)
- Orientación a padres (2 psicólogas que además hacen las admisiones)
- Sala de juegos: "surgió de un proyecto que presentaron dos profesionales en donde van a jugar con los nenes internados, obviamente desde una mirada psicológica, son dos psicólogas. Por ahí las intervenciones no son... no es un tratamiento, no es una hora de juego diagnostica, están todas las mañanas de lunes a viernes. Es durante la internación, y ahí también se observa si hay la necesidad o no de un tratamiento". (2 psicólogas)
- Consultas en internación e interconsultas (2 psicólogas)
- Consultas psiquiátricas (1 psiquiatra)
- Concurrentes que rotan por los servicios (2 alumnas).

Hay reuniones de equipo una vez por semana donde también se hacen supervisiones.

Los pacientes llegan a la consulta a través de las derivaciones de pediatras o de la escuela, y se los evalúa para determinar si necesitan tratamiento psicológico (actualmente la lista de espera es de 2 meses), orientación a padres o derivación a otra área.

Centro de día: El equipo esta conformado por:

- 1 psiquiatra
- 10 talleristas
- 2 psicólogos en terapia individual
- 1 psicólogo en terapia grupal
- 1 psicólogo para asamblea
- 1 trabajadora social
- 1 enfermero
- 1 mucama
- 2 administrativos

Talleres y espacios:

- Juego
- Música terapia
- Teatro y Narración
- Educación física

- Terapia ocupacional
- Radio, El programa se llama “estos locos lindos”.
- Tango terapia (agregado recientemente)
- Terapia individual
- Terapia grupal
- Control farmacológico
- Asamblea de apertura (lunes)
- Asamblea de cierre (viernes)
- Reunión de equipo (una vez por semana)
- Reunión de familiares (dos veces al mes).

El objetivo que tiene el Hospital de Día es reinsertar los pacientes en la sociedad, que no tengan o no vuelvan a tener internaciones. A su vez se plantea el objetivo de hacer que tomen conciencia de su enfermedad, no solo los pacientes, sino también los familiares. Por este motivo, dos veces al mes se realizan reuniones con los familiares.

La función de la asamblea es, por un lado en la apertura de la semana la recepción de los pacientes y un dialogo acerca de lo que hicieron el fin de semana (si tuvieron salidas, espacios de integración, etc.), y la de cierre de la semana, se hace una evolución de la misma y se trabaja sobre lo que harán el fin de semana fuera de ese espacio.

El modelo de trabajo que prevalece en el Hospital de Día es desde un abordaje grupal y familiar, se le da importancia fundamental en el tratamiento al vínculo con el otro, y a un trabajo integral con la familia. Se



focaliza en que los pacientes sean autónomos, que puedan socializar y que puedan tener una inserción de la comunidad. Para ello se trabaja en el caso a caso potenciando sus capacidades e intentando darles herramientas para su desenvolvimiento.

Adolescencia: Este servicio atiende cuestiones de salud mental de adolescentes con un equipo integrado en dos niveles, uno específico de salud mental que está integrado por psicólogos, y el otro nivel más amplio que integra a otros profesionales del Hospital que atienden a adolescentes, como médico generalista, ginecólogo, nutricionista, neurólogo, entre otros.

La modalidad de atención, en la mayoría de los casos, es por interconsulta, en la cual un médico especialista considera “que está pasando algo de orden emocional” y lo deriva a este área. Se trabajan problemáticas propias de adolescentes embarazadas, trastornos alimentarios como anorexia y bulimia, así como también situaciones de crisis que ingresan por guardia, como intento de suicidio. A partir de allí, se evalúa si es necesaria la atención psicológica ambulatoria o si es necesaria la internación. Se hace una evaluación del contexto, si el adolescente tiene apoyos que acompañen en el primer momento.

En cuanto a la dinámica de trabajo diaria, es únicamente asistencial, entre turnos programados o interconsultas, de sala o guardia del hospital.

En el equipo no hay psiquiatra, en caso de necesitarlo lo solicitan al área de adultos, aunque se manifiesta que no es un equipo “psiquiatra dependiente”.

Centro de Salud Mental: El servicio esta conformado por:

- Entrevistas de admisión
- Atención ambulatoria en consultorios externos
- Internación de agudos con 14 camas
- Reunión con familiares
- Talleres para los pacientes de internación
- Supervisión
- Interconsulta en guardia y salas
- Reuniones de equipo semanales
- Pase de sala
- Guardias pasivas de psicología y trabajo social (fines de semana)

El equipo esta integrado por:

- 2 psiquiatras
- 2 rotantes
- 5 psicólogas
- 2 concurrentes psicólogas
- 1 trabajadora social
- 2 administrativos
- Enfermeros hay dos por turno (de 6hs)
- 1 mucama
- 2 residentes de psiquiatría
- 1 director psicólogo

A diferencia de otras áreas, se observa a partir de los relatos, tanto de la psicóloga como la psiquiatra, que prevalece en esta área, un modelo con tendencia psiquiátrico hegemónica, predomina la convicción de que el médico es el profesional más importante, así lo manifiesta la psiquiatra del área: “yo creo que es fundamental en un servicio principalmente tiene que haber médicos. Y más allá de que la mayoría de los profesionales ayudan, en este caso somos un equipo, pero el médico es fundamental, el psiquiatra es importante”.

Desde la mirada de la psicóloga ocurre algo similar, ella dice: “Con los médicos siempre pasa eso, bueno ahora con la nueva ley eso empezaría a cambiar, pero sino con los médicos pasa eso de que ellos tienen siempre la última palabra. Con médicos de otras especialidades y con los psiquiatras también”. “En general nunca el psicólogo va a tomar una decisión sin consultar con el psiquiatra, pero el psiquiatra toma las decisiones sin consultar con el psicólogo. Los psicólogos siempre supervisamos acá, los psiquiatras no. Eso dice mucho. Estoy también trabajando en las guardias. Y es importantísimo. Y lo hacemos un psicólogo y un trabajador social. Y no hay ningún psiquiatra. Los fines de semana los psiquiatras no trabajan, ni siquiera por teléfono”.

En términos generales cada una de las áreas manifiesta trabajar en equipo interdisciplinariamente y efectivamente, excepto en el Centro de Salud Mental donde aparecen algunas dificultades entre algunos profesionales. Plantean buena comunicación interna y compromiso. A

diferencia de esto, se reconoce poco vínculo y articulación entre las áreas de salud mental.

Un aspecto en común entre todas las áreas es que si bien desde lo discursivo aparece la importancia de la prevención, en la práctica, por distintos factores, terminan prevaleciendo los dispositivos asistenciales.

El tipo de abordaje de la mayoría de los casos es de tipo individual, aunque se reconoce la importancia del rol de la familia. En los casos que se trabaja con la familia, se hace de diferentes posicionamientos, en atención primaria, en algunos casos se convoca a la familia al mismo espacio terapéutico, en el caso de Hospital a Niños se le da un rol fundamental, cuentan con el espacio de "Orientación a padres", entendiendo al niño como síntoma de la conflictiva familiar. En el Hospital de Día se trabaja en un espacio grupal con los familiares otorgándoles un rol importante en la reinserción del paciente y en el caso del Centro de Salud Mental también tienen reuniones con familiares aunque su participación no es tan activa como en los otros casos.

En algunos profesionales se observa cierta insatisfacción en cuanto a las condiciones de trabajo, tanto en lo que respecta a espacios físicos, salarios, así como también una demanda de incorporación de profesionales.

### *Interdisciplina*

Se observa una coincidencia general, desde lo discursivo, en cuanto a la importancia del trabajo interdisciplinario. Se plantea que dicho trabajo es

desarrollado dentro del área donde cada uno trabaja. Esta mirada coincidente de los profesionales, es compartida por el Director, quien cree que la filosofía de trabajo desde la interdisciplina, ya viene instalada desde los ámbitos de formación universitaria de cada uno de ellos. Sin embargo, reconoce la existencia de casos aislados, con características de trabajo atomizado en su propia profesión (muy “psicólogos” o “psiquiatras”), que a su vez algunos desacreditan a otras profesiones, etc.

De todos modos, se coincide en términos generales en el trabajo interdisciplinario. Pero no en todas las áreas parece tener los mismos resultados. En atención primaria de la salud, seguramente en razón de las formaciones de posgrado de cada una de las profesiones que integran los equipos en cada CAPS, parece ser el área en la que mejor se trabaja la interdisciplina. También en el área de adolescencia, cuya coordinadora también proviene de varios años en APS.

A la hora de plantear las dificultades, aparecen particularmente con los profesionales de la medicina, en particular con la psiquiatría. En términos generales, no hay articulación del psicólogo con el médico especialista que deriva. Y en lo que respecta a los psiquiatras, los psicólogos afirman no sentir que aquellos se integran en equipos interdisciplinarios de manera horizontal, que no hay reciprocidad en la consideración hacia la otra profesión. Así lo afirma una psicóloga: “Con los médicos siempre pasa eso, bueno ahora con la nueva ley eso empezaría a cambiar, pero sino con los médicos pasa eso de que ellos tienen siempre la última palabra. Con médicos de otras especialidades y con los psiquiatras también. Por eso me

parece re importante que trabajemos conjuntamente los pacientes tanto de internación como externos. En general nunca el psicólogo va a tomar una decisión sin consultar con el psiquiatra, pero el psiquiatra toma las decisiones sin consultar con el psicólogo. Los psicólogos siempre supervisamos acá, los psiquiatras no. Eso dice mucho.”

Esta mirada puede ser confirmada desde la misma psiquiatra cuando, a la hora de responder sobre el trabajo interdisciplinario, afirma: “...afuera interactuamos con todos los Caps, si o si, cuando ellos requieren que supervisemos algún tratamiento, o que reveamos algún tratamiento psiquiátrico, o ellos creen que se necesita un tratamiento psiquiátrico interactuamos con los psicólogos de los Caps...”. Pareciera no ser equitativo el reconocimiento de la importancia de la otra disciplina, en la práctica cotidiana, entre psicología y psiquiatría.

La existencia, con dificultades, de trabajo interdisciplinario hacia adentro de las áreas de salud mental, se diferencia de lo que ocurre en la articulación entre las áreas. Aquí hay un reconocimiento de la mayoría, de dificultades considerables a la hora de pensar en los vínculos inter área: APS, Centro de Salud mental, niños, hospital de día, adolescencia. En particular, se vislumbra cierta desacreditación del rol de la atención primaria en la salud en general, y en salud mental en particular. Pareciera trazarse, en algunos casos, e involuntariamente, cierto orden de jerarquía que ubica a los profesionales que trabajan sobre la patología, por sobre aquellos que trabajan en la prevención y en la promoción de la salud.

En lo que respecta al trabajo interinstitucional, existen algunos vínculos establecidos con varias instituciones, y por otro lado, un reconocimiento de necesidad de profundizar dichas relaciones, incluyendo otras instituciones con las que se reconoce la importancia de la interacción. En atención primaria es donde existen más vínculos y mas fluidos con las instituciones barriales, escuelas, centros comunitarios etc. En las áreas de internación, la mayoría coincide con un vínculo fluido con el poder judicial, servicios de protección y promoción en niñez y CPA.

De todos modos, pareciera que el trabajo desde la interdisciplina, de manera articulada y horizontal, va implementándose cada vez mas, y de mejor manera, y que la ley en este sentido, otorga legitimidad para ello, mas allá de los casos particulares.

### *Ley de salud mental*

Lo que encontramos en común la mayoría de los entrevistados es que uno de los principales cambios que introduce la Ley es que propone y abre nuevos caminos, nuevas formas de pensar y hacer, es decir introduce un cambio de paradigma, que consideran que en la ciudad de Tandil ya se venia trabajando en esta línea. Por lo tanto no consideran que la Ley haya introducido cambios rotundos o sorpresivos, sino que mas bien formaliza una manera de trabajar que se venia gestando desde los últimos 10 años aproximadamente, distinto a lo que puede ocurrir en otras ciudades con

mayor población donde la Ley introduce mayores cambios a la manera de trabajar y un acatamiento mas riguroso para cumplir con sus incisos.

Lo que destacan por sobre todas las cosas que se venían trabajando y que la Ley pone en evidencia, es el trabajo interdisciplinario. Como así también la comunicación fluida con la Justicia y el limite del poder de decisión del Juez, como comenta el director de Salud Mental (8) “En Tandil hay una cercanía entre las instituciones y los diferentes profesionales y es factible que ya en Tandil el Juez no lo ordenaba y lo consultaba si esta para internar o no, antes que se formalizara en una orden, se venia trabajando en equipo”.

Otra de las cuestiones que aparecen en común y que también forma parte de la ideología de trabajo previo a la Ley, es el objetivo de que el paciente pueda integrarse e insertarse en la comunidad, a través de la implementación de distintas estrategias. Coinciden también en que la Ley es muy nueva, y que hay que darle más tiempo para que pueda insertarse tanto en la labor de los profesionales como en el conocimiento de la sociedad. No obstante, uno de los entrevistados manifiesta una decisión opuesta, considerando que aun falta comunicación y que haya mas coordinación por ejemplo con la Justicia, dice al respecto “Hay cierto poder ahí que se usa como un lugar del que se demanda pero no se devuelve” (2). También se marca una diferencia entre los discursos en lo que respecta al lugar del psicólogo y del psiquiatra. Algunos consideran que al psicólogo se le da mas importancia y es mas considerado, ya que puede tomar mas decisiones (por ejemplo internar o externar), puede decidir autónomamente desapareciendo



por consiguiente la jerarquía del médico; contrariamente uno de los entrevistados comenta que esa distinción, esa jerarquía aun sigue vigente en la práctica más allá de lo que expone la Ley, comenta: “sí creo que la Ley pone blanco sobre negro lo que creíamos resuelto, que tenía que ver con la desaparición de las diferencias entre psiquiatras y psicólogos, el lugar hegemónico del médico psiquiatra y el psicólogo como auxiliar, “eso está superado, eso ya no existía más, somos todos profesionales”, creo que la Ley puso en evidencia que ese prejuicio, ese estereotipo, esa representación social, la Ley nos muestra que eso sigue vigente, que la resistencia es mayor del lado de los psiquiatras, porque ven... el poder que han tenido siempre en las instituciones psiquiátricas, el poder con el paciente y el poder con el resto de los profesionales, creo que ahora se filtran cosas en el discurso, “ahora cualquiera puede internar”, no, cualquiera no, alguien del equipo. Incluso se mantiene no solo desde el psiquiatra, si no del resto de los profesionales “vamos a ver que dice el psiquiatra”. Desde el resto de los profesionales sigue habiendo un lugar, la representación del médico dentro del equipo como el jefe, y “hasta que el jefe no diga”, y creo que eso es lo que más tarda y va a tardar en desarmarse” (1). Esto también lo manifiesta la psicóloga del Hospital de Niños, que si bien considera que con el paso del tiempo la psicología ha ido cobrando mayor reconocimiento, en el caso de dicha institución, ellos no figuran en el cartel de entrada donde si figuran el resto de las especialidades médicas.

Más allá de las opiniones dispares en algunos puntos de la Ley, todos consideran que se está trabajando acorde a la esencia que plantea, y que lo

que no se ajusta, requiere de tiempo y de trabajar en pos a eso, a través de las charlas, el debate y la comunicación.

### *Práctica social*

Uno de los aspectos que aparece con mas frecuencia entre los entrevistados, es el lugar de la información, indispensable para llevar a cabo un tratamiento eficaz, sobre todo a lo que concierne la información pertinente a los familiares acerca de la patología del paciente y a como tratarlo y llevar a cabo un tratamiento.

Todos los profesionales hablan espontáneamente acerca del rol fundamental de las familias. Se marca como uno de los objetivos a trabajar con ellos (a través de distintos dispositivos: para familiares de pacientes internados o del Centro de día, reuniones de familiares, para pacientes de consultorios externos entrevistas con padres u otros familiares del paciente) es que se puedan hacer cargo del paciente en tratamiento. Esto a través de charlas, de brindarles información y también a través del contacto entre ellos, conocerse y saber que no están solos, que no son los únicos que atraviesan por esta situación, como comenta una de las psicólogas “también puedan encontrarse con otro familiar y ver que no es el problema solo de su familiar sino también hay otros que padecen y que puedan sentirse contenidos” (3), además de que hay otros familiares, que hay un equipo trabajando para ellos. Es importante también en este trabajo con los familiares la participación del equipo interdisciplinario, que cada uno desde

su función y desde su contacto con el paciente, pueda dialogar con los familiares para saber como va transcurriendo el tratamiento y también conocer el entramado familiar, es decir, que seria una información de ida y vuelta. Indican que esto se esta trabajando y esta dando buenos resultados, que los familiares están muy comprometidos.

En el caso del tratamiento con niños, parece que la situación es más difícil ya que se suele considerar al niño como “el problema” sin que los familiares, los padres precisamente, consideren su responsabilidad. Suele depositarse el problema en el niño y, por lo general, se tiene el concepto de que el niño que va al psicólogo va a resultar estigmatizado. La profesional que trabaja en esta área aclara que ella no comienza con el tratamiento si no cuenta con el compromiso de la familia.

Esta participación del familiar se promueve desde los distintos servicios, durante el tratamiento, y en el caso de los pacientes internados, se hace mucho hincapié en la contención familiar en el proceso de externación. Este se hace de manera gradual (primero salidas diurnas, luego los fines de semana) y lo que se trabaja en conjunto con la trabajadora social es “armar un afuera, que haya contención familiar” (6). Además de lograr la participación familiar, se tiene el objetivo de lograr cada vez mas una mayor participación de la sociedad a través de la información.

El mayor tema de divergencia entre los profesionales tiene que ver con el lugar que ocupa por un lado la medicación y el rol del psiquiatra, y por el otro, la palabra y el rol del psicólogo. Algunos de los profesionales consideran que cada vez mas ante un problema la gente recurre a consultar

a un psicólogo y no a un psiquiatra, considerando que consultar a este profesional es en los casos mas graves, comentan que los pacientes dicen “esta peor el que va al psiquiatra” (1), que tomar una medicación es mas grave, y que esta no cura. Aclara el Director “hoy diferencian lo que significa la demanda de un tratamiento terapéutico vía palabra, de lo que significa tomar una pastilla” (8).

Relacionado con este tema también aparece la importancia que le da la gente a lo dice el medico y el poder que su discurso tiene, en esto también los profesionales opinan diferente.

En cuanto a la adherencia al tratamiento por parte del paciente algunos comentan que cuando el tratamiento es impuesto, dura muy poco.

En contraposición a lo planteado mas arriba acerca del lugar de la medicación o de la palabra, la psiquiatra comenta que “es mas fácil la adherencia al tratamiento psiquiátrico que al psicológico, el paciente necesita la medicación, entonces por lo general al psiquiatra siempre viene, a parte no les cuesta tanto porque no vienen todas las semanas como con el psicólogo, a veces cuesta que se adhieran al tratamiento psicológico” (6). Uno de los profesionales comenta, más allá de esta dicotomía entre psiquiatría y psicología, que los familiares tienen una concepción general del profesional como un salvador.

A modo de conclusión es importante resaltar la mirada del Director de Salud Mental con respecto a este tema, comenta que la sociedad actualmente tiene información acerca de cómo trabaja un psicólogo y un psiquiatra, “por lo general la gente viene con una construcción simbólica y

reconocimiento respecto de la diferencia entre psiquiatría y psicología” (8), y que ya no pasa como en décadas anteriores en las que no solo se confundía la función de los profesionales de salud mental entre si, sino también con otras especialidades medicas. Y a partir de esta información, el paciente puede decir o se le puede proponer qué tipo de tratamiento quiere o necesita llevar a cabo, dice que cada paciente va a necesitar algo diferente: “para alguno el trabajo será el psicoterapéutico, otro necesitara de una medicación, otro necesitara de unos días de contención, de un espacio físico, y requerirá internación, otro necesitara de un espacio diurno y será un hospital de día, habrá trabajos individuales, trabajos de familia, trabajos grupales” (8).

#### *Valoración de la salud mental*

En términos generales, en el ámbito de la salud, tanto profesionales como en la esfera política, hay una coincidencia en la mayoría en un cambio sustancial en Tandil. Se reconoce una transformación en los últimos años visibilizada en incorporación de profesionales en atención primaria, en la incorporación de psicólogos en niñez luego de la inauguración del hospital de niños, la construcción de un nuevo edificio de consultorios externos e internación, y la creación del dispositivo hospital de día. Esto luego es ubicado como una de las razones que puede haber influido en la mayor visibilización de la salud mental por parte de la comunidad, manifestada en una apertura y aceptación de derivaciones al psicólogo y psiquiatra, y

también un incremento de la demanda espontánea. “A mi me toco ver lo que era la psiquiatría clásica. De la hiper medicación, de la internación, donde el paciente internado era un enfermo y permanecía acostado. Y hoy es re loco eso, no es un paciente que deba guardar cama, no hay órgano afectado que implique que este en la cama. Se lo medicaba y estaba en la cama, y el psiquiatra a cargo y el psicólogo aceptaba esto. No consideración de la palabra, reposo, y también otros métodos, las salas de contención, los chalecos de fuerza, electroshock. Hoy hay un salto en el abismo. Hoy acá pensamos en equipos interdisciplinarios, los cuales incluyen entre ellos, gente del campo del deporte y de las artes”. Estas afirmaciones se enmarcan en un reconocimiento de cambio de paradigma en salud mental. Afirma una psicóloga: “Esto tiene que ver con la valoración que se hace de la Salud Mental, al igual que de la salud física, sino me siento bien voy al medico y sino me siento bien y estoy un poco angustiado, voy al psicólogo, casi con la misma.... Mira, hace 20 años iba al psicólogo y dejaba el auto estacionado a 2 cuadros porque no quería que supieran que estaba su auto estacionado en el consultorio de ese tipo. Hoy en día en general la gente dice tranquila y abiertamente “mi psicólogo dijo”; o “me voy porque tengo terapia”; se hace públicamente y sin demasiado prejuicio como algo de consulta casi como decir “voy al medico”; con la misma tranquilidad, en ese sentido hay un cambio en Tandil muy importante”. Por ello, se reconoce que la demanda espontánea al psicólogo ha crecido en la población. A la hora de pensar en las razones, se hace referencia a la mayor presencia de psicólogos en los centros de salud, la creación del centro de salud mental,

así como también el rol que juegan los medios de comunicación, por ejemplo, con el incremento de programas de televisión de temáticas “PSI”. También hay coincidencia en esta mirada incluso desde un posicionamiento claramente opuesto en cuanto al modelo de salud mental, desde la psiquiatría: “Yo creo que la sociedad ahora esta tomando un poquito mas de conocimiento, antes era bastante prejuicioso venir al psiquiatra o al psicólogo, hoy esa es una cosa como mas normal, es una especialidad que antes el que iba estaba loco, incluso al psicólogo, hoy hay muchos pacientes que hoy vienen por problemas con la pareja, problemas económicos y ahí se abrió un poquito mas el panorama, no es “el loco” como se decía antes realmente un psicótico si se quiere, un retraso mental... parece que la gente lo esta valorando un poquito mas, de hecho se nota acá como se demanda, como se viene mas, como se acerca”. A partir de esta coincidencia general, aparecen algunas consideraciones mas diferenciadas. Se afirma un crecimiento del reconocimiento de la importancia del rol del psicólogo. Esto se evidencia, a nivel político, en el nombramiento de un psicólogo como director de salud mental, modificando el imaginario prevalente de que quien puede tomar decisiones en esa materia es solo el psiquiatra. Por otro lado, también se reconoce un incremento de las derivaciones a psicología por parte de médicos de diferentes especialidades. No obstante ello, en muchos casos esto opera como una actitud de desresponsabilizarse por parte de los médicos de aquello que esta por fuera de su saber, “enviando” al paciente al psicólogo. Esto dista de ser un trabajo interdisciplinario con integración de los saberes y campos en el marco de una concepción integral del sujeto.

En cuanto a la valoración de la salud mental por parte de la población, hay un reconocimiento mayoritario de los cambios, aunque se manifiesta también que siguen existiendo escenarios de discriminación y estigmatización de la comunidad hacia la patología mental, que conducen a una negación y ocultamiento, un “no decirlo”, “uno lo escucha permanentemente: Yo no digo que voy al psicólogo.”

Por último, en cuanto al posicionamiento de la comunidad frente al tratamiento en salud mental, se reconocen disparidades. Por un lado, existe un sector minoritario de la población que asiste al sistema de salud mental pública que, también bajo un modelo subyacente biomédico, utilizan un tratamiento exclusivamente farmacológico. Aquí se puede ver que en algunos casos esto está garantizado e incluso amparado por los profesionales quienes forman parte de dicha práctica, aceptando implícitamente el mecanismo, que consiste en una repetición de recetas para que el paciente retire la medicación periódicamente, sin controles de la evolución de la patología, ni evaluaciones que permitan pensar en la incorporación de otro tipo de dispositivos (a través de la palabra, familiares, grupales, o bien no directamente psicoterapéuticos, como espacios de esparcimiento, artísticos, deportivos, educativos, etc.). Así lo reconoce una psicóloga: “... hay mucha gente que toma medicación y sigue con la medicación de por vida, durante años, sobre todo lo que son ansiolíticos, se ve en las historias clínicas, y se lo controlan y se repiten y quedan instaladas. Pero cada tanto hacen un control? No, eso queda instalado. Se va como repitiendo, de años, yo acá voy viendo que son de años, que



alguna vez las vi o en alguno casos nunca las vi, y veo que vienen acá a retirar la medicación, muchísimas personas”. También hay otra minoría que se observa reticente a aceptar una derivación de un especialista al psicólogo. Se resisten, amparándose en una negación a la existencia de problemas de índole emocional. Pero la mayoría de los pacientes que son derivados, aceptan la misma, con un reconocimiento de que hay algo más en su problemática que lo estrictamente físico.

En cuanto al rol que ocupan los saberes en la cura, en cuanto a las representaciones de la comunidad, los profesionales reconocen que hay un posicionamiento subjetivo que se va incrementando con el tiempo. En este sentido, refieren que hay mas conocimiento de parte del paciente de las diferencias en las patologías y en los roles y las incumbencias de los profesionales, en particular, entre el psicólogo y el psiquiatra. “El paciente es mas discutidor”, argumentan. En esa diferenciación, los profesionales afirman que el paciente suele relacionar al psiquiatra con una patología “mas grave”. Sobre todo cuando se le indica medicación. Aquí se observan resistencias. Dicen escuchar planteos de los pacientes del tipo: “me van a empastillar, voy a parecer un zombie”, etc. así lo afirma una psicóloga: Creo que en salud mental la gente tiende a pensar a no estar medicado, “estuve hasta medicado”, como que eso es mas grave, y que la medicación no es que te cura, y eso se sabe, la medicación no te cura, te pasan un montón de cosas con la medicación pero no te cura. Es como peor, estas mas enfermo si estas medicado, si vas solo al psicólogo, a veces la gente misma en los dichos dice “yo ya estoy para psiquiatra”, estas peor, si vas al psiquiatra y te

medica, estas muy mal, es como lo peor en la escala, si vas al psicólogo estas mejor, si vas al psiquiatra estas mal, y si vas al psiquiatra y te medica estas muy mal, una cosa así, no me parece que este vinculado a la cura, me parece que todo lo contrario. Incluso cuando uno deriva al psiquiatra es lo que mas se dice, el discurso esta más impregnado de eso, “no, a mi no me mandes al psiquiatra porque pastillas yo no tomo” o padres que dicen “no, es muy chiquita para que tome medicación”, “como que no esta bien visto, la magia de la medicación me parece que pertenece a otro orden, que responde a otros intereses”.

Para concluir, en cuanto a las opiniones de los profesionales sobre la valoración de la salud mental, hay coincidencias en términos generales en cuanto a un cambio paulatino de paradigma en los últimos años. Esto se evidencia en mayor apertura hacia la salud mental, reconocimiento del rol de los profesionales, mayor visibilización a partir de transformaciones desde la política, aportes por parte de los medios de comunicación, etc. No obstante ello, reconocen que aun siguen existiendo posiciones discriminativas en relación a la patología mental, lo que conlleva en algunos casos a actitudes vergonzantes y de ocultamiento de la asistencia a un profesional de la salud mental, o directamente posiciones mas negadoras y resistenciales ante una indicación de interconsulta.

### *Análisis intercategorías*

#### *Concepto salud mental – Dinámicas*

En el análisis de los discursos entre ambas categorías, existe en líneas generales cierta heterogeneidad.

En la mayoría de los casos se observan ciertas distancias entre las definiciones y posicionamientos conceptuales sobre la salud mental, y las prácticas concretas. En algunos casos, estas diferencias son leves, en otros, mayores. Solo en muy pocos casos se observa cierta línea de coherencia. Otro caso similar, es el de la psiquiatra, cuyo modelo teórico claramente médico biologicista en cuanto a la conceptualización de salud mental, se ve en una línea de coherencia con la práctica, mas desde lo individual y protagónico de su profesión, y desde un acto terapéutico directamente vinculado al psicofármaco. Existe un caso especial, en el que hay una dificultad para definir conceptualmente la salud mental, y al hacerlo remite directamente a la patología, sin embargo a la hora de las prácticas, se ubica desde su accionar claramente desde un modelo bio psico social, desde la prevención y promoción de la salud, desde un modelo de salud mental comunitaria. El resto de los casos, se observan posicionamientos conceptuales desde este último modelo, salud mental comunitaria, importancia del rol de los familiares, perspectiva de derechos humanos, idea de reinserción social de los pacientes en sus redes, potenciando sus capacidades, pero en las prácticas, trabajando de una manera intermedia

entre un modelo y otro. A la hora de reflexionar sobre esta disyuntiva, hay en general en estos casos un reconocimiento de la distancia entre el decir y el hacer. Se plantea como justificación, diferentes razones: falta de tiempo, falta de coincidencia con otros profesionales más vinculados al modelo tradicional, cierta tendencia en el ámbito público a la inercia y falta de motivación y dinámica, etc. De todos modos, en estos casos, se evidencia una actitud proactiva y una intención de contribuir desde sus prácticas a cambiar esa situación.

#### *Valoración Salud Mental – Prácticas Sociales*

Del análisis de ambas categorías se puede concluir en una coincidencia en los relatos, en cuanto al cambio de paradigma en salud mental, mayor visualización por parte de la población y del ámbito político, y por otro lado, cambios que se desarrollan desde las prácticas, tanto de profesionales, como de pacientes y familiares.

En lo que respecta a las prácticas, existe un reconocimiento de los profesionales del rol de la familia, y esto es llevado a lo concreto, en algunos casos, en generar espacios en los que se articule y haya un ida y vuelta con dichos familiares. Por lo tanto se evidencia cierta heterogeneidad entre los profesionales. En algunos casos, hay una coincidencia entre sus posicionamientos teóricos respecto a la importancia de la familia, y lo que realizan en la práctica, generando espacios específicos, como reuniones familiares, espacios de consulta y orientación al familiar etc. En otros casos,

encontramos una diferenciación, en la cual se postula desde lo discursivo esa importancia, pero en la práctica hay poco contacto con los familiares, o directamente el contacto es nulo, trabajando solo desde lo individual.

Por otro lado, parece existir un correlato entre la dicotomía existente en el campo profesional entre los roles del psicólogo y del psiquiatra en la cura, específicamente, los roles de la palabra y el psicofármaco, y por otro lado, los roles atribuidos a ambos por parte de los pacientes y los familiares. En este sentido, se observa que dicha distinción esta siendo cada vez más internalizada por los pacientes y familiares. El Director de salud mental plantea que esto ha ido increyendo con los años, siendo que antes los pacientes por lo general confundían los roles y las profesiones. Hoy parece quedar claro, según manifiestan los profesionales, el rol que ocupa cada profesión en la cura, pudiendo hacer incluso una distinción según lo que consideran mayor o menor gravedad.

Para finalizar, se puede confirmar una coincidencia entre los procesos de cambio de los últimos años en cuanto a posicionamientos teóricos y una apertura política hacia la salud mental, caracterizada por mayor visualización, y por otro lado, modificaciones desde la comunidad que acompañan esos cambios, traducidos en prácticas concretas.

### *Ley – dinámica – interdisciplina*

El campo de la salud mental es un campo complejo y en movimiento. Requiere de una dinámica y una articulación entre todos los sectores que la

incluyen para llevar adelante un trabajo eficaz, a la orden de los objetivos planteados por el equipo de trabajo.

Consideramos indispensable el entrecruzamiento de estas tres variables, por encontrarse relacionadas y en interdependencia, tanto en el discurso planteado por los profesionales, como en la práctica y en la teoría que encabeza este trabajo de investigación, considerando que la concepción que cada uno de los participantes tiene determina la practica que llevaran a cabo.

En cuanto a la Ley tomaremos como eje de análisis los siguientes puntos: concepción del sujeto, el trabajo en equipo interdisciplinario y la redefinición de funciones y poder de los profesionales; relacionándolo con la forma de trabajo de cada una de las áreas pertenecientes al servicio de salud mental de la ciudad de Tandil.

El cambio esencial que introduce la Ley es un cambio de paradigma, introduce una nueva definición de salud mental desde una mirada psicosocial, considerando al sujeto como parte de un entramado social, tomando en cuenta su condición de vida y la del grupo al que forma parte, con una visión de integración comunitaria, haciendo hincapié en la promoción y prevención.

En cuanto a la dinámica de trabajo del área en general, si bien hay políticas y formas de trabajo en común a todo el servicio, cada área presenta particularidades distintivas según la manera de trabajo, por ello es necesario analizar los aspectos contextuales y dinámicos de cada uno de estos sectores.

En el caso de los Centros de Atención Primaria en los barrios, este primer nivel de atención es responsabilidad principalmente de los psicólogos, que están a cargo tanto de las actividades interdisciplinarias de prevención y promoción, que no pueden implementar en la magnitud correspondiente debido a que, por cuestiones de demanda, están limitados por trabajar en la mayoría de los casos en la asistencia. Plantean llevar a cabo un buen trabajo en equipo entre los distintos profesionales, trabajan de manera conjunta, como así también con las instituciones y áreas externas al hospital. Se observa por lo tanto en atención primaria una línea de coherencia entre la opinión respecto a la Ley y las formas de trabajo en cuanto a lo preventivo y la promoción de la salud, y por otro lado la forma de llevarlo a cabo que es a través del trabajo interdisciplinario. De igual manera sucede con el área de adolescencia y Hospital de Niños. También manifiestan llevar adelante buenos vínculos con otras instituciones, sin dejar de considerar que es necesario hacerlos mas fluidos.

En cuanto a la esencia básica de la Ley y los principales ejes de trabajo, todos los profesionales manifiestan trabajar de tal manera desde hace varios años. Sobre todo lo manifiestan en lo que respecta al trabajo interdisciplinario, si bien existen algunos casos aislados en los que se sigue manteniendo un trabajo individual. Esta articulación entre las distintas profesiones se pone en evidencia en la puesta en práctica de reuniones semanales de equipo en todas las áreas, supervisión de casos, pase de sala en internación y mesas barriales en el caso de los Caps. Excepto en el caso de los psiquiatras que no hacen guardia ni supervisión, esto da cuenta de un

trabajo diferencial, ligado posiblemente con la representación que tienen de su propia disciplina. Se evidencia entonces una mayor dificultad en los profesionales de la medicina que puede resumirse en cierta dificultad en el vínculo con otras profesiones y su importancia en el proceso de salud-enfermedad, se mantiene una representación del médico como jefe. Esta visión corresponde a la tradición de un sistema hegemónico centrado en la enfermedad, y remover esta concepción implica una lucha de poder e intereses.

La Ley plantea un respeto del derecho de los profesionales, al definir la interdisciplinariedad en un equipo de salud mental horizontal, a su vez, al posibilitar que cualquier profesión de la salud pueda ejercer jefaturas, eliminando el rol jerárquico único del psiquiatra, de hecho, es importante destacar que desde hace unos meses el Director de Salud Mental es un psicólogo psicoanalista.

Los entrevistados consideran que el trabajo desde la interdisciplina, de manera articulada y horizontal, mas allá de algunas dificultades, va implementándose cada vez más, y la Ley otorga legitimidad para ello, forma parte de una estrategia de trabajo en lo discursivo pero aun no lo es tanto en la práctica concreta de manera igual en todos los profesionales y las áreas.

Con respecto a la concepción comunitaria y social que se plantea en la nueva legislación, en todas las áreas de salud mental se tiene como objetivo principal la integración del paciente, tanto con su familia como en la comunidad en general. Esto se evidencia con el énfasis que se le da al lugar del familiar en el tratamiento, aunque con matices según el área, en el



trabajo intensivo que se realiza antes de la externación, en las reuniones con los familiares y en los talleres que se llevan a cabo en el Hospital de día, que tienen que ver con la enseñanza de oficios y de habilidades artísticas y físicas. También los Caps llevan adelante políticas de inserción laboral o educacional de sus pacientes.

El hecho de que se sancione una nueva Ley implica un cambio de paradigma sustancial, plantea un desafío y una construcción que requiere tiempo de adaptación, para ello es necesario el transcurso del tiempo y que se trabaje en pos a ello, a través de su conocimiento, del debate y el intercambio de opiniones.

#### *Análisis final entrevistas*

A modo de síntesis del análisis de las distintas categorías en las entrevistas en agentes de la salud mental, se puede observar que en cada una de ellas hay coincidencias y divergencias. No obstante ello, se observa cierta tendencia hacia el consenso en lo que respecta a un rumbo al que paulatinamente van dirigidas las acciones del sistema de salud mental local. Esto es, hacia un modelo de salud mental comunitaria, en consonancia con la nueva ley de salud mental. Esto último tiene que ver, a nuestro entender con lo que observamos como una transición de paradigmas en salud mental, desde un modelo centrado en la patología, desde una óptica de la psiquiatría tradicional y desde lo que se denomina un modelo médico hegemónico, hacia otro modelo centrado en la salud, desde la prevención y la promoción,

desde un enfoque de salud mental como concepto complejo y multidimensional, con preponderancia en los equipos interdisciplinarios de salud por sobre las hegemonías disciplinares, y basado en la salud mental comunitaria. No obstante ello, existe aun en esta transición, una heterogeneidad, en la cual se observan mayores avances en lo que respecta a leyes y en algunas practicas profesionales, con cierto retraso en lo que respecta a los aspectos culturales.

En lo que respecta a una definición sobre la salud mental, existe cierta dificultad para conceptualizarla, optando la mayoría por la definición de la OMS. Hay, a su vez, disparidades en enfoques según profesiones y formación. Desde la psiquiatría se privilegia una mirada mas desde lo bio psíquico, así como desde la psicología una mirada mas psicosocial. En el caso de enfermería, se observa menos elaboración teórica, que puede provenir de la formación académica.

Vinculando estas definiciones con las distintas dinámicas de trabajo, se observa, por un lado, disparidad de abordajes, mayoritariamente desde lo individual (psicoterapias individuales, enfoques psicodinámicos). En algunos casos se trabaja con familiares con distintas metodologías, trabajo desde la prevención en atención primaria, pero en la mayoría de los casos, las prácticas se centran en el nivel de atención asistencial.

Se observa cierta coincidencia en algunos casos entre la concepción de salud mental y las dinámicas de trabajo cotidiano desde cada uno de los roles, y en otros casos, las concepciones no coinciden completamente con la práctica. En estas situaciones hay un reconocimiento de los profesionales de

esa distancia, y se manifiesta predisposición para el cambio. En cuanto a los puntos de convergencia, se observan definiciones conceptuales desde una mirada psicosocial y de salud mental comunitaria, y en las prácticas, actividades de promoción de la salud, de atención con familias desde abordajes también comunitarios.

Se trabaja de manera interdisciplinaria en todas las áreas de salud mental, pero con diferencias. En algunas áreas el trabajo es más fluido y esta más consolidado, como atención primaria, adolescencia y hospital de día. Existen algunas dificultades en la interdisciplina entre profesiones de psicología y psiquiatría. Disciplinas que históricamente han transitado por una historia de desencuentros y desigualdades jerárquicas, corporativas y de poder. La historia de la salud mental ha ubicado a la psiquiatría en un rol protagónico, mas aun en tiempos en los que el paradigma de la enfermedad mental estaba fuertemente atravesado por concepciones neurofisiológicas, desde el modelo medico hegemónico. La aparición de la psicología académica y profesional, muchas décadas después, dio lugar a un rol de ayudante del psiquiatra, sin incumbencias autónomas en el tratamiento de la patología mental desde un abordaje clínico, situación que se extendió desde la década del 60 (Gobierno de facto de Onganía) hasta la década del 80, en la cual se sancionan las normas, tanto de incumbencias profesionales, como de ejercicio profesional. En las ultimas décadas, la autonomía lograda por la profesión, y el surgimiento de paradigmas de la salud mental que relativizan la hegemonía del rol del psiquiatra y el psicofármaco como terapia, dando lugar a la importancia de la palabra, el fortalecimiento de los lazos sociales y

familiares en la cura, contribuyen a una paulatina horizontalización entre disciplinas. Se han evidenciado por lo tanto, muchos cambios en este sentido, pero aun siguen existiendo resistencias por parte de agentes profesionales de la psiquiatría. El trabajo fluido desde la interdisciplina en cada una de las áreas, no se observa en lo que respecta al vinculo entre áreas de salud mental, caracterizándose éste por la escasa interacción y la poca comunicación. No obstante ello, el trabajo interdisciplinario y horizontal parece ir creciendo paulatinamente.

En lo que respecta a la valoración social de a salud mental, los profesionales reconocen cambios en estos últimos años, en materia de salud mental, en lo que respecta fundamentalmente a incorporaciones de profesionales, construcción edilicia y creación de una dirección de salud mental. Si pensamos a la salud mental también como un entrecruzamiento de discursos, político, administrativo y técnico – profesional, se puede conjeturar aquí que el ámbito político ha tenido un rol fundamental para posibilitar los cambios que se evidencian en el sistema local de salud mental. Se trata de una apertura, un reposicionamiento del área y un acompañamiento presupuestario como decisión política, que dieron lugar a una sinergia que redundó en los últimos años en el campo de la salud mental, reconocido por todos los sectores, político, profesional, comunitario. Esto es postulado por los profesionales como una de las causas posibles de lo que manifiestan como una apertura, visibilización e incremento de la demanda de atención por parte de la población. Hay mas información por parte de esta, sobre los roles profesionales en salud mental respecto de la

cura. No obstante ello, siguen existiendo, en algunos casos, la estigmatización y el desconocimiento respecto a la patología mental. Varias pueden ser las razones para que, aun en la transición hacia escenarios de mayor respeto, comprensión y tolerancia, sigan existiendo la incomprensión y discriminación. Uno de los motivos puede ser el que proviene de los espacios de socialización secundaria en la comunidad. El fuerte peso que ha tenido históricamente el modelo médico hegemónico, también se visualiza en lo que respecta a la educación para la salud, la cual se ha caracterizado y se caracteriza aun por un modelo centrado en cuidados físicos, relegando a un segundo plano los contenidos relacionados con los cuidados, la prevención y concientización en salud mental. En ese sentido, todo parece indicar que no habría suficiente transferencia de saberes en salud mental hacia la comunidad, aunque también aquí podemos señalar que se avizora que la situación va cambiando paulatinamente. También se trata de una transición, en la que aun conviven imaginarios yuxtapuestos de ambos modelos.

En cuanto a las prácticas sociales en la materia, existen vínculos entre familia y profesionales. Estos últimos reconocen su importancia, aunque con distintos enfoques y con diferentes dispositivos, como orientación a padres, reunión de familiares de hospital de día y en internación, entrevistas con familiares en consultorios externos y atención primaria, etc. En este punto se observa, en el área de APS, un encuentro entre las prácticas de los profesionales de la salud mental en los centros de salud, con un claro estilo de trabajo desde la salud mental comunitaria, y los

postulados de la estrategia de atención primaria de la salud. Se observa una evidente convergencia en los horizontes de trabajo. Los familiares, por otra parte, participan en términos generales en el proceso de cura del paciente, sobre todo a partir de la intención de involucrarlos, por parte de los profesionales. Sin embargo, y según los testimonios de los profesionales, esto último es más difícil en el caso de patologías en niños. El encuentro y el vínculo establecidos entre los profesionales de la salud mental y los familiares se establece en el entrecruzamiento entre la intención de los profesionales de involucrarlos, por un lado, y, por otro lado, en cómo el familiar se apropia de ello. Esto último queda a consideración del familiar, mas allá de la apertura y la habilitación inclusiva que provenga desde el profesional. En cuanto a esto último, los testimonios de los profesionales también dan cuenta de una diversidad considerable de formas de involucramientos y actitudes, según el familiar que sea, según la patología y también según la edad o la etapa del ciclo vital del paciente.

En cuanto a la valoración de los pacientes y familiares respecto a la salud mental, los profesionales afirman que se han ido desarrollado cambios en estos últimos años, encontrándose hoy en día con pacientes y familiares con mayor información sobre la patología, los tratamientos y los roles diferenciados de cada una de las profesiones. Podemos considerar al respecto, que la asimetría de la información entre profesional y paciente, ha entrado en crisis, al incorporarse la sociedad del conocimiento. Hoy el paciente tiene otro posicionamiento subjetivo frente a su enfermedad y a los tratamientos. Se observan hábitos como el de “investigar” sobre ello por

diversas vías, como por ejemplo Internet, lo que lo ubica desde otro lugar frente al profesional. Hoy el paciente sabe más, accede a mayor información. Esto exige al profesional, quien debe estar informado y tener una actitud crítica y docente para transmitir. Esto complejiza la práctica de atención, ubicándolo frente al desafío de cumplir con la premisa bioética de respetar los derechos del paciente

Para finalizar, tomando los posicionamientos de los profesionales entrevistados respecto a la nueva ley de salud mental, podemos concluir en que la adhesión mayoritaria a la misma se observa en coincidencia con las conceptualizaciones sobre la salud mental, y en parte, en algunas de las prácticas implementadas en el trabajo cotidiano.

Los postulados de la ley sobre los derechos del paciente, el enfoque centrado en la prevención y la promoción de la salud, el trabajo con la familia, son reconocidos como necesarios y, en algunos casos, se vienen implementando. En particular, en el caso de la prevención y la promoción de la salud, se observa que esto se pone muy poco en práctica, vinculado especialmente al rol del psicólogo en atención primaria. En el resto de las áreas se reconoce la importancia, pero también que en la práctica no se realiza.

En cuanto a las prescripciones de la ley sobre la internación, el Centro de Salud mental atiende casos agudos y con internaciones breves, en las que se trabaja interdisciplinariamente y con un vínculo con las familias. En este caso aun se observan dificultades en posicionamientos de algunas profesiones, en especial la psiquiatría. La ley marca un horizonte, en el que

se propone erradicar la cronificación de las patologías desde un modelo asilar de internaciones, avanzando en el sentido de utilizar la internación como una prescripción extrema, excepcional y de corta duración, y tendiendo a avanzar hacia un horizonte de prácticas estructurado por dispositivos de medio camino. Pareciera existir un consenso por parte de los profesionales respecto a estos preceptos, pero con los matices propios de la heterogeneidad de formaciones profesionales ya descripta.

El espíritu de la intención de la ley de horizontalizar y democratizar el trabajo interdisciplinario entre profesiones también parece venir implementándose en Tandil, aunque con algunos aspectos a mejorar. No obstante ello, el rol del psicólogo ha ido ganando posicionamientos en los equipos interdisciplinarios, e, incluso, se observa como un avance que el director de salud mental sea un profesional de la psicología. También podemos pensar estos avances como una tendencia, pero con particularidades producto de resistencias culturales y también de diferencias en cuanto a paradigmas.

Para finalizar, podemos afirmar que, si bien en cuestiones básicas hay cierta correspondencia entre discursos y prácticas, en función de la adhesión implícita a un modelo de salud mental comunitaria, existirían, en distintos casos, áreas y profesiones y diferencias entre estos niveles. Dan cuenta de ello, por ejemplo, la preponderancia en el abordaje individual, desde lo asistencial, y el escaso vínculo entre el segundo nivel y el primer nivel, enfocándose aquel exclusivamente en la patología.



Como señaláramos anteriormente, a la complejidad propia de la salud mental, caracterizada por transformaciones y dinámicas cambiantes, debe agregarse el hecho de estar transitando coyunturalmente un periodo de transición entre paradigmas, periodo en el que se observan avances, se avizoran mas aun, pero también existen resistencias culturales y discrepancias en posicionamientos paradigmáticos.

En todo cambio complejo y multidimensional que involucra el ámbito académico, profesional, social y comunitario, el sector político juega un rol fundamental, favoreciendo el cambio, o bien la resistencia al mismo, y el mantenimiento de lo instituido. En el caso analizado, el sistema de salud mental de Tandil, se observa que el ámbito político ha tenido un rol facilitador del proceso de consolidación del nuevo paradigma de salud mental (comunitaria).

#### CAPITULO IV *Grupos focales a pacientes y familiares*

En lo que respecta a la indagación en los grupos de actores “pacientes” y “familiares de pacientes”, se decide utilizar el dispositivo grupo focal.

Dicho dispositivo es una sesión de grupo semiestructurada, con el objetivo de recolectar información sobre uno o varios tópicos designados. Desde la coordinación se intenta que la información que surja, remita a experiencias personales, creencias, pensamientos, discursos vinculados al tema. Se busca comprender desde la perspectiva de los participantes, el sentido, la naturaleza de los temas elegidos. Está moderado por un coordinador cuya tarea es la de animar a los miembros a responder entre ellos, propiciando la interacción. Establece guías, preguntas, ejes para enmarcar y encauzar las discusiones. A su vez, puede haber un observador.

En este caso, se realizan dos grupos focales, cada uno de los cuales está compuesto por pacientes y familiares de pacientes (sin coincidir en parentesco) en igual proporción, convocando a 7 de cada uno por grupo (un total de 14 participantes convocados).

Se tomaron distintos criterios para las conformaciones: Las zonas donde viven, las patologías, y las áreas de salud mental por las que transitan o han transitado. Las selecciones las realizaron los profesionales de las distintas áreas de salud mental a partir de nuestra solicitud. A su vez, dichos profesionales les realizaron la primer propuesta, para luego acercarnos nosotros a sus domicilios o llamarlos por teléfono para profundizar la

explicación de la misma y establecer un contrato claro. Todos los convocados aceptaron la propuesta, aunque en uno de los grupos no asistieron 5 de los 14 convocados. En el otro asistió la totalidad.

El primer grupo, denominado “zona norte”, está compuesto por pacientes y familiares pertenecientes a 3 barrios de zonas de vulnerabilidad socioeconómica, ubicados hacia el norte de la ruta Nacional 226. Los mismos fueron convocados por dos psicólogos de Centros de Salud de esos barrios (“San Cayetano”, “Villa Aguirre” y “Palermo”). Es el grupo en el que hubo inasistencias. Los integrantes, son pacientes o familiares de pacientes que asisten mayoritariamente a los Centros de Salud con atención psicológica.

El otro grupo, denominado “centro”, sus integrantes provienen de la zona más central de la ciudad, y asisten al Centro de Salud Mental y Hospital de Día. La mayoría estuvo internado. En este caso, asistieron en su totalidad (14 integrantes).

En ambos grupos, nuestros roles fueron de coordinación y observación no participante con toma de registro (roles que intercambiamos en los dos grupos).

Se realizaron en base a un protocolo elaborado previamente, el cual se detalla a continuación:

3 ejes a indagar:

1- Gestación de la demanda

-Como se acercaron

-Como fue que decidieron acercarse al servicio (breve reseña histórica hasta llegar a la consulta)

## 2- Recorrido por Salud Mental: las trayectorias

-Estuvieron siempre en un servicio o los derivaron?

-Como fue? Indagar las diferencias que encuentra entre servicios. Como se sintió?

-Indagar aquí las diferencias de miradas entre familiares y pacientes

## 3- Satisfacción del uso

-Están conformes?

-Cambiarían algo?

-Lo que esta bien. Porque?

-Relación con la familia

-Les hubiese gustado que algo fuese de otra manera?

-Los pacientes se sintieron apoyados por la familia?

-Los familiares se sintieron apoyados por profesionales?

- “A ver si coinciden conmigo: se suele pensar o decir que el que concurre al psicólogo esta loco. Les pasó? Que opinan? Porque?”
- Indagar en cada eje como se sintieron.
- 15 minutos por eje aproximadamente



## Análisis intragrupos focales

### *Grupo focal zona norte*

Día lunes 17 de septiembre. 14 hs. Jardín nº 916. Dicho lugar fue solicitado formalmente a las autoridades del jardín a través de una nota la cual fue autorizada.

Los integrantes que formaron parte del grupo fueron propuestos por los psicólogos de los Centros de Salud de los barrios Villa Aguirre y San Cayetano. Los mismos son pacientes (o han ido pacientes) y familiares de otros pacientes. Los profesionales les propusieron participar y luego los contactaos yendo a su casa o telefónicamente.

### *Descripción del grupo*

- Gisela: paciente de Soledad, psicóloga del Centro de Salud de San Cayetano. Estuvo en tratamiento psiquiátrico por aborto espontáneo.
- Lidia: paciente del Centro de Salud de San Cayetano.
- Teresita: paciente depresiva en tratamiento psicológico discontinuo.
- Horacio: marido de Teresita.
- Cristina: paciente depresiva en tratamiento con psiquiatra y psicólogo.
- Hilda: familiar de paciente que esta en tratamiento psicológico y concurre dos veces por semana a Hospital de Día.
- Laura Cristina: familiar de dos niños en tratamiento psicológico con lic. Fernando, del Centro de Salud de Villa Aguirre.

-Andrea: paciente del Centro de Salud de San Cayetano.

-Lucia: paciente en tratamiento psicológico del Centro de Salud de Villa Aguirre.

El grupo estuvo integrado por 9 personas, de las cuales 5 eran pacientes que se atienden actualmente en el servicio o se han atendido, y 3 familiares. La otra integrante fue convocada como familiar pero participo desde su experiencia como paciente.

Comenzamos el encuentro con una presentación, primero del trabajo de investigación, la temática y objetivos, y luego se presentaron los asistentes diciendo su nombre y brevemente porque estaban ahí.

Al comienzo del encuentro los discursos eran más individuales, desde sus casos particulares y luego se animaron a comentar y opinar acerca del relato del otro generando acuerdos y planteando también cuando había desacuerdos.

Se logro una dinámica de interacción grupal en un clima ameno en donde se pudieron elaborar conclusiones.

El rol de la coordinación fue el de favorecer el intercambio en la comunicación limitando la extensión de las intervenciones individuales, favoreciendo la palabra de todos, de los que hablaban espontáneamente y de los que les costaba.

Como cierre hubo un reconocimiento general de que fue un espacio enriquecedor en el que cada uno pudo compartir su experiencia en relación en salud mental y encontrar una resonancia en las experiencias de los otros.

### *Como llega a la consulta*

En términos generales, en la mayoría de los casos se llega a una primera consulta a alguna área del sistema de salud luego de una situación límite, y con la intervención de otro que indica o aconseja. En un caso de depresión severa fue por una recomendación que le hacen al marido de la paciente y es él quien la lleva, otro de los casos se trata de niños que son derivados por la escuela, dos casos de intento de suicidio que ingresan ante la situación de emergencia por la guardia y en otros dos casos por la intervención de un familiar ante la situación de la gravedad de su estado. Por último, en varios de los casos, aun en el reconocimiento del problema, se observa un desconocimiento en cuanto a donde buscar ayuda.

### *Relación familiar - paciente*

En la relación del familiar con el paciente pudimos encontrar situaciones diferenciadas, las posturas de los familiares en relación al paciente y su enfermedad en muchos casos son ambivalentes. En algunos casos hay un reconocimiento de la enfermedad del familiar, acompañamiento, contención e incluso es el familiar el que interviene para acercar al paciente a la salud mental con una intención de ayudarlo. Por otro lado, se observan algunos casos con la dificultad de convivir con un familiar con una patología psíquica lo que conlleva a cierta intolerancia, comenta una



familiar “A veces dan ganas de decirle: hasta acá llegue, no te acompañes, porque sino voy a terminar yo, no en el psicólogo, en el psiquiatra”. En otros casos más extremos se puede observar la negación de la patología del familiar, en otros casos el no reconocimiento de la responsabilidad del familiar en la patología, por otro lado se observa también depositación de la responsabilidad en el psicólogo. Una de las pacientes manifiesta que su madre en varias oportunidades le dice: “ya estas rayadita, anda a ver a Soledad. Lleva la locura allá”.

Observamos como la posición del familiar en la cura puede operar como favorecedor pero también operar como una resistencia externa. Una paciente comenta: “mi papa me dijo que esta bien, pero para mi pareja es tabú. Y el tiene que ir. Yo voy y hablo con Soledad, traigo ideas nuevas y salta con `la psicóloga te quiere llenar la cabeza, le explico que tiene que ir a hablar con el psicólogo, que no lo va a juzgar, que de ahí no va a salir”. Podemos ofrecer en la frase “el psicólogo te quiere llenar la cabeza” un posicionamiento con rasgos persecutorios en relación a las fantasías que genera el secreto profesional en el caso del tratamiento psicológico, y también implica depositar toda la responsabilidad de la cura en el profesional.

Algunos de estos casos contribuyen a ilustrar las dificultades que existen para el familiar el reconocimiento de la patología del paciente y su participación en ella. Esta dificultad puede deberse a que el hecho de reconocer la patología del familiar conllevaría a cuestionarse a si mismo.

### *Vínculo profesional - paciente*

En la mayoría de los casos los pacientes reconocen que el desconocimiento del rol del psicólogo hasta tener su propia experiencia, Lucia dice: “hasta que uno no va, no sabe lo que es”. Se observa en todos los casos que luego de haber iniciado tratamiento existe un vínculo consolidado con el psicólogo.

En cuanto a la forma que se establece dicho vínculo, podemos encontrar en los posicionamientos por un lado una imagen del psicólogo que podemos denominar “psicólogo como pastilla” y por el otro “psicólogo como santo”. En el primer caso el vínculo que establecen con el psicólogo tiene que ver con acudir a él en busca de una acción inmediata frente a un problema puntual, no parece pensarse el tratamiento como un proceso, esto se evidencia en las siguientes afirmaciones: “le hago una visita al psicólogo”, “voy cuando me agarra la depresión”, “cuando ella empieza a caer, yo la conozco, llamo por teléfono al psicólogo y le pido un turno, antes que se caiga la llevo y la trata”. En cuanto al vínculo con el “psicólogo como santo” tiene que ver con discursos que lo ubican como quien tiene la solución a sus problemas, y el poder, con características mágicas y místicas. Esto se evidencia en afirmaciones como: “cuando me agarra algo acá (pecho), lo veo a él y me calma todo”, “llegamos a las manos de Soledad y ella me ayudó muchísimo”, “yo siento que nos marcan el camino”, “la luz divina, me dijo: llevala ahí”, “yo le digo a Soledad, te tengo que tener en mi mesita de luz y que me guíes el camino”, “tenés que dar con ese ideal que te da confianza”.

Por otro lado, si bien todos coinciden en otorgarle un rol importante al psicólogo, también aparecen discursos con argumentos más desde lo racional que vinculan al psicólogo con el supuesto saber “la sociedad no lo ve como un médico de consulta, yo voy a Soledad, ella estudio para eso. Es un médico de consulta, que cualquiera puede ir por un problema con un familiar, un amigo, por el trabajo, y uno se angustia y no se da cuenta que se puede solucionar yendo al psicólogo”, “Antes a los chicos les pegabas un chirlo y listo, ahora van al psicólogo”.

#### *Valoración de la patología*

En cuanto a la concepción acerca de las psicopatologías lo que consideran tanto pacientes como familiares, es que hasta no haber transitado por una experiencia personal o cercana, se suele mantener la idea de que ir al psicólogo o al psiquiatra es “estar loco”. Y que debido a esta representación se presentan dificultades al momento de pedir ayuda o hacer una consulta a profesionales de la salud mental. Reconocen que existe una diferencia en el imaginario respecto a la patología y a los profesionales de la salud mental antes y después de su padecimiento. Existían ciertos prejuicios como por ejemplo “el psicólogo es para los ricos, el psiquiatra es para los locos”. También comentan que al comenzar el tratamiento por ejemplo, se han enterado de que algún conocido también concurría a algún servicio de salud mental y se sorprendían, contribuyendo a naturalizar la psicopatología y derribar el prejuicio antes descripto.

### *Miradas acerca de la cura*

Hay una coincidencia entre los participantes en la necesidad de que intervengan distintos actores para la cura, y por lo tanto cada uno de ellos por si solo, seria insuficiente. Por un lado se plantea el lugar de otros, como familiares y amigos como parte imprescindible a la hora de la escucha y el acompañamiento, reconociendo que no es suficiente ya que el vinculo afectivo hace que el paciente no pueda contarle todo por temor a angustiarse o que lo divulgue, y que en definitiva no los puedan ayudar. Andrea comenta al respecto: “unos dicen habla con tus amigos, pero no es lo mismo, hay cosas que no les cuentas para no afligirlos o para que no se lo cuente a otra persona. Yo le decía a mi mama que me cuente que le pasaba y no me quería contar, y yo no la podía ayudar. Nosotros solos no podíamos ayudarla mas allá del amor que tengamos”. Por esta razón se coincide en la importancia de acudir a un profesional. Mas allá de reconocer la importancia de amigos, familiares y profesionales, pueden reconocer la implicancia de uno mismo en la patología y el tratamiento. En este sentido, hacen mención a ciertos recursos y estrategias personales para la cura, además de adherir al tratamiento con los profesionales, refieren a “tener la mente ocupada” y ponen como ejemplo distintas actividades que realizan como cursos de computación, gimnasia, teatro, etc.

El grupo elaboró como conclusión respecto a la cura lo que dieron a llamar “un combo: profesional, el familiar y uno mismo que se comprometa a ir...” “lo principal es uno mismo, ponerle voluntad día a día, buscar recursos”.

### *Grupo focal centro*

El día jueves 20 de septiembre, a las 14 hs. se llevó a cabo el segundo grupo focal de esta investigación, en la sala del Hospital de día. Los integrantes del mismo fueron propuestos por profesionales del hospital de día, y el equipo del Centro de salud mental, psicóloga, psiquiatra, enfermero y trabajadora social.

### *Composición del grupo*

- Nélida: madre de una paciente psicótica del hospital de día.
- Adriana: paciente de psiquiatra y psicóloga de consultorios externos.
- Graciela: madre de paciente del hospital de día.
- Marta: Madre de paciente del hospital de día.
- Verónica: paciente de consultorio externo, ex internada.
- Alejandra: paciente consultorio externo.
- Juan: marido de paciente psicótico.
- Nilda: madre de hijo esquizofrénico.
- Olga: madre de paciente de hospital de día.
- Luis: paciente psicótico de hospital de día.
- Micaela: ex internada.
- Virginia: paciente del hospital de día.
- Carlos: paciente del hospital de día.

-Natalio: paciente del hospital de día.

El grupo estuvo integrado por 14 participantes, de los cuales 8 son pacientes y 6 familiares, pertenecientes a los distintos servicios.

Comenzamos el encuentro con una presentación del trabajo de investigación y procedieron a presentarse ellos. Luego, como respuesta a la primer consigna, comenzaron a relatar cual fue el proceso que culminó el ingreso a algún área de salud mental. En este caso hubo una tendencia hacia el relato extenso del problema personal y desde un posicionamiento individual sin poder establecer un dialogo participativo. Esta característica se mantuvo durante todo el encuentro. Si bien se repreguntaba y se intentaba redirigir la dinámica del grupo a partir de la consiga, en varios momentos el grupo tendía hacia una dinámica terapéutica, sin poder hacer un relato objetivo y desafectivizado.

El final del encuentro se extendió a partir de una serie de intervenciones, en especial de pacientes con psicosis, se observó en este último tramo impaciencia, dificultad para escuchar los relatos de los otros, intervenciones extensas, algunas delirantes y que eran disruptivas del acontecer discursivo del momento.

### *Como llega a la consulta*

Sobre el acercamiento a la consulta, podemos observar que hay modos muy variados, por ejemplo un caso por derivación judicial, otros

casos por derivación del médico o por el consejo de un familiar. Pocos de los pacientes son los que han decidido comenzar un tratamiento por voluntad propia.

Lo que se observa con más frecuencia en este grupo es el acercamiento a salud mental luego de situaciones de urgencia y gravedad, como es el caso de intentos de suicidio. Varios de los integrantes del grupo han comenzado un tratamiento luego de atravesar una situación crítica, es decir que consultan cuando llegan al límite de la urgencia.

Aun en el caso de los pacientes que dicen haber iniciado la consulta por voluntad propia, comentan que fue luego de una situación límite, como comenta una de las pacientes “llegó un momento que dije basta”.

#### *Relación familiar - paciente*

A través de los distintos relatos de los participantes podemos observar, a grandes rasgos, tres tipos de modo de vínculo entre los pacientes y los familiares.

Por un lado pacientes que comentan que no cuentan con el apoyo de su familia, y familiares que si bien participan, cuentan que otros miembros de su familia no participan, se niegan porque “no entienden”, como relata una madre de un paciente violento que el padre no quería que atiendan a su hijo, y esto demora el inicio del tratamiento en salud mental, que comienza luego de una intervención judicial. En otro extremo, un tipo de vínculo cercano entre paciente y familiar, donde los familiares participan y se involucran en el

tratamiento, que pueden reconocer su responsabilidad tanto en el padecimiento como en la cura del paciente, una de las madres comenta “es necesario el rol de la familia, que se haga un seguimiento en la casa, para complementar el trabajo de los profesionales”. Otra manera de participación se observa en la asistencia a las reuniones de familiares y hasta en el compromiso de iniciar un tratamiento en salud mental individual.

Entre estos dos polos, de involucramiento y negación, aparece una instancia intermedia, un vinculo que podríamos denominarlo de “depositación”. Este es el caso de familiares que se hacen presentes en las reuniones familiares, o en consultas con los profesionales, como así también en este dispositivo implementado, pero que parecen tomar una actitud de no involucramiento, de depositamiento del familiar en el sistema de salud mental, haciendo responsable del tratamiento solo a los profesionales. Dan cuenta de eso por ejemplo el comentario de una de las madres presentes al referirse al Hospital de día: “acá hay mucho control, tienen que estar controlados, no podemos dejar que se vayan”, como así también en el énfasis que se le da a la idea de que tiene que haber no solo Hospital de día por la mañana, sino también actividades por la tarde. Pareciera que estos familiares tienen el reconocimiento de un problema y de la patología de su familiar en tratamiento, pero no participan activamente en el proceso de la cura.

Además de la relación con la familia, los pacientes comentan del importante apoyo de sus compañeros de Hospital de día, y otros pacientes



reconocen como sostén el papel de la iglesia o de la religión, como indispensables en la cura.

Es de destacar también, que los familiares presentes reconocen la importancia del dispositivo de las reuniones de familiares, haciendo hincapié que han sido útiles para que no solo ellos mismos entiendan, sino también para que el resto de la familia acepte y reconozca la situación que están atravesando. Además de manifestar que se sienten contenidos y apoyados, “nosotros solos no podemos”.

#### *Vínculo profesional - paciente*

En cuanto al vínculo con los profesionales, tanto familiares como pacientes reconocen que los profesionales trabajan muy bien, y que brindan buen trato e información, no obstante consideran que hay pocos profesionales. También comentan que es importante hacer un trabajo preventivo, pero que consideran que no hay recursos para hacerlo. Se reconoce también el rol de otros profesionales además del psicólogo y el psiquiatra. Una de las madres cuenta su experiencia con un acompañante terapéutico como un recurso más en el tratamiento, cuando hablan de que es necesario que hayan más actividades por la tarde, ella comenta que su hijo realiza otras actividades por contar con un acompañante terapéutico, “eso sirvió porque el no podía salir solo”.

### *Valoración de la patología*

Se observa en términos generales un reconocimiento de la gravedad de las patologías por las que atraviesan ellos o sus familiares. En este sentido, teniendo en cuenta que la llegada al sistema de salud mental ha sido en situaciones de urgencia o crisis, se puede pensar que los estados de extrema gravedad en funcionamiento como límite que permitió ese reconocimiento de las patologías. A su vez, ubicarse en el lugar de “enfermos”, a nivel general parece ser lo que les permite una naturalización de la patología: “tenía el error de creer que el psicólogo era para gente especial, tuve una infancia difícil, infelicidad de chica y lo manifesté después, por suerte pude procesarlo.” Así como también, desestigmatizar la enfermedad, dejando de lado prejuicios sociales, que muchos de ellos compartían: No es que tengas una cosa mental, son cosas de la vida que no puedes superar”. Por otro lado, habiendo podido reubicarse en torno a la enfermedad mental, algunos piensan en la necesidad de que ese cambio también opere a nivel general, en la sociedad: “Hay que concientizar a la población en que no es vergonzoso un problema en salud mental.”

### *Miradas acerca de la cura*

Tanto pacientes como familiares, si bien reconocen la importancia en situaciones límite de la internación y los psicofármacos, así como también continuar luego con tratamiento psiquiátrico y psicológico, le otorgan un rol

fundamental a los dispositivos que tienen que ver con la autonomización del paciente, su vínculo con aspectos sanos, recreativos, deportivos, culturales y sociales. En este sentido le otorgan mucha trascendencia al dispositivo hospital de día. De todos modos, en algunos familiares se puede vislumbrar una diferencia entre quienes reclaman mas ofertas de talleres, desde una mirada de “mas internación” (necesidad de que haya actividades a la tarde, a contra turno de las actividades que tienen en el Hospital de día), y otros que piensan en actividades haciendo foco en la reinserción social (“Que pueda insertarlo en algún deporte”). Hay coincidencia en que hacer lo que a uno le gusta es un apoyo para la cura. “siempre seguí estudiando, estando internada me dejaron rendir, una vez no me dejaron y estuve mal”.

Parece haber coincidencia en pacientes y familiares de pacientes que pasaron por internación, de las características restrictivas de libertad de la misma, y de su carácter iatrogénico, en el caso de que esta se extienda. Por ejemplo, una paciente que estuvo internada que dice “esto es como la cárcel. Me sentía re extraña pero después lo naturalice. La salida es un choque, a un mundo que te va a comer. Falta ver otras perspectivas de vida”. Otra dice lo mismo y agrega “tenes miedo”. Se trata de una paciente que estuvo algunos meses internada. Otra paciente afirma: “en internación recibís protección, y al tener que salir tenes que asumir tus responsabilidades. Es como cuando estas bien cuidado en tu casa por estar enfermo, y después no tenes ganas de salir”.

### *Efectos del tratamiento*

En consonancia con las miradas acerca de la cura, en la que los familiares y pacientes hacen referencia a la importancia de la resocialización, la mayoría de los pacientes refieren a sus tratamientos de manera positiva. Una paciente de hospital de día afirma: “he perdido la robotización por los talleres que tenemos, quiero salir adelante, quiero salir para seguir trabajando en la ONG”.

En líneas generales, pacientes y familiares reconocen los efectos terapéuticos de las actividades del hospital de día: “el hospital de día para nosotros es importantísimo, se siente bien acá”. “hay compañerismo, Paúl (su hijo) con sus compañeros y nosotros como padres, entre nosotros” “si no fuera por el hospital de día, nosotros solos no podemos”. A su vez, reconocen los familiares la importancia del rol que le asigna la institución a ellos, y los espacios que genera para dicho vínculo: “me sirvió mucho la reunión de padres de internados”.

### *Análisis inter grupos focales*

En cuanto a la conformación de los grupos focales podemos afirmar que en ambos hubo mas participantes que son pacientes que familiares, habiendo sido la convocatoria, a partir de propuestas de los profesionales a cargo de sus tratamientos. Una diferencia esencial que encontramos en cuanto a la composición de cada uno, es que en grupo zona centro hubo mas participantes, con lo cual esa podría ser una de las razones por las que la dinámica de trabajo fue diferente, hubo mayor dificultad de comunicación y se extendió mas en el tiempo. Pero consideramos que la diferencia mas importante tiene que ver con la patología de los participantes. En el segundo grupo focal, se trataba de casos mas complejos, como psicóticos, pacientes con intento de suicidio, ex internados, familiares de pacientes de hospital de día; y en el grupo de zona norte se trataba de pacientes neuróticos, la mayoría de consultorio externo de atención primaria. Esta mayor diferencia se puede observar con las distintas dinámicas de cada grupo, en el grupo centro no se pudieron elaborar conclusiones grupales y tendían a no acatarse a las consignas, mientras que el grupo zona norte se pudo alcanzar un pensamiento crítico y posteriores conclusiones. No obstante, para compararlos tomamos en cuenta los mismos ejes de análisis que son los siguientes:

### *Como llega a la consulta*

Podemos observar en común que en la mayoría de los casos se decide hacer una consulta en salud mental ante una situación límite, mas extrema y de urgencia en los casos del grupo zona centro; y siempre a partir del consejo de un familiar o un conocido, que manifiesta haberse encontrado con dificultades a la hora de saber donde y como “pedir ayuda”. Esto podría vincularse con falencias de tipo informativo o educativo respecto a quienes, como y donde tratan los problemas de salud, en particular, la salud mental. Lo mas recurrente son pacientes que ingresan al servicio por la guardia luego de intento de suicidio, situación de emergencia. Son pocos los participantes que han decidido por voluntad propia realizar una consulta en salud mental, aun así en estos casos, manifiestan hacerlo luego de llegar a un estado complejo, “llegar al límite”.

Si bien en ambos grupos surge el tema de la prevención como tarea pendiente a trabajar mas profundamente, solo en uno de los casos, luego de haber vivido una situación de sufrimiento y de intento de suicidio, la paciente decide volver a consultar a un profesional para prevenir posibles futuras recaídas, asegura “voy para no caer”.

### *Relación familiar – paciente*

En ambos grupos hay una consideración de la importancia esencial del acompañamiento y participación de la familia en el proceso de la cura,

también de la contención de amigos, compañeros, y de los profesionales, en algunos casos también destacan el papel de la iglesia o la religión.

De acuerdo al discurso de los pacientes, la mayoría dice tener vínculos en los que encontrar un apoyo y ayuda, en algunos casos tomando un rol mas activo la familia, en otro los amigos. Por parte de los familiares aparece un reconocimiento de la enfermedad, y una mayor comprensión de la misma luego de ingresar al sistema. Todos los familiares presentes en los grupos focales manifiestan acompañar, contener e involucrarse activamente en el tratamiento de su familiar paciente. De todas formas, pueden observarse dos aspectos importantes mas allá del discurso explícito. Por un lado se observan sentimientos ambivalentes, hay un reconocimiento de que es necesaria su participación y responsabilidad pero también manifiestan desconfianza acerca de la gravedad de la patología, o de si el paciente tiene determinadas conductas, debido a su problemática, o si abusa de la colaboración de su familia. Esta ambivalencia es propia de la transición de paradigmas mencionada en la presente investigación. En la subjetividad de las personas esa transición toma la forma de dilemas y ambivalencias, y, en muchos casos, a la confusión.

Otra de las cuestiones que aparecen es que aunque exista desde el discurso una participación y acompañamiento del paciente, pareciera que se trata de un vínculo de “deposición” del paciente en las manos y la responsabilidad de los profesionales, sin involucrarse realmente en la práctica concreta. Esta practica podría vincularse al imaginario aun

sostenido en sectores de la población, de un carácter mas bien asistencialista de la salud mental.

En todos los casos en los que los familiares participan de la situación del paciente, manifiestan que mas allá de la buena voluntad y del amor, también sienten cansancio y muchas veces sentimiento de soledad y de incomprensión de lo que esta ocurriendo. Por ello es importante que los familiares no solo formen parte de un tratamiento conjunto con el paciente sino que realicen su tratamiento individual, son pocos los casos en los que se realiza. Sí cuentan y muchos participan del dispositivo de reuniones de familiares, diciendo al respecto que se sienten contenidos por los otros familiares y por los profesionales, comenta una madre: “no estamos solos”. Rescatamos aquí la carga emocional que tiene el convivir, interactuar y acompañar a personas con padecimiento mental, independientemente de la patología que los afecte. Otra característica que toma en algunos casos la relación del paciente con el familiar es de negación. Esto no ocurre en los familiares que asistieron al grupo focal o que asisten a las reuniones de familiares, sino que ocurre con aquellos familiares que se quedan al margen del tratamiento, o se niegan a ello. En casi todos los familiares parece haber algún miembro que se resiste a comprender la situación, que actúa como una resistencia externa, consideramos que la dificultad del reconocimiento se debe a que esto implica involucrarse y cuestionarse a si mismo. Además porque hay un desconocimiento de los roles de los agentes de la salud mental y porque mantienen prejuicios tales como “el que va al psicólogo esta loco”, “el psicólogo te llena la cabeza”. Podemos hablar aquí de la negación



como otro componente del imaginario asistencial, como componente subjetivo que fundamenta la desresponsabilización, la transferencia de la responsabilidad del cuidado al servicio de atención.

### *Vínculo profesional – paciente*

En relación al eje anterior, podríamos decir que la resistencia a la participación e involucramiento del familiar en el tratamiento del paciente puede deberse como decíamos, al desconocimiento del rol de cada profesional de la salud mental. También esto ha ocurrido tanto en los familiares que hoy participan y se responsabilizan del padecimiento de su familiar, y hasta en los mismos pacientes que comentan tener cierto desconocimiento hasta que vivieron su propia experiencia, “hasta que uno no va, no sabe lo que es”, comentan que también se mantenían ciertos prejuicios como “el psicólogo es para gente especial”, “el psicólogo es para ricos”, “el que va al psicólogo está loco”. A partir del ingreso al servicio parecen comprender más el rol de cada profesional, no solo de psicólogo y psiquiatra, sino también de trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, enfermeros, entre otros; y además de una consolidación del vínculo. En cuanto a la forma que se establece dicho vínculo, podemos encontrar en los posicionamientos por un lado una imagen del psicólogo que podemos denominar “psicólogo como pastilla” y por el otro “psicólogo como santo”. Teniendo en cuenta estos imaginarios, el psicólogo como pastilla sería de tipo asistencial, con una fuerte impregnación de psiquiatría biológica

y individualismo, pensando el consumismo, como si la pastilla fuera una opción más en la góndola. Por otro lado, el psicólogo como santo parece un mecanismo idealizador (de pensamiento mágico) que, en última instancia, da sentido a las formas de padecimiento por falencias y/o exacerbaciones del ego (patologías del narcisismo). Son formas en que la gente entiende cómo se debe abordar el sufrimiento psíquico. Ambas están marcadas por el pragmatismo. En el primer caso el vínculo que establecen con el psicólogo tiene que ver con acudir a él en busca de una acción inmediata frente a un problema puntual, no parece pensarse el tratamiento como un proceso, esto se evidencia en las siguientes afirmaciones: “le hago una visita al psicólogo”, “voy cuando me agarra la depresión”. En cuanto al vínculo con el “psicólogo como santo” tiene que ver con discursos que lo ubican como quien tiene la solución a sus problemas, y el poder, con características mágicas y místicas. Esto se evidencia en afirmaciones como: “cuando me agarra algo acá (pecho), lo veo a él y me calma todo”, “llegamos a las manos de Soledad y ella me ayudó muchísimo”, “yo siento que nos marcan el camino”, “la luz divina, me dijo: llevala ahí”, “yo le digo a Soledad, te tengo que tener en mi mesita de luz y que me guíes el camino”, “tenes que dar con ese ideal que te da confianza”. Esto es un pensamiento mágico que la gente utiliza cuando sufre, o como defensa ante el sufrimiento psíquico. Pareciera que la profesional aquí juega desde el imaginario, un rol mas bien de “santo” que de psicóloga.

Aparece en ambos grupos la consideración del rol importante de los profesionales y consideran que realizan un muy buen trabajo, que los tratan muy bien y están continuamente en comunicación brindando información.

### *Valoración de la patología*

Siguiendo los postulados del análisis del eje anterior, se arriba a la conclusión de que antes de tener una experiencia cercana en salud mental, se tenía la idea de que ir al psicólogo o al psiquiatra es “estar loco”, consideramos que es una representación acerca de la patología que dificulta el pedir ayuda y comenzar un tratamiento. Se trata de un prejuicio que luego corroboran ser erróneo, y consideran que no es tan grave ir al psicólogo, sino que es más natural, que uno puede ir por problemas en el trabajo, con la pareja o problemáticas cotidianas, que también concurren personas conocidas que no se imaginaba que lo harían. Destacan que es importante para derribar estos prejuicios, la concientización de la población, que no es vergonzoso consultar en salud mental, una de las pacientes afirma: “No es que tengas una cosa mental, son cosas de la vida que no puedes superar”. .

### *Miradas acerca de la cura*

Por parte de los pacientes manifiestan reconocer la necesidad del involucramiento de otros actores en la cura, ya sean los profesionales, familia, amigos y los compañeros de tratamiento. Se dijo en varias

oportunidades “necesitamos que nos escuchen”, “nosotros solos no podemos”.

En el grupo zona norte surge el pensarse a sí mismos, en la responsabilidad de cada uno, y, en el compromiso en resolver su problemática. Pueden reconocer que es necesario su participación activa, la implicancia personal y la búsqueda de recursos para alcanzar la cura. En el grupo zona centro no aparece con tanto hincapié el rol de uno mismo, sino que se enfocan más en el sostén del otro. Esta diferencia podría permitir, a priori, pensar en una línea de razonamiento que defina que, a mayor vulnerabilidad social hay tendencias a un mayor sentido de cooperación. En la zona centro, la vida cotidiana esta mas vinculada a formas más individualista de existencia y de abordaje de problemas.

En cuanto al objetivo de alcanzar la cura y sentirse mejor, en la búsqueda de una autonomización, los participantes del grupo zona norte toman esta tarea como propia, buscando participar de talleres o cursos para “salir adelante”. Podemos arribar a la afirmación que hacer actividades que a cada uno le gusten, contribuye a la cura.

Tanto pacientes como familiares de ambos grupos le otorgan un rol fundamental a los dispositivos que tienen que ver con la autonomización del paciente, su vínculo con aspectos sanos, recreativos, deportivos, culturales y sociales.

En el caso de los pacientes del grupo zona centro, ante el objetivo de reinsertarse socialmente, pareciera que algunos de los pacientes no cuentan con los recursos propios para hacerlo. En el caso de los pacientes de

hospital de día tienen actividades porque forman parte del tratamiento propuesto desde el servicio pero en su tiempo fuera de él no tienen herramientas propias para realizarlo. Lo mismo expresan quienes han estado en internación, que este dispositivo no los ha ayudado en esta cuestión, sino que además lo contrario, les genera indefensión y miedo. Dan cuenta del carácter iatrogénico, comentan: “la salida es un choque, a un mundo que te va a comer. Falta ver otras perspectivas de vida”, “tenes miedo”, “en internación recibís protección, y al tener que salir tenes que asumir tus responsabilidades. Es como cuando estas bien cuidado en tu casa por estar enfermo, y después no tenes ganas de salir”. Esto está vinculado al imaginario medico-asistencial, que en el área de internación aun prevalece en las prácticas referidas a externación y continuación de tratamientos post alta, en lo que respecta a trabajar en la preparación de las personas cuando se trata de una reinserción. Aun así, la paciente que hace este comentario, también reconoce la importancia de realizar actividades, en su caso, continuar sus estudios mas allá de la internación, dice: “siempre seguí estudiando, estando internada me dejaron rendir, una vez no me dejaron y estuve mal”.

### *Efectos del tratamiento*

En el grupo zona norte verbalizan que están muy conformes con el tratamiento que han realizado, efectúan continuamente comentarios positivos acerca del profesional que los ha atendido, algunos poniéndolo en

lugar de “santo”. Esto se manifiesta además en que le aconsejan a otros que tienen algún problema, consultar con un psicólogo. Podemos decir entonces que en este grupo todos han alcanzado una transferencia positiva con el profesional y debido a esto, una mayor adherencia al tratamiento.

En el caso del grupo zona centro, los efectos del tratamiento en el caso del Hospital de día son considerados como importantes y positivos, una paciente comenta “he perdido la robotización por los talleres que tenemos, quiero salir adelante, quiero salir para seguir trabajando en la ONG”, otro comenta “el hospital de día para nosotros es importantísimo, se siente bien acá”, también opinan lo mismo los familiares, una madre dice: “hay compañerismo, Paúl (su hijo) con sus compañeros y nosotros como padres, entre nosotros” “si no fuera por el hospital de día, nosotros solos no podemos”. En lo que respecta a internación se escucharon varias críticas por lo dicho anteriormente del carácter iatrogénico. El encierro es reconocido como una práctica que no se vincula a la cura, y como un procedimiento que debe ser evitable, estableciéndose dicha postura en consonancia con el espíritu de la nueva ley.

Los pacientes de consultorio externo también manifiestan estar conformes con el servicio, pero no lo expresan con tanto énfasis como el grupo zona norte.

## CAPITULO V *Consideraciones finales*

A través del presente trabajo de investigación, hemos podido cumplir con lo objetivos trazados, habiendo descripto las practicas, los dispositivos y los imaginarios sociales acerca de la salud mental comunitaria en la ciudad de Tandil. A su vez se realizó una caracterización del sistema de salud mental local pública así como también el estado de salud mental y la demanda de atención. A partir de los instrumentos utilizados se realizó una descripción y análisis de las prácticas, discursos e imaginarios sociales de los 3 grupos de actores involucrados, profesionales, pacientes y familiares.

En cuanto a la primer parte de la hipótesis de trabajo planteada al comienzo de la investigación “la existencia de una heterogeneidad en las prácticas, dispositivos e imaginarios sociales entre los diversos agentes productores de la salud mental comunitaria local”, los análisis realizados nos permiten reconocer una tendencia hacia posiciones semejantes tanto en prácticas como en dispositivos e imaginarios. Esto se pudo observar entre los distintos profesionales, así como también dentro del grupo de pacientes y de familiares. Esta similitud se reflejó además comparando estos grupos entre si. No obstante ello, no podemos hablar de homogeneidad, ya que se rescatan distintos matices y algunos casos de posiciones encontradas. Para realizar esta afirmación, en primer lugar, se partió de tomar posición respecto al concepto de salud mental y las definiciones sobre salud y enfermedad, para abordarlas desde la realidad local.

En el proceso salud enfermedad interactúan distintos aspectos vinculados al sujeto y su comunidad, interacción que es compleja y en permanente cambio. Este proceso no se puede pensar si no es en ese vínculo sujeto – contexto, los cuales se determinan mutuamente. Por ello esta investigación incluyó una caracterización de la ciudad de Tandil en la que conviven los actores involucrados, en la que se describen aspectos generales de lo social, productivo, económico, sanitario y demográfico. Podemos decir, en términos generales, que quizás de la mano con el perfil socioproductivo local, el estado de salud poblacional tiende a manifestar valores más o menos aproximados a las tendencias de nivel nacional, con la particularidad de sobresalir la HTA en la carga morbilidad casi dos puntos por encima del promedio nacional, y las muertes por accidente, quizás a un nivel de menor significatividad (siempre en carácter relativo a las medias nacionales).

En cuanto al sistema de salud, a partir de este crecimiento constante en la ciudad, desde las políticas públicas locales se ha montado cada centro de salud en un área geográfica determinada, con el objetivo de cubrir la mayor parte de la población y de los barrios periféricos.

Teniendo en cuenta que el proceso salud enfermedad es socio histórico se consideró necesario caracterizar el tipo, frecuencia y distribución de la enfermedad en la comunidad local, y también tener en cuenta los recursos que posee desde el sistema de salud para prevenir y abordar patologías, así como también promover la salud.



El análisis de las historias clínicas de las atenciones en los últimos 6 meses (desde abril a octubre del corriente año), en el ámbito hospitalario, arrojó un predominio, por un lado, de problemas más frecuentes en esta época de modernidad líquida, incertidumbres, de crisis de valores e instituciones, de crisis de roles e identidades, de individualismo y de exclusión, de consumo y consumación, tales como angustia, duelos, melancolías, sin que esto implique un diagnóstico de estructura patológica específica, y, por otro lado, de trastornos de personalidad, ansiedad, depresión y psicosis. La población que más consulta son los sujetos de entre 18 a 30 años.

A partir de los datos que arrojaron los análisis de las entrevistas y los grupos focales, tanto profesionales de la salud mental como pacientes y familiares, pareciera que en los últimos años se ha ido generando una transición paulatina de paradigma en Salud Mental. Un proceso que parte de un estado inicial de consolidación del modelo que podemos denominar de “psiquiatría tradicional”, hacia un modelo de salud mental comunitaria. Por ello, es importante considerar que las características esbozadas están ocurriendo en un contexto de transformación, por lo tanto imprime a este proceso características propias de este contexto de transición donde conviven imaginarios de un paradigma anterior y uno nuevo, lo que le suma mayor complejidad a la propia complejidad del campo. Estos imaginarios corresponden al discurso médico hegemónico, paradigma de la psiquiatría, con imaginarios más actuales que tienen que ver con el enfoque comunitario, ocurre tanto en los actores profesionales de la salud mental

como en la comunidad. Más allá de las confusiones que esto genera, y a pesar de que hay una tendencia a la integración y no discriminación, aun conviven en la sociedad prejuicios acerca del padecimiento psíquico y mental. De todas formas se ha reconocido una apertura al conocimiento de lo que es la salud y la enfermedad, un proceso complejo. Se le esta dando mas espacio al ciudadano en la participación, por el momento desde un lugar mas pasivo, como receptor de la información. No pudo observarse aun que sea tenido en cuenta desde un rol activo.

Los profesionales coincidieron desde sus planteamientos en cuanto al modelo, y a cuales son los abordajes que deben implementarse en consonancia con dichas teorías. Las distintas disciplinas dieron cuenta de este consenso, aunque en menor medida desde el discurso psiquiátrico, en el que se observó más claramente un momento de transición y reacomodamientos en cuanto al sostén profesional desde lo paradigmático.

En cuanto a los pacientes y familiares, se observó una transformación en las percepciones, reconociendo un antes y un después en sus convicciones, en relación al momento en que se acercan por primera vez al sistema de salud mental. En ese cambio, luego de establecer un vínculo con profesionales, han ido incorporando una mirada coincidente con este modelo de salud mental comunitaria. Por ello, en cuanto a las opiniones de los pacientes y familiares con respecto al concepto de salud mental, a pesar de los matices, hay una coincidencia en que reconocen la heterogeneidad del término incluyendo la incidencia de los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales, pudiendo resumirlo en que la salud es “estar bien”.

Bienestar que vincularon con el hecho de tener el apoyo de familiares y amigos, realizar actividades que les guste y tener un rol activo en su propia vida, fortaleciendo principalmente los recursos personales. También les otorgaron un rol importante a los profesionales de la salud mental. Dentro de la importancia manifestada a los dispositivos y profesionales, diferenciaron por un lado a la internación y los psicofármacos como recursos preferentemente excepcionales, restrictivos y coyunturales; y por otro lado consideraron al tratamiento psicológico como necesario desde lo psicoterapéutico así como también los dispositivos de talleres que interrelacionan actividades artísticas y recreativas con lo terapéutico.

En cuanto al rol de los otros en el proceso salud enfermedad, desde el sistema de salud, se trabaja con el objetivo de la integración familiar y comunitaria, fortalecimiento de los lazos sociales y familiares en la cura. Esto se evidencia cada vez más claramente en la práctica. Un concepto importante a tener en cuenta es el de corresponsabilidad, que involucra la participación de todos los actores dando prioridad a la familia.

Otro paso encaminado hacia un enfoque comunitario esta relacionado con que, tanto de parte de la mayoría de los profesionales como de los pacientes, la cura de la enfermedad esta cada vez mas alejada de la medicación y mas relacionada con la palabra y los vínculos.

En cuanto a la interdisciplina, se pudo observar la importancia que le es otorgada dentro de cara área. Se trabaja de manera interdisciplinaria en todas las áreas de salud mental, pero con diferencias. En algunos sectores el trabajo es más fluido y esta mas consolidado, como atención primaria,

adolescencia y hospital de día. En cuanto a las dificultades en la interdisciplina, estas se observaron entre profesiones de psicología y psiquiatría. Disciplinas que históricamente han transitado por desencuentros y desigualdades jerárquicas y de poder. Otra de las posibles debilidades en el sistema, reconocido por algunos profesionales, y cuyas consecuencias pudieron deducirse de los discursos de pacientes y familiares, es la dificultad que se encuentra para establecer vínculos y articulaciones entre las áreas de salud mental, así como entre esta y otras áreas y servicios del sistema de salud pública, y con otras instituciones locales.

En cuanto a los imaginarios sociales respecto a la salud y la enfermedad mental, son entendidos según Castoriadis (1975) como lo que en determinado momento socio histórico opera como “lo que es”. Son producciones de sentido que se generan colectivamente. Es decir, se moldean y a su vez son moldeados por las distintas subjetividades. Pareciera que esta etapa de transición de modelos, también se refleja en los imaginarios, conviviendo ambos en los distintos sectores y actores sociales. Siguen existiendo sectores, sobre todo aquellos que aun no han tenido relación con el sistema de salud mental, que sostienen una mirada de desconocimiento respecto a las patologías y a los roles profesionales en la cura de las mismas. A su vez, esto contribuiría a sostener, en algunos casos, actitudes por parte de quienes asisten a profesionales de la salud mental, como psicólogo o psiquiatra, relacionadas a no reconocer que asisten, posiblemente por sentir vergüenza o sentirse discriminado. Si bien hoy hay mas información por parte de la población, sobre los roles profesionales en

salud mental respecto de la cura, aun persiste, en algunos casos, la discriminación y el desconocimiento respecto a la patología mental. Varias pueden ser las razones para que, aun en la transición hacia escenarios de mayor respeto, comprensión y tolerancia, sigan existiendo la incomprensión y la discriminación.

En cuanto a la segunda parte de la hipótesis, se ha podido corroborar una no correspondencia lineal entre discursos y prácticas, aunque paulatinamente pareciera que se avanza hacia mayores coincidencias entre el pensar, el decir y el hacer.

Un aspecto en común entre todas las áreas es que, si bien desde lo discursivo aparece la importancia de la prevención, en la práctica, por distintos factores, terminan prevaleciendo los dispositivos asistenciales. Esto se traduce en una dificultad más relevante en el área de atención primaria, en la que el objetivo de trabajo no puede quedar centrado únicamente en lo asistencial. Los profesionales que trabajan en esta área consideran que “hay mas por hacer, sobre todo en prevención y promoción”. Una de las razones de esta situación se debe, según plantearon los profesionales, a que hay poca formación de grado en este tema, que se orienta a la clínica asistencial. Creemos que otra de las razones por las que el trabajo se basa más en la asistencia es porque la mayoría de los pacientes concurren ante una situación limite o de urgencia, pero esto genera un circulo en el que a su vez, por esto, al no haber un trabajo efectivo de promoción y protección, los pacientes se acercan al servicio ya con una patología o situación de limite, centrándose la intervención en la emergencia del síntoma.

La salud mental es un derecho de los ciudadanos, es el deber del Estado su garantía, como también la accesibilidad al sistema de salud pública. En este aspecto se ha reconocido una gran responsabilidad desde los últimos años en la implementación de políticas y cambios en materia de salud mental

En lo que respecta al rol de “lo político” en el proceso de transformación que se ha dado en materia de salud mental en la ciudad, los profesionales manifiestan un reconocimiento de cambios en estos últimos años en la materia. Esto es visualizado en lo que respecta a incorporaciones de profesionales, construcción edilicia y creación de una dirección de salud mental. Si pensamos a la salud mental también como un entrecruzamiento de discursos, político, administrativo y técnico – profesional, se puede conjeturar aquí que el ámbito político ha tenido un rol fundamental para posibilitar los cambios que se evidencian en salud mental en la ciudad. Se trata de una apertura, un reposicionamiento del área, y un acompañamiento presupuestario como decisión política, que dieron lugar a una sinergia que circuló en los últimos años en el campo de la salud mental, reconocido por todos los sectores, político, profesional, comunitario.

Para finalizar, en lo que respecta a la nueva ley de salud mental, podemos afirmar que hoy, de manera incipiente, parece que otro modelo empieza a instalarse a partir de diferentes sucesos y en distintos tiempos. En este sentido, la ley nacional de Salud Mental es un gran aporte público que legitima un paradigma, el de la salud mental comunitaria, basado en los derechos humanos. Pero observamos que a nivel nacional aun no ha dejado

de ser del todo un acto simbólico. Esta situación es absolutamente distinta en la ciudad de Tandil.

Consideramos que existen distintos aportes y contribuciones que desde lo simbólico, operan a partir de la ley para legitimar y consolidar un modelo de salud mental. Son estos aportes los que, en mayor o menor medida, se vienen implementando o comenzando a implementar en nuestra ciudad. Uno de ellos tiene que ver con el posicionamiento y la visibilización de la Salud Mental. En la ciudad de Tandil, estos debates no han pasado inadvertidos, pero desde la reflexión que les permitió a los profesionales incluir sus prácticas en las definiciones teóricas que sustenta la ley.

Otro de los aportes refiere a los Derechos humanos, la dignidad humana y la diversidad. En el sistema de salud mental local, a partir de los datos arrojado en las entrevistas a profesionales, se observó que las internaciones breves, la importancia otorgada al dispositivo de hospital de día, y la inclusión y participación familiar en los tratamientos, van en concordancia con estos preceptos.

La ley define la interdisciplinariedad en un equipo de salud mental horizontal, y posibilita que cualquier profesión de la salud pueda ejercer jefaturas, eliminando el rol jerárquico único del psiquiatra. En el caso de Tandil, se manifiesta este avance en los trabajos interdisciplinarios descriptos y analizados en la presente investigación, y también en el hecho de haber nombrado un Director político que es psicólogo. También dicho artículo refiere al derecho a la capacitación y formación permanente, aspectos que se reflejan en las políticas en la ciudad. En cuanto a lo

manifestado por los pacientes, familiares y profesionales, sus discursos han sido coincidentes en cuanto a la utilización de la internación como ultimo recurso, y en tiempos breves. También la ley plantea a la internación como recurso restrictivo, solo cuando no existe alternativa y siempre privilegiando los vínculos del paciente, a su vez, que la orden de internación debe contar con al menos dos firmas de dos profesionales de distintas disciplinas, con al menos un psicólogo o un psiquiatra.

Todos estos avances, como mencionamos anteriormente, son de carácter preeminentemente simbólico, aun no observándose cambios significativos en la práctica a nivel nacional

Consideramos que la Ley cobra real sentido en la medida en la que puede operativizarse, es decir, que sus principios y su espíritu se ponga en practica en experiencias concretas. La presente investigación nos permite afirmar que una de las experiencias concretas podría ser esta ciudad.

En cuanto a los posicionamientos críticos de los profesionales, en el caso estudiado, la nueva Ley de salud mental estaría siendo asimilada sin dificultad y todos los profesionales manifiestan venir trabajando desde hace años en esa misma línea empero, podemos observar que aun aparece cierta incertidumbre en algunos temas puntuales en el escenario teórico y discursivo pero sobre todo en el de la práctica. En este sentido, y a partir de un análisis global de la presente investigación, creemos que esa puesta en práctica es un devenir que se va cristalizando en la experiencia de salud mental del Municipio de Tandil.



## CAPITULO VI *Agradecimientos*

Quisiéramos hacer una mención en particular, a todos aquellos que han contribuido de una u otra manera, al trabajo realizado, sin cuyo aporte, no hubiésemos podido realizar la presente investigación.

Al director de salud mental del Municipio de Tandil, Lic. Adolfo Loreal, por la apertura, y la puesta a disposición de espacios, documentación, recursos humanos profesionales, y la predisposición general hacia la colaboración.

A los distintos profesionales de las áreas de salud mental que colaboraron con las entrevistas. A Marcelo, Patricia, Gloria, Claudia, Andrea, Soledad y Fernando.

Al personal administrativo y de cómputos del Hospital y del Centro de Salud Mental, a Graciela y a Jorge.

A los profesionales que colaboraron en las convocatorias a pacientes y familiares para la realización de los grupos focales: A Marisa, Constanza, Marcelo, Marisol, Martín, Sandra, Gloria, María, Soledad y Fernando.

A los directivos del Jardín 916 por habilitarnos una sala para la realización del grupo focal.

A los pacientes y familiares que participaron de los grupos focales: Gisela, Lidia, Teresita, Horacio, Cristina, Hilda, Laura Cristina, Andrea, Lucia, Nélide, Adriana, Graciela, Marta, Verónica, Alejandra, Juan, Nilda, Olga, Luis, Micaela, Virginia, Carlos y Natalio.

Y un agradecimiento especial a nuestro director, Lic. Fermín Mas, por su predisposición, compromiso, calidez humana y profesionalismo, en el acompañamiento de este proceso.

## CAPITULO VII *Bibliografía básica de referencia*

Almeida-Filho, Naomar (2006). *Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones*. Salud colectiva, mayo-agosto, año/vol. 2, numero 002. 123-146. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Almirón, Lila M. (2008). "Construcción rizomática del concepto de Salud Mental". Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 14, N° 4, 56-65.

Augsburger, Ana Cecilia (2004). *La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología*. Universidad Nacional de Rosario. Psicología & Sociedade; 16 (2): 71-80. Rosario, Santa Fe, Argentina.

Augsburgeri, Ana Cecilia, Gerleroli, Sandra Silvana. (2005) "La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental". S. KAIRÓS, Revista de Temas Sociales. Universidad Nacional de San Luis. Año 9 N° 15 (Marzo /2005). San Luis, Argentina.

Bustelo Graffigna, Eduardo S. (1999) "Salud y ciudadanía: una mirada a la salud en el futuro". Cuadernos médico sociales 76: 5-30. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Flick, U. (1992) "Triangulation Revisited: Strategy of Validation or Alternative". En The Journal for the Theory of Social Behaviour. 22:2.

Fränkel, Daniel. (2002) "Una mirada institucional de las prácticas de gestión y atención de la salud". Cuadernos médico sociales 82: 61-75. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Santa Fe, Argentina.

- Galende, Emiliano (1983). "La crisis del modelo médico en Psiquiatría". Cuadernos médico sociales nº 23 - marzo de 1983. Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Galende, Emiliano, (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Editorial Paidós. Colección Psicología Profunda. Buenos Aires, Argentina.
- Galende, Emiliano, (2008). *Psicofármacos y Salud Mental*. Lugar Editorial, S.A. Buenos Aires, Argentina.
- Gutiérrez, Alicia, (1994). *Pierre Bourdieu: las practicas sociales*. Centro Editor de America Latina. Buenos Aires, Argentina.
- Laurell, Asa Cristina (1981). "La Salud-Enfermedad como proceso social". Cuadernos médico sociales nº 19 - enero de 1982. Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Menéndez, E. L. (1988) *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Pp 451- 464. Buenos Aires, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *El contexto de la salud mental*. Editores Médicos, S.A. EDIMSA. Madrid, España.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental, conceptos, emergencia evidente, practicas. Informe compendiado*. Ginebra, Suiza.
- Spinelli, Hugo (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Salud Colectiva, 6(3):275-293, Septiembre - Diciembre, 2010. Buenos Aires, Argentina.

Stolkiner, Alicia (2003). "De la epidemiología psiquiátrica a la investigación en el campo de la salud mental". Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XIV

Strauss, A. (1989): Qualitative Analysis for Social Scientists, Cambridge University Press: New York.

Vergara Quintero, María del Carmen (2007). "Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad". Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, pp. 41-50. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

Vicente, Benjamin, Rioseco, Pedro, Saldivia, Sandra, Kohn, Robert & Torres, Silverio (2006). "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica". Revista colombiana de psiquiatría, vol. XXXIV, numero 004. Asociación Colombiana de psiquiatría, pp 506-514. Bogotá, Colombia

## *Anexo*

### Entrevistas

Ref. 1: Psicóloga del área de adolescencia.

Ref. 2: Psicóloga Atención Primaria.

Ref. 3: Psicóloga del Centro de Salud Mental.

Ref. 4: Psicólogo Atención Primaria.

Ref. 5: Psicóloga Hospital de Niños.

Ref. 6: Psiquiatra del Centro de Salud Mental.

Ref. 7: Enfermero del Hospital de Día.

Ref. 8: Director de Salud Mental.

#### <sup>2</sup> Entrevista N° 1

### *Concepto personal de salud mental*

En realidad las concepciones de salud siempre son controversiales, pero en salud mental la cosa sería... eh... (pausa) que no puede quedar nunca desmembrado... si bien uno se pone a pensar en temas de salud que es el bienestar en lo bio psico social, no debiera haber una definición de salud mental, estaría incluida en esa definición general. Si uno piensa la salud en esos términos, no existiría una salud mental, una física, sería como tautológico, la definición es tautológica, el estado de bienestar es estar bien. Y en la salud mental, si uno lo toma desde lo comunitario tendría que ver con la prevención, precaución, tratamiento de patologías que devengan de lo

psíquico, pero que nunca queda separado ni de lo biológico ni de lo social, es lo que se ve constantemente, el tipo de patologías que aparecen cambian con las épocas, cambian con la cultura, cambia con el nivel socio económico, es imposible de desmembrar. Es un concepto que uno solo lo puede ver desde la teoría de la complejidad, ni hay otra forma, me parece que en términos de salud pública, la salud mental uno lo puede pensar desde el lugar de las prestaciones o los servicios que se pueden hacer de los sistemas sanitarios, a la comunidad, pero también se puede ver acontecidos dentro de lo comunitario, que también hacen a la salud mental. Uno podría pensar en lo que concierne al sistema sanitario respecto de la enfermedad mental, y en lo que acontece en el nivel cultural, lo artístico, todo tipo de expresiones y distintas participaciones en instituciones intermedias, que puede ser la comunidad, que tiene que ver con la salud mental. Como si algo tuviera de preventivo eso, contextos que contienen que la expresión de lo artístico tiene que ver con un resguardo de la salud mental, y que cuando eso falla parece que aumentara, impactara más sobre el sistema sanitario en cuanto a los servicios de salud mental, es un concepto complejo que no se puede hacer una lectura "es tal cosa" me parece que abarca todas esas cuestiones.

No solamente como se define la patología, por ejemplo "la locura", ha ido cambiando hasta nuestros días, pensamos muy distinto, no solo eso si no que la gente no se enferma de las mismas cosas siempre, la prevalencia va cambiando, en la cultura e históricamente, al momento, por Ej. actualmente las patologías prevalentes tienen que ver con depresión y trastornos de

ansiedad, eso es lo que mas se ve, y tiene que ver con un contexto socio histórico, que hace que la gente mas presión haga, mas frustrada, con un modelo político que ha dejado un tendal de exclusión y eso podría pensarse que hay razones del contexto que podrían provocar depresiones reactivas, perdida de trabajo, perdida de un proyecto que tengamos cantidades de jóvenes que ni estudian ni trabajan,.. tenemos los números en adicciones, episodios de consumo abusivo de alcohol que están relacionadas con ese contexto, o incluso lo que vemos acá, trastornos disocial, y son pibes que dejaron el sistema educativo, no tienen un proyecto para hacer, no tienen nada para hacer, y justifican la marginalidad, las acciones delictivas como algo que es lo único que queda, como una perdida de sentido. En el fondo uno termina entendiendo, son mas victimas, uno los piensa como victimarios de esos chicos que vienen te asaltan y te roban, si uno lo ve desde el otro lado piensa “este chico se enfermo”, se enfermo de la nada misma, del sin sentido de vivir. En ese punto creo que esta cuestión de la enfermedad, tiene que ver que uno no la puede... desde lo publico uno no lo puede perder de vista el contexto socio histórico que estamos viviendo, uno no lo puede ignorar, la patología como específicamente fenomenológica, como uno lo puede estudiar es una cosa, pero uno no puede no saber lo que esta pasando en la realidad, me parece que en la formación a veces uno lo recorta a eso.

Una sociedad que contenga mas, mira justamente estos días hablábamos con un colega, nosotros atendemos acá a estos chicos con trastornos disociales, que vienen con causas penales, robos, homicidios, violaciones...



que no son de acá, que esta naca eventualmente en un hogar de contención pero son de ciudades vecinas, porque será no? Son chicos, con situaciones de asalto, muy complejas, muy pesadas, y llegamos a la conclusión de que en Tandil hay una red de cantidad de centros de salud, comunitarios, de las actividades de ONG, fundaciones, lugares de talleres, hay un montón de instituciones, de ofrecimientos, mucha oferta que contiene mucho, y en estas ciudades vecinas en las que no hay, hay muchas mas marginalidad, los chicos están excluidos de todo. La única manera que tienen de obtener lo que buscan es a través de las actividades delictivas. Y a mi me parece que no es una cuestión menor, creo que uno por ahí pierde de vista que existe todo eso, hay muchos jóvenes contenidos en distintas actividades, en clubes, actividades deportivas, artísticas, recreativas, culturales, hay un montón de cosas para hacer y que la verdad es que... por su puesto es que no son todos y hay que seguir trabajando en eso, pero llegamos a esa conclusión, de que algo de esto esta funcionando en Tandil y se ve que cuando no funciona se ve esto, adolescentes que caen.

Uno puede ver a los delincuentes desde una definición sociológica, pero también como un trastorno que esta dentro del DSM IV como trastorno disocial, con problemas de conducta, sociales, de dificultades de convivencia con la sociedad, ese tipo de patologías también tienen que ver con la salud mental.

### *Descripción del área de trabajo*

El servicio hace mas o menos 12, 15 años, no me acuerdo exactamente, se armo un equipo interdisciplinario de adolescencia, y se armo a partir de que empezaron a aparecer casos de embarazo de adolescentes pero iba descendiendo la edad de las chicas embarazadas, entonces ahí se empezó a pensar en un consultorio ginecológico para adolescentes, después empezaron a ver que esa situación había que abordarla desde distintas disciplinas porque esa situación había que abordarla mas allá del embarazo, y se conformo un equipo interdisciplinario con médicos ginecólogos, clínicos, nutricionista, trabajadores sociales, pediatra y psicólogos. Funcionaba por la buena voluntad de los profesionales, no teníamos lugar físico ni nada que nos identificara y nos diera visibilidad en el hospital, pero funcionaba y tuvimos trabajos muy interesantes. Después empezaron a aparecer otras cosas que podían ingresar a través de los distintos servicios que conformaban este equipo. Después ese equipo se desarticulo, yo esta ad honorem muchos años, no se pudo sostener porque se sostenía a pura voluntad, nos teníamos que reunir en la casa de alguno, no teníamos ni lugar para reunirnos, una serie de cosas. Lo único que se sostuvo fue el consultorio de embarazo de riesgo en adolescentes, y en los últimos tiempos, hace como 2 años, me parece que había una demanda contenida desde el poder judicial, para que se atendieran embarazadas adolescentes en salud mental, que no se estaban atendiendo y bueno, así que se armo a partir de ahí, de una demanda del poder judicial, que nunca tenia a donde derivar a los chicos que necesitaban tratamiento. Entonces se armo este

servicio dentro de la estructura de salud mental directamente para los chicos que no podían ser atendidos en niños, porque es hasta 14 años, ni en adultos porque es a partir de 18, entonces esa franja quedaba sin atención, así es que surge el rearmado del servicio. En aquella época no había un servicio de adolescencia, era una sola psicóloga que trabajaba en ese equipo que era yo pero nunca hubo un servicio de adolescencia dentro de salud mental, nunca lo hubo. Así que el año pasado se arma el servicio, con una conformación especial, se convoca a psicólogos que trabajaban con este segmento, con la salud mental, dentro de otras instituciones. Así se convocaron a un psicólogo que trabajaba en el hogar de contención, una psicóloga que trabajaba en centro de atención de adicciones, otra que trabaja en un centro de referencia, que también contienen chicos con problemas judiciales y conmigo que venía de atención primaria. Así que de esa manera armamos este servicio que consiste en atención en consultorios externos, además rearmamos el equipo interdisciplinario aquel histórico, lo volvimos a activar, se unieron otros profesionales a los que seguían sosteniendo el consultorio de embarazo adolescente. Se incorporaron otras especialidades como neurologías, que antes no había. Así que tenemos esas dos cuestiones, por un lado el servicio de adolescencia que atiende cuestiones de salud mental y formamos parte de este equipo... el chico puede ingresar por clínica y terminar en salud mental, a lo mejor el clínico que lo atiende, en la evaluación considera que está pasando algo de orden emocional y lo deriva para acá, o chicas embarazadas.

también se tratan trastornos alimentarios, anorexia, bulimia, también nosotros atendemos, hacemos interconsultas en todos los servicios, así que el mayor derivador nuestro es el hospital, porque la mayoría de los adolescentes ingresan por guardia o porque algo importante les paso, alguna patología que en general los médicos ven que esta pasando otra cosa, que es del orden afectivo o emocional entonces los derivan, por ejemplo los intentos de suicidio, ingresan por guardia, a veces quedan internados, otras veces no. Pero seguramente van a quedar en tratamiento psicológico acá, por ahí la situación no amerita una internación, pero se evalúa si hay un contexto que lo contiene, si hay una familia que lo va a acompañar en esos primeros momentos, pero si sale ya se va con un turno para consultorio externo. así que las patologías son muy variadas, en este equipo hay: médicos ginecólogos, que atienden embarazos adolescentes y también chicas que no están embarazadas que van a la consulta ginecológica que van en busca de algún anticonceptivo o por control y por ahí los médicos escuchan alguna cuestión que hay que indagar y los derivan para acá, como situaciones de violencia de genero, o se ingresa por el servicio de medicina familiar, que dos médicos de ese servicio forman parte de este equipo interdisciplinario de adolescencia, ellos también deriva , que pueden ser otras cosas, por Ej. somatizaciones, cefaleas, eso se ve mucho, o situaciones familiares que resultan llamativas, y las derivan para ser evaluadas acá. La nutricionista también, atienden chicas que tienen bajo peso o sobre peso, y por ahí sospechan de que tiene algún trastorno alimentario, también derivan. Todos nos derivamos a todos, porque si yo veo una chiquita

que esta en bajo peso y viene por otra cosa, la derivó a hacer un control clínico a ver que esta pasando.

### *Interdisciplina*

Nosotros nos reunimos, el equipo, trabajamos casos que tenemos todos en común, presentamos el caso, hacemos un pequeño ateneo, además de la reunión que tenemos el equipo de salud mental de adolescentes, tenemos reuniones con este equipo interdisciplinario donde se trabajan estos casos, porque muchos hay que darle intervención al servicio social, una trabajadora social también esta en el equipo y se trabaja desde ese punto de vista, además de lo que trabajamos nosotros acá como equipo de salud mental.

El equipo de salud mental somos todos psicólogos, yo soy municipal y los otros 3 son de servicios provinciales.

### *Descripción de un día de trabajo*

Hay una agenda con turnos programados, yo soy la única que esta todos los días, cuando yo llego ya tengo todos los turnos dados, si hay interconsulta de guardia lo primero que hago es la interconsulta, voy veo que esta pasando, de guardia y de cualquier servicio.

En el equipo interdisciplinario, viene de un programa provincial, la edad es hasta 19. entonces vienen muchas chicas que no ingresan al equipo por la edad que las atendemos, también nos extendemos en algunos casos hasta los 19 y hay un chico de 20. pero ya en la guardia esta bastante aceitado el mecanismo, ya saben que si necesitan un a evaluación, por ejemplo por una

ingesta medicamentosa, hacen la consulta acá, apenas llego evalúo eso y si es que esta desde la madrugada o vino a la noche y lo dejaron esperando, voy lo evalúo, si hay que internar se interna, o se le da el alta de la guardia pero se va con un turno otorgado acá, no se va nadie sin turno.

La internación es una situación bastante controversial, el servicio de internación para adultos se suponía que no se podía internar ahí, entonces en algún momento yo había hablado, consensuado con algunos jefes de servicio donde se podían internar, aparte no es tan frecuente ni es una cosa de mucho tiempo, por ejemplo una ingesta medicamentosa hay que dejarlo como mucho 48hs y ya esta. Entonces habíamos arreglado un par de camas en internación general, en algún lugar tranquilito, en planta baja. Después se tomo una decisión desde el área de salud que hay que internarlo en salud mental. Con este target hay divergencias legales, para algunas cosas son menores entonces algunas cosas se pueden, otras no. Esto de internar un menor con adultos tiene sus riesgos, pero también es cierto que no puedes poner una criatura en un servicio donde el personal no esta preparado para contener, ni el medico sabe muy bien que hacer si se desborda el paciente, lo mejor es que haya personal formado. Al mismo tiempo se suponía que había riesgos de que ocurriera algo desagradable de algún adulto que se quisiera aprovechar de algún menor, o alguna menor que esta en inferioridad de condiciones. Eso llevo mucho tiempo, era muy complicado, había mucha resistencia, pero se fue como aceptando esa cuestión. así que a la situación que se llego actualmente es que, el hospital de niños que atiende hasta 14 años en caso de internación podría extenderse hasta 15, subieron un añito y

en salud mental de adulto bajaron. Otra cosa que pasa es que no hay muchos psiquiatras infanto juvenil, en el hospital de niños hay una pero es la única y esta desbordada. Ese también era un tema...

Eso se hizo para definirlo así y facilitar el dispositivo, pero también quedan situaciones que un chiquito que la atendía otra psiquiatras lo sigue atendiendo, y así... los psiquiatras no forman parte de las reuniones de equipo, esta un poco fragmentado, psiquiatría pertenece a salud mental de adultos y no... el centro de día tiene un psiquiatra, nosotros tuvimos una psiquiatra en algún momento, que es la Dra. Castagnino que trabaja en consultorio privado y que se había ofrecido a colaborar con el servicio ad honorem, un par de horas semanales, que era lo que se necesitaba porque tampoco es que se necesita mucha evaluación psiquiatrica, pero estaba bueno, después ella no lo pudo sostener y ya dejo de venir. así que cuando necesitamos una evaluación psiquiatrica tenemos que pedirle a la psiquiatra de adultos.

No se siente una carencia de la participación de un psiquiatra. Los 4 psicólogos que estamos acá tenemos muchos años trabajando con adolescentes, que cuando requerimos una evaluación psiquiatrica es porque se necesita, no somos psiquiatra-dependientes, ninguno, yo tengo una posición bastante autónoma, no somos auxiliares de psiquiatras, entiendo que cuando lo necesito... como si un psiquiatra pensara "necesita psicoterapia" lo mandara a un psicólogo, no lo siento así. Y menos con adolescentes, donde uno esta... por su puesto, si uno esta con una pre psicosis obviamente va a necesita una medicación, pero nosotros todos

creemos firmemente en la palabra, entonces sostenemos desde otro lugar y bien, vamos bien. No estamos así como angustiados porque no tenemos psiquiatra. Cuando se que me dolió mas que se fuera Adriana que quedarme sin psiquiatra. Me parece que si se presenta la necesidad, tenemos, pero no forman parte de las reuniones ni nada.

Si hay interconsultas, interconsultas, y la atención de los turnos que estaban programados, lo mismo hacen los otros colegas, y los secretarios van sabiendo que turno quedo libre por si alguien viene pueden ir dando otro turno.

Las vías de ingreso son del hospital cualquier servicio, de externos también, los mandan para acá. O pueden venir voluntariamente demandando tratamiento, también de centros de salud. Nosotros hicimos un protocolo de referencia y contra referencia para poner el hospital como segundo nivel, por que un adolescente es mas fácil que vaya al centro de salud del barrio que acá, entonces había que definir cuales eran los criterios para el centro de salud, y cuando era para segundo nivel, entonces se hizo. Lo cierto es que el área programática del hospital es muy amplia, cuando viene un adolescente que podría atenderse en su centro de salud, hay 10 que vienen de la zona del hospital, así que funcionamos en los dos niveles todo el tiempo.

(psicoterapia lo toman como 1er nivel, también lo incluyen dentro de lo que podría atenderse dentro de un centro de salud) si, porque si bien uno lo puede pensar desde la estrategia, uno lo puede hacer inclusive acá. En 1er nivel, el 1er contacto del paciente con el sistema de salud debería ser



siempre, y desde 1er nivel tendría que decirse si ese chico esta para empezar un tratamiento o nada, hay que orientarlo a que se meta en un grupo de cocina, que se yo, que eso se ve en el barrio. Si con esa primeras orientaciones la cosa no funciona e inclusive algunas entrevistas o una psicoterapia, no se puede avanzar, habrá que derivar a 2do nivel y de hecho es como funciona en casi todas las edades, cuando exceden las posibilidades de la prestación que se puede hacer en atención primaria, se deriva a hospital, no es que absorbemos todos los adolescentes solo porque somos un servicio de adolescencia, que así es como fue el proyecto, como yo lo escribí, el proyecto, inclusive tengo un grafiquito de cómo ingresa el paciente y como debe ser derivado a otro servicio de mayor complejidad, por Ej. si se tiene que internar, primero tenes que hacer... no hay lugar para internar. Pero suponte el Tobar García que seria el infanto juvenil, seria 3er nivel, que ya ni es para acá. habrá que ver...a veces lo que es internación haría las veces de 3er nivel para nosotros, si solo con ambulatorio no alcanza hay que hacerlo ingresar a algún dispositivo... ahora estamos haciendo una experiencia con un adolescente que va a ir a hospital de día, hoy fue su primer día, vamos a ver que pasa, es una chiquita que estuvo en atención acá, después internación y ahora va a hacer esta experiencia en hospital de día para luego darle el alta en internación y veremos como sigue. Es como un armado de un menú, a cada paciente se le da una posibilidad diferente.

### *Dispositivos*

Consultas individuales, por la mañana. Reuniones con el equipo interdisciplinario. Hubo algunas reuniones en la dirección de juventud que se hicieron con mucha gente de muchos servicios, hogares, centros de días, servicio local, servicio zonal, muchas instituciones que trabajan con adolescentes y con jóvenes. Lo que nosotros decimos es que nuestro servicio es solo enguanto a lo que podemos brincar psicoterapia, es la especificidad de nuestro trabajo pero lo que uno muchas veces escucha que hay un chico solo en su casa, que no se integra, lo que le falta es volver a circular por determinados lugares o ingresar. Esas reuniones nos sirvieron para tener una información bastante importante, mas de lo que uno se imagina hay muchos lugares que trabajan con jóvenes, para poder derivar, que sea como una indicación, “vas, te encuentras con fulana, este es el teléfono, esto queda acá....” Poder derivar bien orientado, que el chico vaya bien orientado, de la misma manera que ellos podían contar con este servicio, por ejemplo del programa Envión. Estuvo bueno por eso, por un lado nos conocimos las caras, y por el otro hicimos un cuadernillo con todas las actividades que ofrecen las instituciones, días y horarios, para que edades, la forma y la persona de contacto, esta muy bueno. En realidad un poco se dejo, y dijimos con Adolfo que lo vamos a retomar. Hay una demanda ahí de la gente que trabaja en hogares o en programas como Envión que se encuentran en situaciones que no saben bien como manejar, como solucionar algunas cosas que se presentan entre los chicos, que se desbordaban, había una demanda de asesoramiento. En aquel momento en

esa reunión, yo oriente a los del programa Envi3n a que se acercaran y tomaran contacto con los psic3logos de los centros de salud y los operadores sociales que tambi3n hab3a en los centros de salud, justamente para que trabajaran estas cuestiones en el barrio, con estos profesionales que los van a poder orientar.

Ellos ped3an que le arm3ramos alg3n taller que fuera de asesoramiento o una mini preparaci3n para trabajar con estos chicos, y eso quedo en el aire, no se concreto, pero a mi la verdad me parece que es ah3 donde hay que trabajar.

#### *Relaci3n con otras instituciones*

Nosotros estamos si o si muy vinculados a los que es el Servicio Local y el Servicio Social, que es el Servicio de Promoci3n y Protecci3n de los derechos de ni3os, ni3as y adolescentes, con ellos estamos todo el tiempo trabajando, ellos derivan, nosotros derivamos muchas veces cuando vemos situaciones de derechos vulnerados, les explicamos en que consiste, hay veces que hay chicos con mucha desprotecci3n en relaci3n a sus padres, y los mandamos, estaba bastante aceiteada la cosa. Los juzgados de familia, tambi3n es un derivador, hay un equipo de abordaje que se armo, de donde yo te dec3a que hab3a una demanda bastante fuerte para que hubiera alg3n servicio en el hospital para adolescentes, ese es un tipo de abordaje, hay mucha gente del poder judicial en ese equipo, hay gente del CPA, del centro de referencia, de los Servicios locales y zonales, ellos est3n mas enfocados en el armado de lo que tenga que ver con prevenci3n de adicciones, con

atención, asistencia a las adicciones, y que en algún momento nosotros tuvimos una participación mas activa en ese espacio. Después la reuniones se empezaron a hacer en otro lugar que no era el hospital y a mi se me complico para ir, no pude concurrir mas, si va el Director de Salud Mental. Esas son instituciones, es como una consecuencia casi natural el vínculo, o nos mandan chicos o hay que mandar informes, estamos en contacto casi permanente. Y también en estas otras instituciones con las que estamos muy vinculados, son los que albergan a los adolescentes, Hogar Mafalda, Hogar de contención, Hogar de Convivencia, otro centro de día que no me acuerdo como se llama, y las escuelas. Las escuelas son derivadores ya la vez también se mantiene un contacto, tenemos mucho contacto con la escuela domiciliaria, es una modalidad que se ha instalado mucho, con los chicos que tienen problemas de salud. Antes la escuela domiciliaria estaba prevista para pocos chicos que se enfermaban y que estaban convalecientes mucho tiempo y se les ponía una maestra domiciliaria. Ahora esto se extendió hasta la secundaria, es un servicio bastante complejo, y hay muchos chicos que por razones emocionales no van a la escuela, entonces se incorporan a esta modalidad y que también depende la permanencia bajo esta prestación educativa, de nuestros informes; incluso que nosotros pidamos que se incorpore a la escuela domiciliaria dada la presentación del cuadro. Y al revés, la escuela domiciliaria nos pregunta si ya esta para darle ingreso a la escuela común, eso esta muy aceitado también.

*Instituciones con las que considera que debiera haber relación*

No se si decirte Deportes... si, por ahí podría ser, porque el resto tenemos relación con casi todas las instituciones que trabajan con jóvenes.

En esa reunión grande que te cuento que se hizo con Juventud, había ONG, por ejemplo La Vía que ofrece actividades para adolescentes, que tienen mucha convocatoria y nos armamos de quienes son, los horarios, los contactos, para los chicos que no necesitan psicoterapia, sino que necesitan un lugar para ir a expresarse y divertirse y formar parte de un grupo, tener amigos, otras cosas que no se restringe a revisar la cuestión de porque no se incorpora a un grupo con facilidad, que no necesita psicoterapia, necesita es, toda esa información que se pudo juntar, para nosotros fue muy útil. De todas maneras, tendríamos que seguir aceitado la relación con esas instituciones, seguir haciendo esas reuniones con Juventud, que para mi eran muy fructíferas.

### *Como se valora la salud mental actualmente*

Yo creo que en términos generales, la comunidad tiene cada vez mas demanda con este tipo de prestaciones que tienen que ver con la salud mental, tanto en lo publico como en lo privado, hasta hace unos años había mucha reticencia en esto de consultar a un psicólogo, o ir a un psiquiatra, consultar por llamarlo así, podría ser la sola idea de creer que sea necesario, “yo no estoy loco”, en los adolescentes es el discurso que prevalece. Pero teóricamente tiene que ver con las características de la edad. Yo siempre pregunto lo mismo, como te cayo la psicóloga y todos me dicen que muy

mal, que solo vienen así la madre se deja de jorobar, o porque la escuela, el poder judicial, la del Servicio Zonal, la que lo mandan, “yo vengo porque me mandan, no vengo porque quiero”, cuando aparece 1 con una demanda genuina, pasaron 10. y creo que a nivel de la comunidad en general en Tandil hay como cada vez mas sintonía con esto, y como que la autoevaluación respecto de la necesidad de una consulta es mayor. Esto tiene que ver con la valoración que se hace de la Salud Mental m, al igual que de la salud física, sino me siento bien voy al medico y sino me siento bien y estoy un poco angustiado, voy al psicólogo, casi con la misma.... Mira, hace 20 años iba al psicólogo y dejaba el auto estacionado a 2 cuadros porque no quería que supieran que estaba su auto estacionado en el consultorio de ese tipo. Hoy en día en general la gente dice tranquila y abiertamente “mi psicólogo dijo”; o “me voy porque tengo terapia”; se hace públicamente y sin demasiado prejuicio como algo de consulta casi como decir “voy al medico”; con la misma tranquilidad, en ese sentido hay un cambio en Tandil muy importante, yo no soy de Tandil y a mi me sorprendía mucho, me parecía raro que la gente hiciera esas cosas, si bien los profesionales seguimos preservando la identidad del paciente por el secreto profesional, cuestión de que el paciente no se vea, que se yo, pero también es mucho mas relajado. Creo que por un lado tiene que ver con, Tandil dejo de ser un pueblo monovalente, de “solo tandilenses”; empezó a diversificarse la composición social, entonces hay mucha gente que vino de otros lugares, que se acento en Tandil, por ejemplo de Bs. As o lugares mas sofisticados en esto de contar con servicios, y eso cuenta, también que

tenemos una universidad, cuenta también el impacto que tienen los medios, los profesionales que han salido en los medios haciendo programas, haciendo notas, escribiendo en medios gráficos, todo eso va instalando un discurso del que la gente, la comunidad se va apropiando también, y empieza a enterarse de como piensa, como opinan, en que cosas se mete esta gente de salud mental, y eso va dando como un plataforma de lanzamiento, nosotros hacemos esto y la gente entiende que puede venir a pedir un servicio, ayuda, una consulta. Otra cosa que yo noto en mi practica es que hasta unos años solo se atendían mujeres mayoritariamente, y hoy en día tengo un 50 y 50, y por momentos mas hombres que mujeres, y eso es una cosa nueva en Tandil en una sociedad tradicional, conservadora, de origen, con una historia agroganadera y que se yo, hace un lugar del hombre en esta sociedad, y eso también se ha ido corriendo, y consultas de hombres de mas de 50 años aparecen ahora como muchísimo mas frecuente que hace 10 años atrás.

#### *Lugar de la salud mental pública en estos cambios*

Esto es una impresión personal, no tengo muchos datos, pero los servicios de salud mental han estado siempre colapsados acá, siempre, se que también es lo que pasa en servicios de salud mental publica en todos lados, colapsan, creo que también tiene que ver con los dispositivos que se tienen. Con lo cual no se si han aumentado por las mismas razones que uno podría pensar en términos generales del a población, o ahora... me parece que salud mental en Tandil en lo publico ha sido puesto en valor hace muy poco

tiempo, que exista un Centro de Salud Mental reconocido como tal y no un servicio de neurología como lo había hacia 25 años, aunque no había ni un neurólogo ahí adentro, es notorio, cualquiera que paso por acá se da cuenta que esto es así. De todas maneras no se si eso es lo que eso provoca una mayor cantidad de consultas, la visibilidad, que se identifique un centro de salud mental, o sencillamente el tipo de paciente que se atiende en estos servicios, que si bien también se ha ampliado, me parece que es mas del tipo de paciente que es de la salud publica, que ha consultado muchos profesionales, que tiene una historia clínica, se lo deriva, se hacen interconsultas, que no es lo mismo que sucede en privado, uno va al medico y va al medico, a lo sumo lo manda a hacer laboratorio, una placa, uno no anda por todos los servicios. Y me parece que hay algo de la salud publica que hay una sobre atención, unas historias clínicas... “vamos a hacer una interconsulta con dermatología, vamos a hacer una interconsulta...” esta aceitado de manera tal que se puede consultar ampliamente, y me parece que salud mental no sale de ahí, no se salva de eso. Y además porque bueno, la población de Tandil será más, y también los servicios absorberán más gente.

(entonces un incremento de la demanda en salud mental no necesariamente tiene que ver con una mayor apropiación subjetiva de la población en relación a la importancia de la salud mental)

Tal vez lo haya, yo entiendo que en la salud publica se juegan otras cuestiones. Bueno, yo trabaje muchos años en un centro de salud de un



barrio marginal, difícil y yo ahí tenía una demanda alta, a pesar de que es un barrio común nivel socio económico muy bajo y un nivel cultural precarizado, sin embargo la consulta al psicólogo estaba como clara, “me parece que tengo que ir al psicólogo”, o la aceptación de la derivación y no tanto de mandar a los niños, que es lo que históricamente pasaba. A lo mejor tiene que ver con que la profesión del psicólogo se ha popularizado mas, o se conoce mas, que se yo el hecho de estar en un barrio hace que la gente sepa quien es el psicólogo y por eso pueda ir a consultar con mas relax, y es probable que también los medio hagan lo suyo. Se habla en muchos programas, de trastornos, de patologías, de síntomas, entonces la gente se viene con un diagnostico que lo saco de la tele, eso también existe. A mi me parece que en salud publica las variables hay que verlas como un poco mas a fondo. Me parece que cuando el Centro de Salud Mental funcionaba en este espacio estaba colapsado también, siempre hubo demanda, espontánea o derivada de otras instituciones.

#### *Perspectiva a futuro - relación con la nueva ley de salud mental*

Creo que la Ley de Salud Mental ha como puesto blanco sobre negro, digo mas allá del espíritu de la Ley y el enfoque de derechos humanos, es impecable, ideológicamente estoy completamente alineada, no me cabe ningún interrogante. Si creo que la Ley pone blanco sobre negro lo que creíamos resuelto, que tenía que ver con la desaparición de las diferencias entre psiquiatras y psicólogos, el lugar hegemónico del medico psiquiatra y el psicólogo como auxiliar, “eso esta superado, eso ya no existía mas, somos

todos profesionales”, creo que la Ley puso en evidencia que ese prejuicio, ese estereotipo, esa representación social, la Ley nos muestra que eso sigue vigente, que la resistencia es mayor del lado de los psiquiatras, porque ven... el poder que han tenido siempre en las instituciones psiquiátricas, el poder el con paciente y el poder con el resto de los profesionales, creo que ahora se filtran cosas en el discurso, “ahora cualquiera puede internar”, no, cualquiera no, alguien del equipo. Y esta idea del equipo, en la intervención del equipo lo que mas pone en evidencia es eso. Y creo que si, incluso se mantiene no solo desde el psiquiatra, si no del resto de los profesionales “vamos a ver que dice el psiquiatra”, si yo decido por ejemplo internar un paciente puedo hacerlo con alguien del equipo que no sea un psiquiatra, la Ley me lo permite, me avala, esta dentro de lo que puedo hacer y lo que debo hacer si creo que hay que hacer. Desde el resto de los profesionales sigue habiendo un lugar, la representación del medico dentro del equipo como el jefe, y “hasta que el jefe no diga”, y creo que eso es lo que mas tarda y va a tardar en desarmarse, que la Ley nos ayuda mucho en eso, nos abre la cabeza, nos hace mirar las formas de tratamiento con los pacientes desde otro lugar, sin embargo creo que hay practicas que se siguen sosteniendo, esto que te digo, hasta que el psiquiatra no decida si se interna o no se interna, no se interna; hasta la actitud de los otros profesionales, inclusive lo que se piensa de los pacientes, si tiene visitas o si no tiene visitas; me parece que la Ley todavía no ingreso como tiene que ingresar. Y de alguna manera el medico tiene un poder y a la gente le importa mucho lo que dice el medico, y si el medico por ejemplo no esta de acuerdo en

internar, y hay un psicólogo y un trabajador social que creen que si, la gente tiende a creer lo que dice el medico, tiene un lugar diferente, histórico. No se si es respecto al saber, si no que tiene que ver con otra cuestión, no importa si sabe o no sabe, es medico. No se le cuestiona el saber, tiene poder. Y no es poder que deviene del saber.

(esto lo ves relacionado con la representación, con la creencia que tiene el paciente acerca de la cura? En relación a los dos saberes, un saber medico biológico mas vinculado a la práctica de la medicamentación, y el campo mas psi o social relacionado con la palabra.. también se traduce en la creencia del paciente que la cura esta mas relacionada con la pastilla que con la cura psicológica?).

No, creo que justamente sea lo contrario. Creo que en salud mental la gente tiende a pensar a no estar medicado, “estuve hasta medicado”, como que eso es mas grave, y que la medicación no es que te cura, y eso se sabe, la medicación no te cura, te pasan un montón de cosas con la medicación pero no te cura. Es como peor, estas mas enfermo si estas medicado, si vas solo al psicólogo, a veces la gente misma en los dichos dice “yo ya estoy para psiquiatra”, estas peor, si vas al psiquiatra y te medica, estas muy mal, es como lo peor en la escala, si vas al psicólogo estas mejor, si vas al psiquiatra estas mal, y si vas al psiquiatra y te medica estas muy mal, una cosa así, no me parece que este vinculado a la cura, me parece que todo lo contrario. Incluso cuando uno deriva al psiquiatra es lo que mas se dice, el discurso esta más impregnado de eso, “no, a mi no me mandes al psiquiatra porque pastillas yo no tomo” o padres que dicen “no, es muy chiquita para que tome

medicación”, como que no esta bien visto, la magia de la medicación me parece que pertenece a otro orden, que responde a otros intereses. Los médicos son mucho mas consumidores de medicamentos que los pacientes, los médicos creen mucho mas en la pastilla mágica, todos los médicos. Yo creo que eso lo han hecho los médicos, no los pacientes, los laboratorios, que instalan una medicación como mágica, como el Rivotril, 8 de 10 personas toman o han tomado Rivotril, y eso no es casual, no es porque lo venden en el kiosco, hay una sobre medicación, se indica Rivotril para todos, por todo. Lo impusieron hace unos años con un discurso casi como una droga mágica, droga antipánico, se escuchaban cosas como que era una droga nueva, y el clonazepan existe hace 25 años, pero el laboratorio logro reinstalarlo con nombre y apellido, clonazepan hay muchos.

Creo que las creencias de la gente en relación a la medicación son más discutidores, la gente discute más si acepta o no la medicación. No me refiero al psicótico que tiene problemas para aceptar la medicación que tiene que ver con cuestiones de la patología, no quiere tomar la medicación y reincide en una internación, digo el común de la gente que hace consultas en salud mental que no tiene una patología severa. El problema es que si a vos te la indican como primera instancias y vos comprobaste en carne propia que es mágico, que realmente estas muy preocupado y te tomas un Rivotril y todo pasa a ser menos importante, y... el psiquismo tampoco es tonto, va a ir para el lado de lo placentero y lo mas fácil, de no sentirse mal, es facilísimo, si es así.. este es el problema. No es casual que la Argentina tenga el nivel de ventas de psicofármacos que tiene y yo vi, esta promovido por los

médicos, la gente no anda comprándose esas cosas porque quiere, alegremente por los kioscos, hay una receta, una serie de requisitos, y esto creo que la cosa de la pastilla mágica lo venden los médicos, no es lo que la gente compra.

## 2 Entrevista N°2

### *Concepto personal de salud mental*

La salud mental es salud en general para mí, no es solo salud mental. La persona no va la cabeza por un lado y el cuerpo por otro. Es el bienestar general de la persona. Y se apunta a lograr la mayor calidad de vida para lograr salud mental. Y es general, el estilo de vida, la costumbre, los hábitos, la historia personal, todo hace a la salud mental de cada persona.

Calidad de Vida: Además de hábitos saludables, tendría que responder a las necesidades de la persona en general: hablamos de necesidades entre lo que entraría también el deseo. Ser lo más genuinos, desde lo fisiológico, y con el deseo. Atender esas necesidades.

### *Descripción del área*

Atención primaria. Prevención y promoción de la salud a través de diferentes actividades. Asistencia. Y con un equipo interdisciplinario.

Desde el rol trabajo en conjunto en el armado de actividades de prevención y promoción. Y en atención que puede ser también en conjunto con otras disciplinas.

Es como innato es difícil separar los saberes que cada uno tiene desde su disciplina. Es un grupo.

*Un día de trabajo común...*

Generalmente cada uno se ubica, tomamos unos mates donde charlamos cuestiones personales, y también laborales, nos ponemos al tanto de situaciones de trabajo, si alguno tuvo una reunión en el hospital, cuenta de que se trato, si hay alguna novedad del correo del hospital u otras áreas. Hablamos sobre la comunidad, algún dato o situación nueva particular del barrio, etc.

Después cada uno tiene dados turnos o algunos días hay actividades de promoción y prevención. A veces son compartidas con el equipo, a veces las hace cada uno.

Al mediodía generalmente paramos. Comemos algo. Después cada uno sigue con turnos.

División entre asistencia y actividades de prevención y promoción

Asistencia: Modalidad de abordaje: La gran mayoría son individuales. Han sido también vinculares, de pareja. Y familiares también cuando se ha podido.

La inclusión es a partir de una primer entrevista individual. En el caso de adolescente son varias individuales y después familiares. Depende de la problemática y de lo que este percibiendo. Por ejemplo una chica

adolescente con un trastorno de alimentación, había problema de comunicación y de distancia, bueno era poner en palabras aquello que circulaba. Y por ahí con algún hijo adolescente son entrevistas con padres o si alguien esta muy vulnerable es importante trabajar con algún otro familiar. En términos generales la gran mayoría son individuales de todos modos. Yo creo que en caso de niños y adolescentes debería ser abordaje familiar en su inmensa mayoría. Es difícil porque a veces no hay. Cuando hay, a veces no hay familia. Algunos casos son para trabajar socialmente articulando con otras instituciones, no con la familia pero si con las instituciones. Por ahí es una madre sola, que hay mucho abandono, negligencias, se trata de trabajar con la mama pero cuando no hay respuesta, se trabaja desde lo comunitario. Abordaje grupal? Terapéuticos cerrados no. Si, abiertos, pero que terminaban siendo terapéuticos en función de las cosas que se hablaban. El año pasado se hizo de madres adolescentes, comenzó con situaciones cotidianas en relación a la crianza de sus hijos y empezaron a salir cuestiones de violencia en la mayoría de ellas. Ahí mi rol, a veces intervenciones que apuntaban a abrir la mirada, a relacionarlo con su historia de vida, que puedan contactarse con lo que les pasaba, ver el ciclo de la violencia. Y también con la orientación. Se coordinaba con una trabajadora social. Y por ahí la TS la acompañaba a hacer la denuncia etc. Pero no daba para abrir mucho a la catarsis porque no era un espacio terapéutico. Pero por ahí de ahí se recomendaba terapia individual e iniciaban algunas.

Actividades de prevención y promoción:

Hay algunas charlas o talleres que ya están estipulados y que se van repitiendo año a año, por ejemplo en 6tos grados lo que tiene que ver con sexualidad, métodos...

también participo en la mesa barrial donde participan las diferentes instituciones del barrio. Y ahí las problemáticas que se visualizan en el barrio se llevan a esa reunión.

Desde tercer grado empezamos a trabajar los vínculos, el respeto.

Empezamos a visualizar que en la escuela 4 hay un nivel de violencia muy alto entre preceptores, docentes, la idea es empezar a armar algo para trabajarlo. A veces en la mesa se trabaja sobre una familia y hay que hacer informes y los hacemos en conjunto.

Otro tema, situaciones de calle. Empezamos a organizar "la carpa", es un acontecimiento anual donde exponemos lo que se hizo en el año.

Trabajo con el programa envián también, con el grupo adolescente, trabajamos con la médica sobre sexualidad en un taller de varios encuentros Y también vamos viendo lo que nos van demandando.

Rol del psicologo en estas actividades de promoción y prevención?

... silencio, piensa... cual seria mi rol especifico?

y... depende la situación, por ejemplo un taller es especifico, si es de sexualidad la medica se dedica mas a lo biológico y yo a lo psicológico.

Pero hay otros que no son específicos, no hay división, por ejemplo si son psicoeducativas. Pero igual no se, todo lo que tiene que ver con la escucha es del rol del psicologo pero hay algunas que tienen que ver mas con la



orientación. Depende la situación pero igual es difícil dividirlo a la hora de estar trabajando porque toda escucha es del orden del rol.

Tenemos reuniones específicas de los psicólogos de atención primaria y ahí bueno cada uno tiene su forma de trabajar, cada uno hace su lugar de trabajo, diferente, hay heterogeneidad. Hay temáticas que las abordamos todos, sexualidad, violencia o programas que bajan desde salud, pero después cada uno va abordando desde los recursos que tiene desde lo personal. Pero más o menos visualizamos todos las mismas problemáticas.

#### *Fortalezas y debilidades del rol del psicólogo en APS*

A ver,... vamos a hacer como con los pacientes, vamos a empezar por las fortalezas (risas). Puede ser la experiencia de estar trabajando hace unos años, hay muchas cosas que las fui aprendiendo estando.

La buena comunicación con el equipo y con las instituciones, eso ayuda muchísimo a lo que es el trabajo en APS, contacto y buena comunicación.

Las formaciones que he ido haciendo en lo personal, que lo he podido bajar acá. El trabajo personal, mi propia terapia o también lo que ha sido la supervisión, más clínica de manera personal. Lo que hemos hecho mucho acá aunque ahora no, eran espacios de intervisión, nadie supervisaba a nadie, cada uno traía su punto de vista, en psicología.

también con la práctica adquiero fortalezas, el diagnóstico es más fluido más rápido.

Debilidades... En lo que es APS, hay mucho por hacer porque no es fácil porque una cosa es lo que se dice en teoría pero lo que se hace es algo

pero puede ser mucho más, sobre todo en promoción y prevención. En asistencia es más a lo que nos forman en la formación académica de grado. Yo Salí de la facultad y la verdad es que nunca creí ni me imagine que existía este trabajo de APS. Salí con la idea de la clínica. Y hay mucho por hacer. Y desde otro lugar, pero no se, como y que, si lo supiera lo haría. Problemáticas sociales, la participación no es fácil de la comunidad, están atravesados por tantas problemáticas, y están como con apatía, yo creo que se suman las historias de vida junto con las políticas que se han ido bajando desde hace años, sobre todo de asistencialismo y eso hace más difícil que se genere compromiso, que no sea una bajada de línea del profesional, sino participación.

también debilidad, tener más formación y supervisión en lo que hace al rol específico del psicólogo en APS. Recién hubo un congreso hace dos años de psicología comunitaria, que antes no había. Ahora se está empezando a ver y escuchar más. Y antes en la carrera no había, solo una materia de salud mental con pasantía en un centro de salud pero muy acotado.

Yo dentro del rol del psicólogo en atención primaria, creo que la realidad termina llevando y terminamos accediendo a lo que es mayor parte de asistencia, esa es la realidad. también es lo que la gente o mayormente hay demanda. Pero también el rol ahí implica visualizar algo más, que se puede hacer, proyectar y trabajar sobre eso.

Hay problemáticas ya instaladas en salud que hay que atender. No se puede dejar de atender alguien que está demandando a partir de una problemática. Y también porque es el modelo de rol que hemos aprendido y que está

instalado en Argentina. Además psicólogo esta instalado que es psicoanalista. La formación académica, no hay mucho mas que eso. La mayor parte es clínica y el imaginario de la gente y del estudiante también. Consultorio e individual. Y también tiene que ver con el lugar porque lo grupal en una ciudad más chica es más complicado.

*Instituciones con las que se relacionan*

Centro complementario – envión – ONG la tribu...

De que manera? Talleres, con el jardín, con charlas acordadas, limites y crianza, enfermedades respiratorias para prevenir, sexualidad para los padres (la sexualidad de sus hijos) Y ahora empezamos a trabajar la problemática de genero pero no desde la violencia en si mismo sino desde las diferencias de genero con los padres y con el equipo de orientación del jardín. Con la escuela especial también, sexualidad.

Con que otras áreas o instituciones crees que seria importante articular?

Articulamos también con salud mental, interconsultas con psiquiatría hasta ahora funciona bastante aceitado.

En situaciones que creo conveniente solicito interconsulta. No me ha pasado situaciones de urgencia, salvo alguna de internación, que llame y avise que va a llegar tal persona.

En los casos en que tienen atención de los dos lados, la mayor parte se inician acá, espontáneamente o derivados por el medico del centro de salud, y se pide interconsulta, entonces tiene tratamiento acá y psiquiátrico allá.

La verdad que no hay trabajo en conjunto entre los profesionales, y la verdad es que a veces es necesaria la comunicación, para decir como uno lo ve, consultar que esta trabajando en esta temática ver como el otro lo ve. Pocas veces a pasado. Generalmente sale desde el psicologo hacia el psiquiatra. En general el psiquiatra se ocupa mas que nada solo de la medicación. Ahí queda. Seria necesaria mas comunicación, para ver la mirada del otro, para ver como trabaja cada uno, que esta viendo, es necesario. Pero con lo informático también serviría.

Hay pacientes que son del barrio y tienen solamente atención psiquiatrica?

Si.... Si. Si, so yo creo que algunos que ni siquiera van allá esta escrito en su historia clínica se maneja directo la receta desde acá, todo lo que es clonazepan, antidepresivos, retiran desde acá y hay un consumo bastante alto. Que han sido recetados una vez por un psiquiatra allá o por algún medico, los médicos recetan bastante sobre todo ansiolíticos. Alguna situación de crisis de angustia, algo para el momento, para poder descansar, hablo con la medica acá y le pido. O puede ser al revés que la medica esta en entrevista, ve que aparece algo y me acerco al consultorio y charlamos un poquito y acordamos un turno. Y también recibo interconsulta de un psiquiatra o de la guardia.

Pero hay mucha gente que toma medicación y sigue con la medicación de por vida, durante años, sobre todo lo que son ansiolíticos, se ve en las hc, y se lo controlan y se repiten y quedan instaladas.

Pero cada tanto hace un control? No, eso queda instalado. Se va como repitiendo, de años yo acá voy viendo que son de años, que alguna vez las

vi o en algunos casos nunca las vi, y veo que vienen acá a retirar la medicación, muchísimas personas. También empezaron a darse derivaciones de médicos especialistas (dermatólogo, traumatólogo) que están viendo alguna situación y me lo derivan. No lo había visto años anteriores. Supongo que deben visualizar algo mas allá de cuestiones corporales y lo derivan.

El paciente viene a sacar un turno con la derivación. Cuando llegan terminan reconociendo que hay algo mas allá del síntoma corporal, pueden dar cuenta de que tuvieron alguna situación. Hay resistencias igual, sobre todo en lo que son las derivaciones de los padres de los colegios, a partir de ciertas conductas de sus hijos. Antes eran mas, había mas esto de que el psicologo iba a resolver todos los problemas de los chicos en la escuela. Y ahí vienen los padres con resistencia.

también las instituciones derivan, comunitarios, jardín escuelas, ONG, enviación.

Interdisciplina: hay intercambio con esos especialistas que derivan?

La verdad que no. La idea es que con la historia clínica en red eso se pueda visualizar, pero no siempre lo cargamos esa es la realidad. A veces me paso y busque y es importante, por ejemplo ver que tuvo dos entradas en guardia.

En la derivación ponen algo general, por ejemplo situación de stress

Posición personal respecto a salud mental en los últimos tiempos

Creo que se valora mas, se ha hecho mas visible y se a puesto mas en la agenda política y lo que hace a... a partir de ahí se ha generado lo otro.

Cuando empecé éramos 3 psicólogos en APS, y hubo un bache de un

montón de años en los que no se sumo ningún otro psicologo, eso habla de que hubo algo que no había sido visto, atendido. Las problemáticas siempre estuvieron, no es que hay mas ahora. Si hay mas demanda hoy es porque hay mas oferta.

Yo creo que se ha visualizado mas, es mas visible y desde la comunidad la gente también. Y la permanencia en los años, cada comunidad ya sabe que tiene su psicologo en el centro de salud. El área de salud también desde lo edilicio y desde los contenidos, es mas visible, antes no había un lugar específico. Es mas visible y la gente lo tiene mas presente.

El otro día un hombre con síntomas panicosos, y la medica me llamo y no hubo ni una resistencia. La idea de acceder a la salud mental o al psicologo no hay resistencia y antes había mas prejuicios. Hoy te dicen, si, a mi me parecía que esto tenia mas que ver con algo emocional... Hoy terminan visualizando que si, que en realidad hay algo mas allá de esos síntomas, que pueden consultar a otra persona mas que el medico. Hay mas apertura. Como que no lo toman como si fuese algo perjudicial, cuando se les propone ir al psicologo.

En el caso de que este atendiendo alguien y creo que debo hacer una interconsulta porque creo que debe tener medicación, lo hablo, lo voy trabajando. Sobre todo es al principio, si veo que hay riesgo para si o para otros. Por ejemplo si hay una ideación suicida, hay un monto tan grande de angustia que ante la decisión terminan accediendo, la persona quiere realmente salir de ese estado o algo que lo alivie. Ahí no es difícil.

En algunos casos si hay resistencia, que me van a empastillar, que después voy a andar hecho un zombie, ese es el mayor lema que escucho, pero cuando se les habla que es medicación mas especifica y que en realidad se les da por ejemplo para que puedan descansar bien, que el psiquiatra sabe y le va a dar la indicación de cómo lo debe tomar y que va a andar bien y en el caso que no ande bien puede llamar y se la cambia, que no es algo que los va a dopar sino que les va a permitir funcionar. Cuando se les explica no hay muchos problemas.

Y a la inversa? Alguien que reconoce que su problema esta vinculado con la salud mental pero plantea que la cura esta vinculada con el psicofármaco que con la palabra?

Si, estos casos que te contaba que sostienen la medicación eternamente. Porque las conozco, que por ahí atendí un hijo... sostienen eso y no hay otra, no demandan. Muchas veces la demanda viene, por eso que te decía de los social, una demanda asistencial de algo y por ahí se terminan abriendo por la TS de la escuela del CC, o acá, y se ve que hay problemáticas de vinculo, personales, y ahí pueden consultar.

Y algunos la cosa es cíclica, empiezan y por ahí se resisten y siguen solo con la medicación que es la que les permite cierta vida de buena calidad pero y pro ahí vuelven al tiempo, por eso o por un hijo...

La ley de salud mental, en relación a estos vínculos entre los distintos profesionales de la salud y dentro de la salud mental, y en relación al panorama de las distintas miradas de los pacientes...

Yo creo que se puede poner en practica. Por ejemplo acá en Tandil, en internación si bien no tenemos un lugar de crónicos. Pero falta esto de poder trabajar entre varios, instituciones y áreas, que haya mayor coordinación. Pero hay recursos para que se pueda hacer y recursos humanos. Por ahí lo que falta es comunicación y articulación. Sobre todo con justicia hay mayor dificultad. No hay acceso. Hay cierto poder ahí que se usa como un lugar del que se demanda pero no se devuelve.

Y el punto de la ley sobre la interdisciplina en salud mental?

Yo creo que ahí como lo veo en Tandil no debería haber problemas. La verdad que no ha habido problemas en la comunicación, por lo menos a nivel de APS en el CAPS. Acá en el CAPS por ejemplo les damos la medicación desde acá, se llevan la que es para la noche día a día. Y eso lo hace el enfermero de acá, lo acordamos con el servicio con el psiquiatra.

En cuanto a la comunidad, en estas comunidades barriales no hay problemas. Quizás haya mas resistencia en zona urbana vaya a saber como lo toman. Depende la comunidad o el lugar si es chico o grande. acá no, incluso son reconocidos en el barrio algunos que tienen debilidad mental y algún trastorno mental también y ya saben que circulan y que andan y que conocen a la mayor parte de la comunidad. No creo que haya resistencia No veo prejuicios de parte de la comunidad en relación a eso. Creo que ha cambiado. No hay discriminación, a veces hay mas discriminación en las escuelas en lo colegios en las instituciones que en la comunidad misma.



### *Concepto personal de salud mental*

Tiene dos aspectos. Con respecto al tratamiento de los trastornos y patologías. Y lo otro es la prevención. Trabajar preventivamente. Otros dispositivos que nada tienen que ver con el consultorio. Creo mas en esto, en lo comunitario. Para hablar de SM se entrecruzan muchos factores.

En tratamiento y la salida de vuelta a la familia. Es muy complejo.

Una persona sana, alguien que esta integrado, física, mental y socialmente.

Y es fundamental el tema de valores. La falta de valores hace que estemos desbordados en cuanto a problemas de salud mental

Lo orgánico y lo psíquico vinculados. Y la relación con el otro es fundamental.

### *Dinámica*

Por la mañana estoy en el hospital, consultorio, interconsulta, sala. Docencia. Y certificados de discapacidad. Supervisiones y admisiones.

Por la tarde hago consultorio privado. Creo que los profesionales de la salud mental debemos estar en todos los ámbitos como promotores de cambio.

Particularmente yo tengo una formación pública. Siempre trabaje en hospital, trabajo mucho con otras profesiones, con psiquiatra y trabajo mucho con la trabajadora social. Estamos todo el tiempo pensando el trabajo sobre el paciente desde cada disciplina. Estamos permanentemente pensando en ese paciente, mas allá de las profesiones, entrevista con familiares etc.,

Es mas cómodo y relajado trabajar en equipo. Y es lo que mas dificulta, en las nuevas camadas recién recibidos, trabajar en equipo. De otra manera, el

trabajo solo la verdad que no podría pensarlo en una institución pública. Incluso el administrativo juega un rol importante. Aun en consultorio privado yo consulto con el médico u otro profesional.

### *Interdisciplina*

Y es importante armar redes para que se facilite el trabajo interdisciplinario.

Para pensar en el tratamiento más allá de las cuatro paredes

Tiene sus trabas el trabajo interdisciplinario. Hoy por hoy lo que más nos dificulta es el trabajo con los enfermeros. Miradas diferentes, formas diferentes, formaciones diferentes. No nos podemos pensar en equipo. Con el resto de los profesionales sí, no lo podemos pensar con los enfermeros.

Con los médicos siempre pasa eso, bueno ahora con la nueva ley eso empezaría a cambiar, pero sino con los médicos pasa eso de que ellos tienen siempre la última palabra. Con médicos de otras especialidades y con los psiquiatras también. Por eso me parece importante que trabajemos conjuntamente los pacientes tanto de internación como externos.

En general nunca el psicólogo va a tomar una decisión sin consultar con el psiquiatra, pero el psiquiatra toma las decisiones sin consultar con el psicólogo. Los psicólogos siempre supervisamos acá, los psiquiatras no. Eso dice mucho. Estoy también trabajando en las guardias. Y es importantísimo. Y lo hacemos un psicólogo y un trabajador social. Y no hay ningún psiquiatra. Los fines de semana los psiquiatras no trabajan, ni siquiera por teléfono. Y tomamos nosotros las decisiones. Y por ahí después hay cuestionamientos respecto a las decisiones. Pero bueno, ahí nos plantamos.

Pero viene cambiando. Hoy por hoy el director es psicólogo, es un gran avance en cuanto al imaginario sobre quien debe tomar decisiones en salud mental. Por ejemplo el hospital de día lo coordina un enfermero. Es todo un cambio. Me parece que se está dando un cambio de paradigma en cuanto a la salud mental. Lo veo bien.

### *Ley*

De hecho se va implementando. Por lo pronto hay un parate, un tope respecto a ciertas decisiones que se daban totalmente autoritarias con el paciente. Hay una ley ahora que ampara y entra en el imaginario de todos. Y esto de que el psicólogo puede decidir con internaciones, cambia totalmente el paradigma. Si bien hay cuestiones que aun hay que trabajar, como las internaciones como algo compulsivo, lo legal, respecto al miedo de que estas encerrando a un sujeto, y lo que es un conocimiento más profundo de lo que es un psicótico. Yo entiendo esto de la reinserción social y todo eso pero la verdad es que hay pacientes que no pueden estar sin internarse. Tiene que estar internado. Pero yo creo que es otra mirada, que ayuda a que haya más trabajo interdisciplinario.

Nosotros no tenemos crónicos pero igual sirve. Acá muchas veces quedan los pacientes más días internados acá porque no hay un afuera organizado. Pero viene bajando. Esto de hacer reuniones con los familiares, es importante. El hacerse cargo del paciente. Antes era tema nuestro, no de los familiares. Y ahora trabajando con los familiares cambia. Y el trabajo de la

trabajadora social facilita mucho esto de las redes de la reinserción del paciente. Creo que desde ese punto también la ley viene circulando a nivel de la comunidad.

En cuanto a los familiares los objetivos son que se hagan cargo del enfermo. Que se naturalice un poco mas la enfermedad.

El objetivo es este, y que también puedan encontrarse con otro familiar y ver que no es el problema solo de su familiar sino también hay otros que padecen y que puedan sentirse contenidos.

Creo igual que ese dispositivo hay que afinarlo un poco mas.

Pero también es importante para conocer a esos familiares. Ver cuales son las redes y dispositivos con los que contamos para pensar en la reinserción.

Y también sirve para que queden develadas ciertas cuestiones que quedan ocultas. Familiares que a veces no son los mas cercanos.

## <sup>2</sup> Entrevista N° 4

### *Concepto de salud mental*

Desde el modelo que trabajamos que es el de la atención primaria de la salud, la salud mental es un aspecto de un concepto más amplio que es la salud, junto con la salud física y la salud social, así que se refiere a eso a un aspecto de la salud.

### *Descripción del área de trabajo*

Acá somos un equipo que esta integrado por una medica, un trabajador social, una enfermera, un odontólogo, una administrativa y psicólogo. El equipo fue cambiando, hasta hace poco había dos enfermeras, hace mucho tiempo atrás había dos trabajadoras sociales, originariamente empezamos... acá la mayoría somos de provincia en este centro de salud, la enfermera y la administrativa que son municipales. Nosotros entramos por un programa... que se llamaba... hacia atención ambulatoria y domiciliaria de la salud, era un programa que tenia una zona delimitada fija, una zona geográfica que atendía entre 40-50 familias, y originalmente en este centro de salud había dos equipos, uno de una calle para un lado y el otro de la calle para el otro lado. Entonces había dos médicos, dos trabajadoras sociales, dos enfermeras, y la odontóloga y el psicólogo estábamos compartidos en los dos equipos. Por distintas razones, políticas principalmente, el proyecto original se fue cambiando, el programa que era de provincia no se extendió mas entonces con el tiempo lo que era la zona original se fue ampliando tanto que ahora somos un solo equipo y atendemos las dos zonas de los dos equipos originales y además que la zona geográfica se amplio. Lo que implica una serie de cambios con respecto al programa original, antes como se privilegiaba la atención domiciliaria, era parte del programa, el tiempo de la atención estaba delimitado para que quedara tiempo para esas visitas. Esas visitas implicaban mas acciones concretas para prevenir, porque ahora cuando vienen, ya vienen con algún problema. Al ampliarse la zona geográfica, y al priorizarse que una zona mas amplia estuviera cubierta, se

cambio este perfil y de alguna manera eso privilegia la atención, es mas del doble de la población original, con lo cual necesariamente hay que dedicarle mas tiempo a la atención, y otra porque de alguna manera la parte que no tiene que quedar descuidada, que el paciente que consulta tenga turno, que consiga... antes había un lugar delimitado para eso y había gente que no podía atenderse y además... había gente que quedaba fuera del área programática y había que rechazarla.

De eso hace más de 20 años. Ahora no se decirte de cuanta población estamos hablando, antes era una zona mas pequeña porque teníamos un grupo determinado de familias, y ahora en esa zona vive mas gente.

#### *Relación con otras instituciones*

Te comento lo de las instituciones, por ejemplo instituciones educativas hay de todos los niveles acá en el barrio, menos terciario universitario que si consideramos un poco mas amplia el barrio también lo incluye, el jardín de infantes acá a una cuadra, hay una escuela primaria la 47 acá a 5 cuadras, dos escuelas secundarias en el edificio de Villa Alduncin, que es Escuela Media a la mañana, y Escuela Técnica a la tarde, en la 47 hay secundaria básica, y si salimos un poco de esta zona, entramos a San Cayetano, sigue perteneciendo al gran Villa Aguirre pero desde el punto de vista de la población que atiende mas directamente cada centro, pertenece a San Cayetano, hay una escuela especial, van chicos que viven en esta zona que van a esa escuela.

(Ustedes trabajan de manera relacionada con estas instituciones, como es la comunicación?)

Si, mas que nada con los pacientes, yo atiendo un par de chicos que van a la escuela técnica que esta acá cerca, ahora no me acuerdo de los domicilios, pero seguramente viven en nuestra zona y para conversar justamente de uno e esos pacientes me llamo la trabajadora social que a su vez había echo contacto para conseguir el turno, porque por razones de trabajo... directamente nos ponemos en contacto entre las instituciones y aparte de la política de turno, tratamos de resolver alguna cuestión y también tenemos contacto por la implementación de otros programas, que son mas de carácter preventivo. Nosotros hacemos también prevención en la asistencia, por ejemplo es una mirada distinta a la que se hace en otro contexto, nuestro eje es la prevención, si yo por ejemplo atiendo a la madre de un paciente, que viene con un bebito que es el hermano del paciente y veo que hay algo en la modalidad de vinculación de esa madre con el bebe, le hago un señalamiento igual aunque el bebe no sea el paciente, como una manera de anticipar algún posible de problema, eso se hace mucho en todos los aspectos de la salud que abarcamos.

Se implementan varios programas, algunos son provinciales, algunos nacionales, algunos tienen alguna bajada municipal particular, por ejemplo en las escuelas con lo que tiene que ver con educación sexual, programas de salud sexual y reproductiva, y otras actividades.

En las escuelas, además de atender chicos que derivan, implementamos acciones de esas, talleres, charlas con los docentes o con los chicos, en el

caso de la salud física y controles físicos periódicos, u odontológicos también, o hemos trabajado también con chicos que están terminando la primaria, acerca de los proyectos de vida, tratando de orientarlos de tomar decisiones con respecto al futuro inmediato, que sean que tengan que ver con su proyecto de vida, que tenga mas sentido para ellos.

### *Descripción de un día de trabajo*

Depende de si es un día en donde se hace alguno de esto programas o no, sino por ejemplo un día común que solo haya asistencia, como hoy por ejemplo en mi caso, tenemos distintas tareas, los miércoles por ejemplo suele haber mesa barrial, que generalmente es la trabajadora social la que va como representante del centro, no siempre pero... la mesa barrial es un ámbito donde nos reunimos todas las instituciones del barrio para tratar de resolver las problemáticas que tienen que ver con el barrio, funcionando como un nexo, los que tienen que ver con ese problema, las instituciones particulares que tienen que ver con esas problemáticas, las instituciones del Estado, que de alguna manera pueden dar una respuesta sobre esa problemática, como una instancia intermedia. Lo que ha implicado por ejemplo contactos con distintos funcionarios del gobierno municipal, o de la justicia, de alguna manera pone en contacto algo mas concreto, de gente que por sus propias características o su propias limitaciones, no tiene posibilidad de ser escuchados o la posibilidad de hace un reclamo, o de ser atendidos.



En mi caso, hoy tengo una lista grande de pacientes para atender, desde la mañana hasta la tarde. En este momento los que están en tratamiento, en total, deben ser entre 50 y 60.

Llegan por derivaciones, por demanda espontánea, como te comentaba, este equipo esta hace 24 años que estamos, ya es conocido, de hecho me ha tocado atender a hijos de padres que fueron pacientes, o sea que es un servicio muy conocido desde hace mucho. Incluso me toca atender gente fuera de la zona porque por mucho tiempo, en los centros de salud había solo 3 psicólogos, estábamos distribuidos como un triangulo, uno en tunitas, uno en el barrio metalúrgico y otro acá, entonces al no haber cobertura psicológica en todos los centros, venia gente de otra zona, desde hae unos años se ha ampliado bastante la atención en salud mental en los centros de salud y en el hospital mismo, así que eso permite trabajar con la gente de la zona pero por ahí quedan algunos pacientes que han sido de antes que siguen buscando venir acá por un reconocimiento, que si hay turnos disponibles se les da la posibilidad y sino se deriva para la atención en su centro mas cercano.

Las instituciones escolares derivan muchos pacientes, cerca de la mitad de los pacientes que yo atiendo son chicos, adolescentes, derivados generalmente por las escuelas porque es como un ámbito privilegiado si se puede usar el termino, donde los chicos expresan sus problemas, lo que hace que de alguna manera las familias se sientan orientadas a consultar u obligadas a consultar, ya que muchas veces es impuesto para solucionar problemas que de otro modo no se van a poder solucionar. Porque también

condiciona la forma de trabajo y la forma de intervenir el caso, porque los tratamientos obligados no son fáciles de llevar, que no se sostienen mucho en el tiempo porque donde se termina la imposición de la escuela, por ejemplo el diciembre cuando terminan las clases, desciende el número de pacientes, no solo porque hay menos derivaciones, si no que muchos de los que están viniendo en ese contexto de imposición, dejan de venir, se cortan las consultas, y reaparecen unos meses después cuando empiezan las clases y vuelve a ser problemática la situación.

*Tipo de abordajes que se llevan a cabo*

En mi caso no hago grupal, salvo las actividades que proponemos como equipo pero que no son tratamiento psicológicos, son talleres, trabajamos con un tema particular, pero yo no tengo formación en grupo así que no... nos habían prometido pero no vino nunca y yo no he buscado por mi propia cuenta capacitarme en grupos, si me he formado en psicoterapias breves, psicoterapias que tienen más que ver con este contexto y la atención psicológica en instituciones, como para que de alguna manera el servicio este lo más disponible que se pueda para que consulte la mayor cantidad de gente posible.

En mi parte son pacientes individuales, la mitad de las consultas son de chicos adolescentes entonces siempre hay una primera entrevista con alguno de los dos padres, y después hay una entrevista de devolución con los dos padres si se puede, y periódicamente entrevistas con esos padres para hacer un seguimiento del tratamiento y de la evolución.

### *Problemáticas recurrentes*

En el caso de los chicos son principalmente los problemas de conducta y en algunos casos problemas de aprendizaje, estoy viendo 2 o 3 chicos que tienen problemas de aprendizaje, y principalmente problemas de conducta, chicos con serios problemas de conducta, que de alguna manera por la gravedad de los problemas puede ser aceptable en las escuelas, por ejemplo vino un chico que sería un púber, que en la escuela Técnica casi tiene un accidente con una maquina, por jugar, con una sierra eléctrica de esas de trabajos de carpintería, y como eso, ese riesgo de tener ese accidente hubo muchos otros episodios, aunque ningún en si fue grave pero que hacen que la escuela lo piense como un chico en riesgo de tener un accidente grave, así que bueno, lo derivan a tratamiento en horario de cursada, hace el tratamiento, y de alguna manera cuando vuelva al régimen de cursada completa, tendrá otro tipo de conductas menos riesgosas. Chicos que pegan a sus compañeros, chicos que son definidos por la gente común o las docentes como hiperactivos, que la mayoría no son hiperactivos como uno podría diagnosticar, pero si son chicos inquietos dentro de la escuela, en ese contextos son conductas molestas, que tiene consecuencias para los demás porque altera el trabajo del día a día, y también para si mismos porque es una oportunidad de aprendizaje. Y en el caso de los adultos, son temas bastante variados, muchas veces cuestiones de pareja, trastornos del estado de animo, depresivos, trastornos de ansiedad, fobias, algunos ataques de pánico, principalmente esos son los motivos de consulta frecuente. Y converso mucho con los adultos como padres, tenemos una alta

estadística en orientación familiar. No tomamos pacientes relacionados entre si pero hacemos orientaciones con respecto a alguna cuestión, que uno a veces como los padres están manejando una situación con un hijo, presupone que problemas pueden haber en poco tiempo con otro, y se trabaja sobre eso, no solo con el paciente sino también con los otros.

*Relaciones que considera necesarias*

No tenemos problemas en ese sentido, dentro de la mesa barrial tenemos contacto con las instituciones del barrio, con este dispositivo... tenemos bastante fluidez con el centro de salud mental que es una institución de referencia importante, en alguna época si hemos tenido poca conexión, que eso tiene su historia que no viene a cuenta ahora, incluso los psicólogos que estamos ahora, los 3 que estábamos en los centros de salud, también estábamos atendiendo como prestados allá. Pero bueno, cuestiones que han tenido que ver con distintas gestiones, a nivel del municipio y del servicio de salud mental, hicieron que hubiera una instancia importante con una conexión entre los dos niveles, entre los centros de atención primaria de la salud, debemos de trabajar de una forma articulada con el segundo nivel de atención que de alguna manera tienen que estar los especialistas para atender los problemas, las patologías, cuya complejidad o dificultad no puede ser atendida en el primer nivel. Y eso no siempre funcionó así, incluso en una época funcionábamos al revés, el modelo de abordaje en el Centro de Salud Mental era de un numero muy acotado de sesiones, entonces los pacientes mas graves cumplían ese ciclo de atención allá, entonces

quedaban fuera del sistema de atención y venían a los barrios que no ponían esos límites, terminábamos funcionando al revés. Este tema es difícil de entender para la gente que no está en atención primaria porque, incluso para la gente de salud mental que no está en atención primaria, no me refiero a la gestión actual, pero.... Porque, digamos desde la medicina tradicional, pensando en estos niveles de jerarquización de la atención, se ha pensado, me acuerdo en el foro de salud mental cuando existía, que la salud tenía que ser como una manera de acercar los servicios como es el centro de salud mental, a la población, y no como parte de un sistema de atención diferente, atención primaria pertenecemos a un sistema de atención diferente, donde dentro de la temática que nos ocupa con la gente, tiene que ser más la salud, no la enfermedad, desde una perspectiva hospitalaria de segundo nivel siempre se piensa en función de la enfermedad, y de la consulta por la enfermedad. Entonces nuestra función no es como ser agentes descentralizados de salud mental como para evitar... sino atender pacientes que tengan problemas y generar... para que de alguna manera la gente no se enferme, es como más amplio. Hemos tenido peleas por ese tema también porque no hace mucho a los psicólogos de los centros de salud, que pertenecíamos a la Dirección de Atención Primaria, nos pasaron a depender de la Dirección de Salud Mental, y como te decía piensa nuestra intervención como una descentralización, como un criterio....

(Se sigue manteniendo esta idea?) no porque lo planteamos frecuentemente nosotros pero... de hecho, nosotros tenemos reuniones con el director de salud mental pero no tenemos reuniones dentro de atención primaria, por

ejemplo. Por distintas razones, algunas hemos tenido con el director de atención primaria, pero no frecuentemente, en todas nuestras reuniones, tenemos quincenales, los psicólogos de todos los centros, que eso también ha ido cambiando, ese era un espacio que hemos tratado de mantenerlo los psicólogos, desde que éramos 3, y por mucho tiempo lo manejamos nosotros mismos, ese espacio lo utilizamos para hacer un trabajo de supervisión compartida, ya que el sistema público no nos brinda supervisión directamente, bueno ahora salud mental, por ahí hay algunos... de supervisión, pero lo hacíamos entre nosotros, cada uno llevaba sus casos que tenía algún preocupación a ese encuentro, y opinábamos. Intenta hacerse ahora pero somos muchos más y tenemos mucho menos tiempo. Hoy en día tenemos solo una hora, de reunión entre nosotros, lo destinamos el jueves a la mañana a encontrarnos con el Director de Salud Mental. También es medio oportuno porque nos permite articular mejor con el segundo nivel que por mucho tiempo era una falencia. Hay pacientes que están en tercer nivel psiquiátrico, que están internados en salud mental y que puedan tener fluidez en esa articulación.... Bueno eso es algo que esta en curso y va teniendo cambios de acuerdo a las autoridades. Las autoridades duran poco y la salud en los barrios y las problemáticas de los barrios en general es un tema políticamente siempre inquietante, o movilizante para las autoridades o la política y no suelen durar mucho las autoridades que tienen a cargo estas áreas. Nosotros en 24 años debemos haber tenido 20 autoridades...

(En eso han seguido la misma línea de trabajo?) No... los últimos años estuvo Lunghi, se mantiene gran parte del equipo pero hubo cambios, si.

Comparando con otros barrios, con colegas de otros barrios, por el hecho de que acá el Centro Comunitario no este al lado del Centro de Salud, esta como a 4 o 5 cuadras, hace que haya un poco menos de fluidez en el contacto, igual contacto hay, pero no el mismo que se produce en las asambleas, que están en el mismo edificio, que la trabajadora social y... el contacto es mucho mayor porque... acá no pertenecemos ni a la misma dirección municipal ni estamos juntos geográficamente, pero a pesar de eso hay bastante comunicación y fluidez a través de las trabajadoras sociales.

#### *Objetivos del servicio*

La salud de la población.

#### *Fortalezas y debilidades*

Una fortaleza por ejemplo es el hecho de que como te decía antes, la mayor parte de los que estamos acá pertenecíamos a ese equipo original y tenemos la misma dependencia administrativa, somos la mayoría de provincia, con lo cual tenemos una historia compartida y una formación en común, nosotros antes de empezar a trabajar tuvimos una instancia de capacitación previa, con lo cual nos empapamos de alguna manera con lo que eran la filosofía del plan, todos juntos y al mismo tiempo, eso es una fortaleza, cuando hay mucha rotación de personal en los centros, eso genera la necesidad de que haya un tiempo de adaptación, de conocimiento mutuo,

de conocimiento de lo que el otro sabe, como piensa, como trabaja, como entiende el tema de la salud, de la atención primaria... y por ejemplo a mí me paso no hace mucho en la gestión anterior de Luciano, me mandaron a atender dos días a otro Centro de Salud, a pesar de que no estaba de acuerdo. Y bueno, eso demanda todo un tiempo de acostumbramiento, de espacio, que haya espacio disponible... eran 2 días a la semana, de 5 días que vengo acá, eran 2 para allá. Algo parecido le paso a la odontóloga con lo cual parte del equipo... protestaron, sentimos que se atacó una fortaleza nuestra. Y a veces también pasa por cuestiones circunstanciales, por ejemplo en periodos de vacaciones la medica tiene que ir a atender a otros Centros de Salud, o ha habido situaciones en las que la trabajadora social ha ido también a otros lados. Esa seria la fortaleza. Y en cuanto a debilidades, en este momento no se me ocurren, pero por ejemplo como te decía el hecho que no había comunicación fluida generaba... y los pacientes están en una situación de riesgo digamos, por no poder articular bien, el hecho de que la población que atendemos sea mucho mayor a la población que atendíamos original, también genera que mucho del trabajo se dedique a la atención, las horas de trabajo se destinan mas a la atención, y esto nos resta tiempo para el resto de las actividades que tienen que ver con la promoción de la salud, la prevención, nos dedicamos mas a la asistencia, corremos ese riesgo de funcionar como un nivel que pone mas atención en la enfermedad que en la salud. Otra tiene que ver con lo que te decía, con tantos cambios de jefatura generan diferentes expectativas, el tiempo de acomodación, siempre preguntan las necesidades que tenemos, eso se



repite y no tiene mucho sentido porque nunca tenemos una respuesta, por lo tanto, ya estamos acostumbrados, te digo que tenemos una lista... eso genera... el primer tiempo que se necesita de adaptación y ver que pasa, donde se pone el acento y se pueden generar cambios en esto de lo que era una fortaleza se convierte en una debilidad. Otra que podríamos decir, en mi caso particular tiene que ver con... o de todo el equipo en general, tiene que ver con la capacitación, a nosotros se nos prometió la capacitación permanente en el programa original, todas las semanas teníamos una jornada de capacitación, medio día por semana destinado a la capacitación, y eso no se cumplió mas que al principio justamente, no es que no haya capacitación, pero no en esa medida, no continua ni con esa importancia. Y además porque la capacitación tenía que ver con la filosofía del programa, entonces de alguna manera era una religión permanente del seguimiento del programa, es un sistema, la capacitación que depende del funcionario de turno, y bueno, se le daba otro valor en ese momento.

#### *Valoración de la salud mental en la actualidad*

Bueno, bastante mas que antes, la salud mental siempre fue muy poco considerada, por varias razones. Los pacientes de salud mental no suelen ser pacientes que vayan a reclamar por mejoras en la atención, no están definiéndose públicamente como pacientes de salud mental, han habido algunas experiencias en que si, por ejemplo se movilizó a pacientes y a familiares a reclamar, pero bueno... también en estos últimos años, como te decía, hay mas integración de la salud mental, porque por ejemplo, al

nombrarse mas psicólogos en los centros de salud, evidentemente se le esta dando mas valor, salud mental fue por mucho tiempo solamente una placa de madera que estaba en la puerta porque no se había creado el Centro de Salud Mental, había un edificio con una placa que decía Salud Mental pero en la practica seguía siendo una sala que pertenecía a un servicio del hospital. Ahora por ejemplo, la situación de los psicólogos en los Centros de Salud, es una fortaleza la aceptación nuestra en este centro, porque muchos de los psicólogos, administrativamente, están de una forma bastante precaria, y hay psicólogos que están dependiendo de programas nacionales, otros que están por contrato o cargo municipal, hay uno o dos en los centros que pertenecemos a provincia directamente, y esta bastante variado y la mayoría bastante precario, sin estabilidad, por ejemplo en este momento hay 2 psicólogas que se van, justamente porque consiguieron otra cosa en donde ganan mas. El servicio también genera cierto movimiento.

#### *Visión futura de la salud mental*

(Risas) futurología! Desde el punto de vista de cómo marcha el mundo en general, complicado, y desde el punto de vista de los servicios probablemente haya mas servicios posibles y mejor atención, se esta prestando mas atención en ese sentido, pero también en el mundo...

(Van creciendo los dos juntos).

### *Ley de salud mental*

Es un tema complicado, pero en nuestro caso, en la atención en los Centros de Salud, nunca ha sido muy problemática esta cuestión porque la mayoría de los pacientes que atendemos son pacientes que no están en condiciones de privación de alguno de sus derechos, están en situación, en general, de internación, en ninguna situación que esta Ley intenta modificar el paradigma y como pensar la salud mental de esos pacientes, y además por nuestra filosofía de trabajo, se trata de que de alguna manera el paciente se inserte, en lo comunitario, que de alguna manera se mantenga lo mas saludable posible, en ese sentido, nuestro trabajo no ha sido muy diferente a lo que propone la Ley, hay algunos pacientes, nosotros como entendemos las patologías, hay algunos pacientes que son de segundo nivel, cuya patología y su complejidad requiere de una atención especial, por ejemplo en este caso era un tratamiento psiquiátrico, de poder en el barrio gestionarle la posibilidad de un trabajo o de que pueda hacer algo, venia a cortar el pasto por ejemplo, una actividad parecida a su trabajo, en otro lugar, en un momento de que por como estaba su salud no podía conseguir trabajo común digamos, de alguna manera no encerrarlo en su casa, ni internarlo o enterrarlo, ni encerrarlo en su casa, ni perdiendo el contacto cotidiano.

## 2 Entrevista N° 5

### *Concepto personal de salud mental*

A mi criterio, no teórico digamos, si me baso por la OMS es un bienestar básicamente, cuando hablamos de salud en la OMS hablamos de un bienestar bio psíquico y social, yo creo que eso también se puede aplicar a salud mental, que no es solamente un equilibrio por decirlo de algún modo emocional, me parece que tiene que ver también con la parte física y social, incluye todo. Dándole por ahí mas peso a la cuestión emocional y si, pero creo que es un bienestar general. Podemos tener, lo voy a llevar a un extremo, un cáncer que para algunos es bien biológico, y para mi también ese cáncer afecta a la salud mental, y hacia la salud mental, y los problemas sociales ni hablar.

### *Descripción del área de trabajo*

Trabajo en el Hospital de Niños, en la parte de consultorios externos, en donde se atienden niños hasta un día antes de cumplir los 16 años. En mi caso particular, por mi marco teórico y por como trabajo, trabajo mucho también con los papas, no trabajo solo con los niños, trabajo mas interdisciplinariamente eso quiere decir que si necesitamos trabajadores sociales, acudimos a ellos, si necesitamos un medico trabajamos en conjunto con el medico, mucho con psicopedagogía y psiquiatría en algunos casos, pero en el área dentro del hospital es esa, después yo tengo mi consultorio privado en donde trabajo con familias mas que nada.

### *Descripción de un día de trabajo*

Un día típico de trabajo... en realidad tenemos dos días típicos por decirlo de algún modo, un día que es solamente consultorio en donde uno viene atiende a sus pacientes, hace las consultas pertinentes con quien tiene que hacerlo, digo si tienes un paciente que te viene con una causa social, pobreza extrema, violencia, alguna causa judicial, nos reunimos en este caso con la trabajadora social, a veces nos reunimos con las escuelas, eso depende mucho de los pacientes, pero el día del consultorio es eso, venir, atender y retirarse. Tienes el día en que tenemos las reuniones de equipo, una vez por semana hacemos las reuniones de equipo, ese día es donde nos encontramos todo el grupo, no somos un grupo formado pero si tenemos psicólogas en distintas áreas, profesionales en interconsultas, profesionales en sala de juego, orientación a padres, atención y admisión. El día que hacemos reunión de equipo, que es una vez por semana nos juntamos todos, intercambiamos ideas, hacemos a veces supervisiones, a veces son mini supervisiones.

El paciente cuando llega al hospital tiene que hacer una entrevista de admisión, para hacer la entrevista de admisión tiene que ser derivado de un pediatra de acá del hospital, por ahí los deriva la escuela, y el pediatra los deriva o cuando los conocemos van directamente a la entrevista de admisión, ahí se evalúa bien si es para tratamiento psicológico, si es para orientación a padres, si hay que hacer alguna derivación a cualquiera de las áreas. Si es para tratamiento psicológico y hay turno, se le da el turno

directamente, o se le dice que la psicóloga que le va a dar el turno lo va a llamar, si no lamentablemente queda en lista de espera, que en este momento es de 2 meses aproximadamente. Y cuando son pacientes que están internados y el equipo de internación observa que necesita un tratamiento o los padres necesitan una orientación, no se hace entrevista de admisión, en esa reunión de equipo se traen esos casos y se da directamente un turno o lo que necesiten.

#### *Áreas con las que articula*

En realidad se trata de trabajar mucho en red, se trata mucho en lo posible trabajar con los Centros de Salud, cuando el domicilio tiene algún Centro de Salud cercano, se trabaja mucho con eso, la dificultad con la que nos encontramos ahí es que no hay psicólogos de niños en casi ningún centro, en muy pocos centros hay psicólogos de niños, con lo cual los niños generalmente vienen acá, pero si se necesita, si lo que observamos es que lo que se necesita no es un tratamiento para el niño pero si una orientación a padres, o vemos que es otro espacio, por ahí necesitan tratamiento, nos comunicamos con los Centros de Salud para que reciban el tratamiento. Y se trabaja mucho eso con todas las orientaciones del hospital en general, neurólogo, pediatra, psiquiatra, dermatólogo, nutricionista... con la nutricionista se trabaja bastante también. Los miércoles en el hospital funciona el equipo, están las profesionales haciendo ginecología infanto juvenil, esta la ginecóloga, la pediatra y una trabajadora social, cuando llegan casos de abusos se trabaja también con ellas, en realidad con todas

las especialidades, tenemos buena comunicación entre todos y se trabaja mucho en eso.

Fuera del hospital, todo lo que es el Juzgado, el Servicio Local, el Servicio Zonal, Comisaría de la Mujer, ahora todas las denuncias se hacen en Comisaría de la Mujer, y ellos derivan a lo que correspondan, si corresponde al Juzgado, al Servicio Local, o si corresponde al Servicio Zonal, mucho con las escuelas, se trabaja mucho con las escuelas, escuela domiciliaria...

Las escuelas derivan mucho a tratamiento psicológico, y muchas veces hacemos reuniones para hacer muchas intervenciones, se piden informes entonces mas de una vez mandan un informe escrito pero también piden una reunión, que por ahí es mas fácil comunicarse, o uno puede tratar un montón de situaciones que en un papel no puede hacer, desde ese lado se trabaja con las escuelas y con los gabinetes. Y con escuela domiciliaria, cuando llega el caso, por ahí es mas normal reunirte porque tenes para poner criterios comunes para ver si a el chico le dan un certificado para domiciliaria o lo derivamos a una escuela común, depende el proceso, hay chicos que por ahí están en domiciliaria porque se quebró una pierna y ahí no tenemos mucho que ver nosotros. Pero por ahí con ciertas patologías, o integraciones, si se trabaja bastante.

#### *Áreas e instituciones con las que considera necesario relacionarse*

En realidad hemos logrado vincularnos bastante, si esa pregunta me la hacías 2 años atrás te diría que el Servicio Local y el Servicio Zonal eran un área que digamos, nos costaba mas el vinculo, hoy por hoy hemos logrado

tener un vínculo, tenemos los teléfonos de todos, nos llamamos por teléfono...

Lo que por ahí falta en Tandil, no es un área, es una especialización, nos faltan psiquiatra infanto juvenil, en Tandil tenemos solamente 3 psiquiatras infanto juveniles y la población creció bastante y la demanda también, y a veces si nos encontramos con que falta.

En el hospital hay una psiquiatra contratada externa, la cual se la llama cuando se la necesita y hay una psiquiatra... como lo digo... que esta trabajando con nosotros, depende de las condiciones laborales que se le ofrezcan si va a seguir o no. Pero esta trabajando hace más de un año. Esta haciendo evaluaciones y esta haciendo tratamientos, con mucho trabajo, con lo cual, por más que ella este todos los días acá, no alcanza. No, porque últimamente se esta viendo mucho autolesión, mucho intoxicación, alcohólica o medicamentosa, y ahí si o si necesitas la consulta con un psiquiatra.

#### *Problemáticas mas frecuentes*

Hay mucha violencia, violencia familiar sobre todo. Y se esta viendo bastante abuso sexual infantil. Eso básicamente. Esto lo atendemos en equipo, es imposible atenderlo de otra manera. Por ejemplo en un caso de abuso le das el espacio ala victima, pero necesitas un espacio que contenga a los papas... necesitas la parte judicial porque tenes que hacer denuncias, porque exige tener el tiempo para hacer informes, porque exige que si te llaman tenes que ir y te comprometas con el caso tenes que ir a declarar, se



trabaja mucho con trabajo social, sobre todo cuando son judicializados los casos para que trabajo social vaya informando como va toda la parte judicial, que paso, que no paso, si se decidio por ejemplo la restricci3n del abusador, y bueno, que nos informe mas all3 de lo que por ah3 est3n diciendo, porque muchas veces por miedo por ejemplo no te dicen que no se cumple la restricci3n entonces...

Nosotros tenemos que hacer la denuncia. La Ley te exige que tenes que hacer la denuncia cuando vos sospechas que hay abuso o maltrato o que hay un menor en riesgo. Vos tenes que hacer la denuncia, generalmente uno cita a los padres en un caso as3, un ejemplo, sospechas que le est3n pegando a un menor o el menor te lo cuenta, o tenes indicadores de violencia, lo que fuere. Vos citas a los papas, hablas con los papas, corroboras o no la historia, pero tambi3n pones al tanto porque puede pasar que sea un padre que este maltratando y la madre no lo sepa, o por ah3 no sabe que hacer, no sabe como seguir adelante, como modificar la situaci3n, con lo cual autom3ticamente haces el contacto con trabajo social para que la orienten a esa mama como seguir. Si los padres no hacen denuncia, vos tenes que hacer la denuncia porque es un menor que esta en riesgo. Y el secreto profesional lo violas a medias en realidad, por un lado la Ley te esta exigiendo que vos hagas la denuncia pero adem3s cuando vos la haces no le vas a contar todo lo que hablaste, denuncias que hay un menor en riesgo porque en la entrevista, o porque tenes indicadores, esto surgi3. Despu3s la Justicia va a investigar que pasa, vos no le vas a contar absolutamente todo.

### *Tipo de abordaje*

Yo trabajo de forma sistémica, citando a los padres. En el hospital tenemos que hacer terapia individual, no hay muchas mas opciones, lo que es terapia adultos se hace en el Hospital Ramón Santamarina, acá son los niños, que no quiere decir no citar a los padres, que no quiere decir hacer entrevistas a familiares, las hacemos, por lo menos yo, pero el paciente siempre es el niño, por eso se dividió y se creo la parte de orientación a padres. En este momento hay dos profesionales haciendo orientación a padres. Es individual, con los padres. Se pensó en algún momento hacer terapia de grupo pero la realidad es que no es tan sencillo, tenes que saber bien los criterios de cómo y porque vas a unir determinada gente en un grupo, las edades, tenes que tener un profesional que sepa hacer terapia de grupo que no hay mucha gente que sepa.

### *Áreas*

- Consultorios externos (4 psicólogas)
- Orientación a padres (2 psicólogas que además hacen las admisiones)
- Sala de juegos: surgió de un proyecto que presentaron dos profesionales en donde van a jugar con los nenes internados, obviamente desde una mirada psicológica, son dos psicólogas. Por ahí las intervenciones no son... no es un tratamiento, no es una hora de juego diagnostica, están todas las mañanas de lunes a viernes. Es durante la internación, y ahí también se observa si hay la necesidad o no de un tratamiento. (2 psicólogas)
- Consultas en internación e interconsultas (2 psicólogas)

-Consultas psiquiátricas (1 psiquiatra)

En este momento hay concurrencia (2) que van rotando, están un tiempo en niños, un tiempo en salud mental, en centros de día y en los Caps.

### *Fortalezas y debilidades*

La fortaleza es que sabemos trabajar en grupo. Yo estoy acá desde noviembre del 2009. Y ha cambiado mucho para bien en un montón de aspectos. Nosotras cuando empezamos éramos 4 psicólogas solas, no teníamos un coordinador, no teníamos un jefe, veníamos, nosotras atendíamos e implementamos nosotras el tema de la reunión de equipo para poder hacer algún intercambio de lo que estaba pasando pero era eso. Hoy tenemos psiquiatra, gente que hace interconsulta, tenemos gente que nos orienta, hoy hay muchos más en la organización, somos un grupo que... si se puede decir como debilidad, que haría falta algún profesional más para atención sobre todo, porque en interconsulta las personas que están, están bien, en sala de juegos también, y en atención haría falta.

Debilidad, por ser políticamente correcta... es un trabajo que uno hace por amor al arte, es un trabajo en donde vos no tenes un salario digno, no tenemos un contrato digno de trabajo, uno viene por menos de lo mínimo ético, viene porque le gusta el trabajo ético en el hospital, viene por vocación, por solidaridad, por lo que sea, no venís por un salario, y eso dificulta a veces el trabajo porque dificulta la continuidad de la gente. Yo desde noviembre del 2009 a esta parte vi que se fueran por ellas, no por un problema de compañerismo, sino porque uno dice "hasta acá llegue", 4

personas. Y siempre con esta sensación de que “si consigo algo que me ayude a vivir mejor, me voy”. Hay una cuestión económica, y una cuestión de que uno se siente... esto paso históricamente en salud mental, bastante... como con bastante falta de respeto. Si vos observas el cartel de entrada están todos los médicos menos psicología. Cuando abrió el hospital no había psicólogos y los psicólogos aparecieron como un año después entonces... y el cartel ya estaba hecho. Mucha gente no sabe que hay psicología en el hospital. Es histórico, salud mental en sus comienzos estaba siempre al lado de la morgue, uno lucha porque eso cambie, y eso es lo que se esta haciendo un poco acá. Nosotros luchamos para tener nuestro consultorio, hoy lo tenemos. Si es verdad que a veces uno llega y no hay consultorio, pero bueno, se esta luchando contra eso. Al principio no teníamos consultorio y teníamos que pelear entre grande comillas para que nos en un lugar, hoy este consultorio en el que estamos esta destinado únicamente a psicología, la realidad es que a a veces no alcanza. Los jueves a la tarde somos 3 profesionales atendiendo, yo hoy miércoles tengo que terminar el último paciente rapidísimo porque después viene mi colega y si no este no tiene consultorio. Pero eso también son cuestiones políticas si se quiere, y uno contra eso no puede hacer demasiado, tomalo o dejalo, lo que se te ofrece es lo que hay.

Las fortalezas son el trabajo en equipo, básicamente. Después tenes fortalezas a nivel individual, lo que uno aprende en un hospital, lo que uno ve en el hospital, es muy difícil verlo en otro lado, y aprenderlo en otro lado, eso es real, pero eso tiene mas que ver con la experiencia personal de cada uno.

Pero básicamente hay un buen trabajo en equipo, por lo menos en niños es saludable trabajar, saludable desde el compañerismo, no hay guerras, no hay peleas, estamos todas muy comprometidas, porque eso es real, muy comprometidas porque se agrega uno a lista de espera y estamos todas pensando como hacer, todas trabajamos mas de lo que nos pagan, nos pagan por determinada cantidad de turno mensuales y todas damos muchas mas horas al hospital.

Yo tengo 12 turno semanales. Uno limitándose siempre porque hay una realidad que tiene que vivir, y tiene que pagar impuestos entonces, en un principio todas dábamos muchos mas turnos, hoy es imposible, porque siempre hago el mismo chiste, cuando me llega el gas no le puedo decir que atiendo casi gratis en el hospital así que no puedo pagarlo hasta que no cobre. Entonces en la medida que uno puede agarrar otros trabajos afuera inevitablemente tiene que agarrarlo, y ese es uno de los principales problemas porque la gente se termina yendo, y hace que no haya continuidad de la gente. Y para poder terminar de armar todo esto, desde que se empezó, digo desde que había 4 psicólogas solas a que haya un servicio, un servicio entre comillas porque no es un servicio como se conoce, no hay nadie en planta, no hay nadie nombrado, nosotras nos llamaos servicio pero nada, entre nosotras, para que se pueda mantener eso, para que se sepa la historia del hospital, porque hay que vivirlo también, digo hay que estar adentro también. Acá hay chicas haciendo una concurrencia y están rotando y la otra vez preguntaban con que medico podían hablar para

consultar determinado tema, claro, al no estar todo el tiempo uno ni si quiera termina de conocer a los compañeros.

### *Como se valora la salud mental en la actualidad*

Yo creo que en Tandil no se esta valorando, por lo menos lo que es el ámbito publico la verdad es que no, somos siempre el ultimo orejon del tarro, en todo sentido, ni hablar desde los sueldos, pero en todo sentido, la difusión que tiene la salud mental, aunque cada vez menos, sigue siendo “al psicólogo va el que esta loco”, y esto lo vemos a diario, vos citas a un papa y te dice “para que voy a ir yo no estoy loco”. Y no hay una difusión de lo que hace un psicólogo, porque el psicólogo no esta solamente en consultorio, a veces el trabajo de psicólogo es fuera del consultorio, muchas veces. La gente no sabe y no se ha difundido mucho lo que uno hace. La verdad es que esto pasa cada vez menos, pero sigue pasando.

(Y cual es la idea de que el niño tiene que venir al psicólogo, pasa lo mismo?) en realidad es un arma de doble filo, hay veces que mejor que vaya el nene, porque entonces el problema lo tiene el nene, y nadie se hace mucho cargo de lo que esta pasando, pero también hay quienes creen que, que el chico vaya al psicólogo es estigmatizarlo para toda la vida, ahí interfiere la información profesional, mi opinión va a estar cruzada directamente, yo creo que cuando un chico va al psicólogo, creo que lo necesita muchas veces, que trabajo desde una formación sistémica no quiere decir que no haga terapia individual, tengo una mirada sistémica básicamente, pero me parece que el chico puede ser el síntoma de la

familia. Y a veces si no citamos a toda la familia, es muy difícil mover este síntoma, muy difícil de que desaparezca, a veces es necesario. Además un niño vive en familia, en un contexto, y uno viendo a un niño una vez por semana, 45 minutos, no logramos nada. Pero esto también depende con quien hables, tenes el que te dice “como un chico a un psicólogo si no es sumamente necesario”, entonces se justifica la ida de un chico al psicólogo desde casos extremos, un abuso, una violencia, casos muy extremos. Y hay quienes te dicen que no, que podemos ayudar, yo soy de las que creo que podemos ayudar, si creo que es necesario en un tratamiento con chicos es el compromiso de la familia. Yo no concibo el tratamiento de un niño sin el compromiso de la familia, pero es una postura muy personal mía.

En lo que es hospital de niños no hacemos actividades preventivas, estas las hacen mucho los centros de salud, los centros de atención primaria hacen actividad preventiva de todo tipo, desde charlas en las escuelas, hace poco se hizo una obra de teatro para padres y chicos, obviamente con objetivos claros en las obras, pero los Centros de Salud son los que mas hacen prevención.

### *Perspectiva futura de la salud mental*

Yo creo que vamos mejorando en algún punto, lentamente, de que el psicólogo puede hacer algo y puede colaborar con algo, creo que falta mucha decisión política. A nivel general, yo tengo muchas amigas y colegas en Buenos Aires y esto pasa en todos lados, en los hospitales en Bs. As

realmente siguen estando en la parte vieja del hospital o donde antes era la morgue, o pasa ahora mismo con el Borda, me parece que falta decisión política, falta apoyo político. Todavía no se le da a la psicología la importancia que tiene.

### *Ley*

Creo que la Ley nueva va a ayudar, yo no creo en la hospitalización por ejemplo pero también esto tiene que ver con mi formación profesional, me parece que hospitalizar a alguien no es la solución de nada, y corremos el riesgo mas que ese alguien sepa que ante cualquier inconveniente lo hospitalizan, lo tienen un tiempito ahí y después mejora. Creo que le da importancia al psicólogo como profesional, creo que ayuda a que se lo valore bastante, esto que ahora el psicólogo puede ser el director de un hospital que antes no podía, pero es muy nueva para ver cambios en la sociedad, todavía es muy nueva ara que uno pueda ver los cambios que esta Ley provoca en la sociedad. Pero creo que ayuda y que hay que darle más tiempo.

<sup>2</sup> Entrevista N° 6

### *Concepto de salud mental*

La salud mental es un completo bienestar físico y psíquico principalmente. Eso, hay una definición por la OMS pero es eso, un completo bienestar.

(Se le repregunta para que amplíe) es el bienestar psíquico.



### *Descripción del área de trabajo*

El área de trabajo tiene un sector de internación con 14 camas, donde trabajamos psicólogos y psiquiatras, después tiene la parte de consultorios externos. Dentro del servicio las cosas que se hacen... en principio se hacen entrevistas de admisión, cuando algún paciente o es derivado o por motus propio consulta, para ver si inicia un tratamiento, siempre se le hace una primera entrevista, y ahí se evalúa si es para psiquiatría o para psicología, y de acuerdo a eso si le corresponde la zona del hospital o si se deriva a Caps. Eso por un lado, que las hacen las psicólogas. Las entrevistas de admisión en algún momento las hacían los psiquiatras, pero al ser tan poquitos ahora, era un espacio que necesitaba, así que las hacen las chicas. Después, tenemos los consultorios externos que concurrimos todos los profesionales de acá, después hacemos las interconsultas, las interconsultas ingresan de otros servicios, principalmente diría yo, la mayoría son de guardia, cuando un paciente ingresa con un estado agudo a la guardia, por lo general de acuerdo al cuadro que presente en ese momento y si hay algún antecedente psiquiátrico o psicológico, nos piden alguna interconsulta a nosotros. El psicólogo que tiene ese día admisión, porque tenemos días reglados de quienes están, hace también la interconsulta en la guardia en algún piso, y si requieren algún psiquiatra nos llama a nosotros y bueno. Las interconsultas no son solo en la guardia, sino en las diferentes salas del hospital. Después tenemos la internación, ahí participamos todos, generalmente si son pacientes nuevos designamos que psiquiatra y que

psicólogo lo va a atender y... los profesionales que lo van a seguir por consultorio externo y bueno, dentro de la sala de internación a parte de tener su psiquiatra y su psicólogo, tienen algunos talleres que arman las psicólogas, de acuerdo a los días tienen diferentes talleres que trabajan con los pacientes internados. También en este servicio, los días martes hay una reunión para los familiares de pacientes internados solamente, a veces hay familiares que vienen a la reunión y si el paciente se da de alta quieren seguir viniendo, pero es para el paciente que esta internado, para que se saque todas sus dudas. En esa reunión hay una trabajadora social, Valeria, una psicóloga y un psiquiatra. Bueno consultorio externo, y bueno, nada más. También hay cosas relacionadas con la docencia, supervisión que hacen las psicólogas, hay concurrentes de psicología, las chicas supervisan con la Lic. Lloveras y con un psiquiatra que viene de afuera también, los días miércoles.

La internación, en principio todas ingresan por guardia, salvo que vos tengas un paciente que justo hoy tenía un turno y a vos te parezca que esta para internar, no te gusta como lo ves, entonces ingresa directamente por consultorio externo. Pero en general, toda urgencia tiene que ir a la guardia e ingresan por el servicio de guardia. Porque motivo? Porque se hacen pasos previos hay que seguir, que los vea un medico clínico, porque a veces puede estar descompensado psiquiátricamente pero puede tener un patología clínica, entonces uno necesita una evaluación previa, laboratorio, son cosas de rutina, una placa de tórax, depende de lo que necesite el

paciente. Después se pide una interconsulta con un psiquiatra, y si tiene criterio de internación, se lo pasa al servicio.

El tiempo (de internación) depende de la patología, de cómo esta el paciente en ese momento, a veces nosotros lo que hacemos en las internaciones es un ajuste pequeño de la medicación, pero se complica en la familia, o porque no manejan bien la medicación, o porque no saben, o porque cuesta darle la medicación al paciente, o el paciente se niega, entonces en ese caso preferimos si, obviamente si la familia esta de acuerdo y el paciente tiene criterio, se interna y se le hace un ajuste y en unos días se va, pero depende del cuadro, hay internaciones que a veces se prolongan bastante, meses pero bueno uno trata de que sean lo menos posibles. Lo que se hace, los pasos previos al alta siempre uno tiene que probar como... siempre armar un afuera, porque es importante que, a veces el paciente se compensa en la internación, esta bárbaro, pero afuera no hay contención familiar, o no tienen padres, o viven con una abuela, o no tienen ningún lugar y viven en un hogar, entonces uno tiene que preparar, se encarga la trabajadora social, un afuera. Antes del alta se dan unos permisos terapéuticos, así se llaman, supongamos que, ahora hay varios, entonces primero uno prueba como están. Se dan durante el día, supongamos hoy les decís que lo vengán a buscar a la mañana al paciente y que lo traigan a la noche, después, de acuerdo a si respondió bien en ese permiso, se hace de fines de semana para que duerma en la casa o en el lugar donde vive, pero uno va probando porque viste que suele pasar a veces que el paciente esta bárbaro, sale, y esta mal en la casa y se vuelve a descompensar o no tomo la medicación,

se negó, o si consume, porque ahora también el tema de adicciones nosotros también internamos acá entonces se complica, hay gente que consume o se le escapa a la familia, entonces en ese caso se espera un poco mas, pero siempre previo al alta, hay un paso previo.

Después del alta, depende también, el centro de día en realidad no derivamos a todos los pacientes, primero porque no hay un cupo y porque, bueno, estos pacientes que te decía que no hay familia, o no hay contención o que en la casa están, no salen o viven con una mama que no salen a ningún lado o que están adentro todo el tiempo, entonces a esos pacientes se le ofrece a la familia la posibilidad de integrarlos, la manera es empezando por el hospital de día, están a la mañana solamente, aparte ahí tenes un seguimiento, porque piensa que el paciente va de lunes a viernes, de 8 de la mañana al medio día, entonces es importante que por hay psicólogos, hay talleres, se relacionan con sus pares, salen, hacen salidas, y lo ve un psiquiatra que es el Dr. Modafari, ese es un paso también que esta bueno pero no es para todos los casos, es para algunos pacientes que uno ve que hay criterios. Pero una vez que se les da el alta, a algunos se los deriva al centro de día, y otros, a la mayoría, van a consultorio externo, eso seguro, con el psiquiatra, con el psicólogo o con los dos. A veces con el psiquiatra, por lo general siempre vienen, porque saben que... a menos que sea un paciente psicótico que ahí ya, como no hablamos de conciencia de la enfermedad es diferente, pero otro tipo de patologías, el paciente necesita la medicación, entonces por lo general al psiquiatra siempre viene. A parte no les cuesta tanto porque no vienen todas las semanas como con el psicólogo,

a veces cuesta que se adhieran al tratamiento psicológico, también pasa que es dado de alta, el paciente por ejemplo vive en Villa Italia, corresponde al Caps de Villa Italia, lo que es la parte de psicología se deriva para allá. Hay algunos talleres, si justo en esa área hay talleres se puede incorporar el paciente, que le interese, también se lo deriva. Pero todo lo que es psiquiatría se concentra acá en el hospital. En los Caps no hay psiquiatras, incluso en el hospital de día esta el Dr. Modafari, el lo que hace es ver los pacientes del hospital de día, pero consultorio externo o lo que hacemos acá, el tampoco lo hace, sí si hay alguno de hospital de día que dejo, porque el hospital de día también tiene esa posibilidad, que vayan de lunes a viernes o que vayan dos días, ellos lo van viendo, pero la psiquiatría se concentra acá, y en niños que esta la Dra. Andreacca.

### *Patologías mas frecuentes*

Ahora tenemos 6 pacientes internados, en realidad va variando, hay épocas, nosotros siempre decimos que otoño y primavera son etapas o temporadas de muchos pacientes, porque algunas patologías, por ejemplo las patologías bipolares se descompensan en esa época, o psicosis cicloides, justamente se llama cicloide porque el paciente, uno ve que... empieza a parecer mas gente, otoño y primavera... hay etapas. Hay etapas también de patologías, nosotros siempre decimos, para las fiestas, que son épocas difíciles, que hay gente que esta mas labil emocionalmente porque perdió a algún familiar, o porque esta solo, viste que para las fiestas... hay mas ingestas, mas autoagresión, que se provocan por esto de la soledad o de las fiestas, o de

los conflictos familiares también, bueno en este momento tenemos un poco de todo en realidad, hay 6 pacientes nada mas, y algunos ya empezaron con estos permisos de salida.

(Ahora no hay una patología que prevalece) esta tranquilo pero ya en primavera, si venís en primavera o estas, vas a ver otros pacientes. Incluso, yo con los pacientes que tengo con esas psicosis lo que hago es trato de reforzar porque ya se que se vienen algunas cosas, pero bueno hay cosas que se pueden prevenir y otras no, la mayoría no, pero bueno, en este momento hay un poco de todo.

#### *Día típico de trabajo*

Llegas temprano, al as 7.30 ya están las admisiones, de lunes a jueves, se citan los pacientes a las 7 porque es por orden de llegada y son 3 como mucho por día, porque después, como la hacen las psicólogas, después ellas tienen armado su día con el consultorio externo, entonces las admisiones es lo primero que se hace, bien temprano. Si hay interconsulta, también se hace. Después cada una tiene su consultorio, yo atiendo a la tarde, yo soy full time, tengo 48hs semanales, yo estoy de lunes a sábados, así que bueno atiendo a la tarde todos los días, y los martes atiendo desde las 8 de la mañana hasta las 4 de la tarde. Los turnos de consultorio externo y la internación siempre, nosotras tenemos a cargo un paciente de internación que puede ser tuyo o puede ser nuevo, yo como estoy tantas horas, por ejemplo los días martes la internación la veo a la tarde, pero en general intentamos ir bien temprano, cuando los pacientes recién se

levantan, para que cuenten como les fue el día anterior con la visita, como estuvieron, si durmieron, que paso, eso es lo que hacemos.

(Es un control de la mediación y también se charla con ellos) si, es una entrevista con el paciente. Otra de las cosas importantes es hablar con enfermería, nosotros estamos algunas horas, pero enfermería están las 24hs con ellos, entonces hay un report de enfermería, donde se escribe si el paciente no durmió, o estuvo inquieto toda la noche, o se quiso fugar, porque también pasan esas cosas, o estuvo muy excitado, todo eso se charla con enfermería a la mañana, y después uno hace el pase por las habitaciones y ahí habla con los pacientes. Eso de lunes a jueves. El día viernes es medio diferente porque nosotras, las psiquiatras, la Dra. Uba y yo hacemos pericias, no somos peritos pero bueno, el hospital desde hace mucho tiempo presta sus servicios al Poder Judicial, las pericias en realidad, lo que te piden es que veas un paciente donde hay que llenar un formulario que eso te lo da el Juzgado, el Tribunal de Familia por lo general vienen del Tribunal de Familia, los turnos son dados con mucha anticipación, y nosotras evaluamos a un paciente que esta citado el viernes temprano y hay que llenar 5 puntos, que son datos personales, el diagnostico que tiene ese paciente, que medición tiene, que le aconseja uno, a veces nos pasa que no los conocemos... la mayoría son pacientes del servicio, que no es mío ni de la Dra. Uba pero que tiene una historia clínica en el hospital entonces uno ve que en tal momento lo atendía tal, eso lo vemos. Pasa que somos menos, pero hay pacientes que nunca se atendieron en el hospital entonces en una evaluación corta, tenemos que ver el diagnostico del paciente que eso es lo

que tenes que escribir y vos lo mandas a un Juzgado, entonces es complicado, pero siempre que vienen de afuera, les decimos que vengan acompañados, y segundo que si hay algún papel que tengan un resumen de tratamiento, o que diagnostico tienen y demás. El diagnostico, en el caso que el diagnostico es de mucho tiempo o viene de un privado por eso te decía... el psiquiatra que lo esta tratando o que lo trato en algún momento, que nos envíe un informe porque no lo conocemos, y si es nuestro, es del hospital, nosotros lo tenemos en la historia clínica. Eso es lo que hacemos los viernes, en principio son las pericias, después hacemos un pase de sala, porque el día viernes es el único día que estamos todos los profesionales del servicio, entonces el pase de sala es entrar todos los paciente a la sala y evaluar a todos los pacientes internados uno por uno, porque puede pasar... yo por lo general el sábado los veo a todos aunque no sean pacientes míos, pero hay profesionales que atienden a dos, o a uno, o a ninguno porque no son tantos, entonces no los conocen, entonces esta bueno porque posterior a eso hacemos una reunión de equipo y charlamos de todos los profesionales porque a veces, las dudas siempre están o no te cierra el diagnostico, o quieres sacarte una duda o quieres charlarlo con los demás, y si no lo conocen... así que el paso de sala es buenísimo para eso, porque entrevistan al tratante y los que están ahí también quieren saber, averiguar, y todo ayuda, todo suma, así que hacemos pase de sala, después hacemos reunión de equipo, y después cada uno hace lo que tenga que hacer, consultorio externo.... Los viernes igual la mayoría los profesionales se van a las 12, y el sábado yo vengo a la mañana, estoy 3 hs, veo a todos los



pacientes de internación, si hay alguna novedad, por lo general hago informes que son cosas que también es un trabajo para el psicólogo y para el psiquiatra, hay muchos pedidos de informes para el Juzgado, igual que las pericias, pero son informes del paciente, que vos atendes, por ejemplo te piden que diagnostico tiene, si viene al tratamiento, si vive con alguien, si vive solo, si esta en un hogar, por lo general, el Juzgado te pide esos informes que hay que hacerlos en tiempo y forma.

Pacientes de consultorios externos hay un montón, justamente yo a propósito de eso, a todos los psicólogos que hagan un listado de sus pacientes, digo los psicólogos porque ellos tienen un tiempo, que después Gloria les va a decir bien, ellos tienen tantas sesiones estipuladas, creo que 30, por ejemplo vos sos nueva, pedís tratamiento psicológico y se te hace firmar un consentimiento con tal psicólogo... eso igual no es que te cortan a las 30 y no podes venir mas... ahora el tema de psiquiatría es mucho mas difícil, porque no los vemos todas las semanas, tenemos muchísimos pacientes porque imaginate que toda la demanda de Tandil vienen acá, incluso muchas obras sociales que no cubren psiquiatría ni psicología, tienen para clínico, odontólogo, ginecólogo, pero para psiquiatría es muy difícil, entonces esos también los atendemos nosotros. Las que hacemos... somos las Dra. Uba y yo, estaba el Dr. Ballent que hace poco se fue, hay dos concurrentes, que están en 4 año de las carrera de psiquiatría, son dos chicas, una de La Plata del Menchón Romero, y la otra de Mar del Plata, del Interzonal, y ellas hacen una rotación. Nosotros en psiquiatría el último año de residencia te exigen hacer una rotación y vos elegís donde quieres estar,

bueno las dos piensan venirse a vivir acá así que pidieron rotar por el servicio y lo que pasa es que nos ayudan pero hay cosas que no pueden hacer, por ejemplo recetas, porque la firma es una cosa que hay que colegiarse acá, por que eso es un tramite que uno lo hace cuando realmente se instala, pero bueno las chicas están rotando y la idea es que vengan a trabajar acá en un futuro... hasta mayo tienen ellas, están 3 meses, luego vuelven a su lugar de residencia, y después ven si esta naca o no.

### *Equipo*

2 psiquiatras

2 rotantes

1 psicólogos de planta (Rebeca, hay diferencia con los demás, incluso yo, que somos mensualizados, los contratos son por concursos, la única que dio, tenes que hacer un examen y Rebeca lo hizo hace unos años, así que ella concurso y es de planta. Los demás somos mensualizados, cada 3 meses nos renuevan el contrato, o sea en 3 meses prescinden de vos y...)

3 psicólogas (lic. Mora, Grill y Alonso. Antes eran concurrentes)

1 psicóloga (Gloria)

2 concurrentes (empezaron hace unos años, ellas vienen nada mas a supervisar y a las clases con Gloria, de psicología, porque van rotando por distintos servicios, en este momento la que esta rotando en este servicio es la Lic. Paz Lauge, hay 2 en niños y hay una en los Caps)

1 trabajadora social (si bien depende de Trabajo Social, nosotras la hacemos parte de este equipo. Es la que se encarga de los casos sociales de psiquiatría y psicología).

2 administrativos (Jorge y Mari)

Enfermeros hay dos por turno, los turnos en psiquiatría son de 6 hs.

1 mucama

Y Adolfo que es el Director, el esta todos los días acá.

#### *Áreas con las que articula el servicio*

Dentro del Hospital, nuestro servicio obvio que interactúa con todos los servicios, principalmente, dentro del Hospital se maneja con el Centro de día, con los otros servicios por interconsultas, y ellos también vienen a hacer interconsultas cuando tenemos algún paciente con algo ginecológico, llamamos al ginecólogo, bueno... y afuera interactuamos con todos los Caps, si o si, cuando ellos requieren que supervisemos algún tratamiento, o que reveamos algún tratamiento psiquiátrico, o ellos creen que se necesita un tratamiento psiquiátrico interactuamos con los psicólogos de los Caps, con el CPA. Ahora esta bastante tranquila la cosa, pero por ejemplo el año pasado hubo momentos que había muchos pacientes adictos acá, el CPA lo que hacen es tratamiento por consultorio externo, hay una psiquiatra y hay todo un equipo de psicólogos, y una trabajadora social que es la directora, pero cuando hay un caso agudo no tienen donde internar, ellos lo que pueden tramitar es comunidades. Por ejemplo alguien intoxicado, la semana pasada nos paso, una chica intoxicada de 22 años, consume cocaína desde

los 15, entra a la guardia por un cuadro de intoxicación grave, alcohólica y cocaínica, primero hay que compensarlo clínicamente, y después se lo pasa al servicio de Salud Mental, ahí nosotros articulamos con el CPA pedimos una interconsulta y que la evalúe, lo que nos paso con esta chica es un caso diferente pero igual, siempre vienen ellos a evaluarlo y empiezan a tramitar si ellos creen conveniente, una granja, una comunidad terapéutica o una internación en otro lugar pero especifica en adicciones. En este caso paso que la chica no tenia criterio para seguir internada acá entonces se la derivo al CPA y empezaron ellos a tramitarle, pero en vez de venir al psiquiatra y al psicólogo acá en el servicio, como su patología tiene que ver específicamente con adicciones, concurre allá, la contienen ellos y le tramitan todo lo que le tienen que tramitar. Es bastante difícil conseguir lugar de internación. A veces a nosotros se nos prolongan las internaciones, el paciente no tiene criterio pero por esto del riesgo que hay afuera, de que si consume, y el nivel de contención familiar, entonces es preferible tenerlos acá.

Para el tratamiento específico de la adicción no se quedan acá, si en caso agudo... pasa todo el tiempo o una abstinencia, a veces pasa que los pacientes dejan de consumir y hace un cuadro de abstinencia y esto también es un caso agudo y necesita una internación porque necesita instaurar un tratamiento, su cuadro que puede ser de una o dos semanas que puede ser de excitación psicomotriz, un montón de síntomas que requieren una internación. Solo en ese caso, se internan acá las adicciones, después inmediatamente se tramitan comunidades.

Otras instituciones con las que se vincula:

También con el Juzgado por ejemplo, con el Tribunal de Familia, existe también la Asesoría de Menores Incapaces, generalmente son muchos pacientes nuestros así que interactuamos con ellos también, y a veces que no es mas frecuente pero también, el Juzgado Civil y Comercial numero 1 y 2, pero principalmente el Tribunal de Familia, y la Asesoría de Menores Incapaces. También con la Comisaría de la Mujer, porque muchas denuncias de maltrato, o de amenazas, o casos de violencia, entonces todas las mujeres aprendieron que tienen que ir ahí. Hay psicólogas ahí también que evalúan y cuando creen que necesitan un tratamiento nos llaman a nosotras, nos piden asesoramiento o directamente que les demos un turno.

#### *Áreas con las que considera que debe haber relación*

Nosotros relación tenemos con la mayoría a veces lo que nos pasa sobre todo a los psiquiatras, que siempre hablamos de eso, tenemos bastante comunicación, nosotros con los Juzgados hablamos mucho, la mayoría de las veces que tenemos pacientes judicializado mandamos siempre informes, citamos a las familias que nos ayuden un poco que ellos también tienen trabajadora social, tienen psicólogos, y a veces no se hace, no se si se hace en el tiempo que uno quisiera también, nosotros lo que menos queremos hacer es prolongar las internaciones, pero se prolongan por los temas judiciales, siempre nos queda eso de que no hay un ida y vuelta, ellos también tendrán sus quejas con nosotros, pero eso no quiere decir que no

tengamos relación, vivimos hablando con ellos, entonces, también con los menores internados, con el Dr. Belauzaran ha venido a charlar con nosotros muchas veces y a veces es mas positivo una charla telefónica que los informes, los informes son importantes, es un documento que queda en la historia clínica, y les queda a ellos, la verdad que hablar por teléfono se hace mas ameno, es importante, pero tenemos buena relación nosotros, así que no hay problema.

#### *Fortalezas y debilidades del servicio*

Uy! Muchas... las debilidades este, los profesionales psiquiatras no hay, yo creo que es fundamental en un servicio principalmente tiene que haber médicos. Y mas allá de que la mayoría de los profesionales ayudan, en este caso somos un equipo, pero el medico es fundamental, el psiquiatra es importante, esa es una de las mayores debilidades que no tengamos médicos, primero porque hay muy pocos que se reciben de psiquiatras, hay muy pocos que les interesa la residencia, este tiempo se ha visto mas, que haya ahora dos chicas rotando para nosotras es una cosa milagrosa, no pasa, y bueno, esto no esta relacionado directamente con el servicio pero los sueldos, en los hospitales públicos, nadie quiere venir, gente que no le interesa trabajar en lo publico porque esta para tener su consultorio priado, pero no es lo mismo, uno trabaja solo, en cambio esto hay mas profesionales, hablamos... no es lo mismo que el consultorio solamente, pero el tema es que nadie quiere venir porque no te pagan nada, entonces es bastante complicado, vienen y se van como paso con el Dr. Ballent, que

no le conviene. Y fortalezas... yo creo que los poquitos que somos, estamos muy unidos, hubo épocas, yo estoy en el servicio desde el 2005 en el Hospital, hubo una época que renuncié y después bueno el Dr. Garaguso me ofreció este cargo y volví, pero bueno, he visto desde el 2005 a ahora un montón de cambios y revuelos, y lo positivo de hoy del servicio es que estamos todos unidos, y todos tiramos para el mismo lado, y yo creo que es un buen lugar de trabajo, entre tantos profesionales, somos todas mujeres, la mayoría mujeres, no es fácil, pero hemos logrado una armonía que es importante porque sobre todo en salud mental tiene que ser prioridad la armonía y estar bien todas mentalmente y todas en contacto y eso lo hemos logrado, es un grupo muy lindo, muy fuerte, y todas estamos de acuerdo, a veces puede pasar que no, que alguien opine diferente, pero antes como que a ese se lo desplazaba, pero hoy no, así debe ser, pero hoy nosotros lo charlamos, digo por ejemplo en el caso de pacientes hablamos todo el tiempo, así que la fortaleza es esa.

Me olvidé de contarte que otra de las cosas que presta el servicio son las guardias de psicología, hay guardias pasivas, en un principio se propusieron, no había psiquiatras que quisieran venir a hacer las guardias, así que bueno se armó un grupo de psicólogos que empezaran a venir guardias pasivas, no los días de semana, sábado y domingo y si hay feriado. Los días de semana van los que están, si sucediera algo después de las 5 de la tarde que ya no queda nadie acá, por eso van a la guardia, los médicos lo asisten... pero sábado y domingo y feriados hay guardias de psicología pasivas, esto quiere decir que los psicólogos están en su casa y si hay alguna urgencia...

Son los profesionales del equipo, la lic. Lloveras, Alonso, Grill, Mora y la trabajadora social también hace guardias con ellas, se ponen de a dos, una vez por semana ellas son las encargadas, vienen las dos, por lo general los días viernes se hace un listado con los teléfonos de quienes están de guardia, y ante cualquier urgencia psiquiatra o psicológica los llaman, por todo lo que sucede igual en la semana, por cualquier urgencia, o a veces como te decía hoy, por ahí es un paciente con un cuadro clínico pero ven en la historia que hay algún antecedente psiquiátrica o de salud mental entonces las llaman a ellas. Los psicólogos vienen, evalúan si hay que pasarlo de servicio, porque ahora también el psicólogo puede internar, antes era patrimonio de los médicos y también dar las altas, ahora no, por eso es que las chicas pueden hacer guardia solas sin la necesidad de que haya médicos.

### *Percepción del valor de la salud mental*

Se valora poco. Es muy difícil, yo estude en La Plata, después hice la residencia acá y creo que hasta, entre nuestros colegas es difícil que nos valoren porque como que no, no dan importancia, me parece que es fundamental, hay que priorizar la salud mental, por sobre todo lo demás, por lo menos ponerlo en la misma... bueno en lo político ni hablar (se corta porque golpean la puerta. Sigue luego). Te decía, se valora muy poco, mas que el hacer una diferencia con la salud mental, con la salud en general, sobre todo en lo que esta pasando en los hospitales públicos, esto que hay pocos insumos, no hay insumos, con respecto a la salud mental es difícil,



cuando hacia la residencia, esto que te decía de psiquiatría.... en una invitación a ver un paciente en la guardia.... eh... porque para ellos no eras medico, viste, esta bastante desprestigiada la salud mental, creo que tiene que ver con el desconocimiento, entonces uno tiene que ir de a poquito, en un cambio, como nosotros hemos hecho acá en el Hospital, de empezar a educar en principio a los colegas, a los profesionales que están todo el tiempo con nosotros, que le den una prioridad, que lo valoren, pero es bastante complicado. Y con los políticos el tema de la salud es bastante difícil también, es como que, nada, no es verdad que faltan insumos... pero la verdad es que bueno, esto que esta desprestigiado, no nos pagan bien, nosotros acá una de las cosas que nos pasa todo el tiempo es que nos falta medicación, y la diferencia que tenemos con otros servicios es que los tratamientos psiquiátricos son muy prolongados, son crónicos de por vida la mayoría, la psicosis es crónica y no tiene cura, como el diabético que se coloca insulina, tiene que tomar una medicación de por vida, entonces nos pasa que indicamos una medicación y a los dos meses no hay, y falta a los 20 días, son medicaciones muy caras, la gente no la puede comprar, viene al hospital publico porque no tiene dinero imagínate para las medicaciones menos, y nos les puede faltar, entonces acá todo el tiempo estamos luchando con eso, yo marco la diferencia porque un tratamiento con antibióticos son 7 días o 10, entonces bueno, vos decís, no hay eso pero el paciente lo puede comprar porque son 10 días pero en esto no. Siempre hay que marcar la diferencia, los pacientes son distintos, los tratamientos diferentes yo creo que una de las cosas que luchamos todo el tiempo es eso,

por la falta de medicación en el hospital y sobre todo la nuestra, que yo reconozco que es muy cara, pero pasa que en otro momento los laboratorios nos daban muestras gratis, psicofármacos, pero con este tema de la efedrina hubo todo un cambio, les prohibieron a ellos llevar psicofármacos para los profesionales, así que está mucho más limitado, así que uno tiene que contar con lo que hay en el hospital. Y siempre hay un faltante, siempre. Pero bueno,...tratamos de reemplazarlo si se puede, o de hacer algún esfuerzo, o con la trabajadora social vemos si desarrollo social, que también articulamos con ellos, pueden comprarles la medicación o la misma familia, poniendo un poquito cada uno viste, tratamos de que los tratamientos nos se corte pero se nos hace bastante difícil.

Yo creo que la sociedad ahora está tomando un poquito más de conocimiento, antes era bastante prejuicioso venir al psiquiatra o al psicólogo, hoy esa es una cosa como más normal, es una especialidad que antes el que iba estaba loco, incluso al psicólogo, hoy hay muchos pacientes que hoy vienen por problemas con la pareja, problemas económicos y ahí se abrió un poquito más el panorama, no es “el loco” como se decía antes realmente un psicótico si se quiere, un retraso mental... parece que la gente lo está valorando un poquito más, de hecho se nota acá como se demanda, como se viene más, como se acerca, se preocupan pero bueno me parece que el tema de la comunidad es por falta de conocimiento, hay que gente que todavía está cerrada, “mi hijo no está loco, no lo voy a internar”, hay que explicarle que acá no internamos locos, que precisamente se ayuda al paciente a pasar la situación que está atravesando pero bueno, son los

menos, creo que hoy la comunidad esta conociendo la salud mental... se le da mucha mas bolilla.

### *Perspectiva futura*

No se como la veo, la verdad que uno sueña que mejore no? Con la Ley hay muchas cosas que son positivas y otras que hay que luchar, pero bueno, yo siempre soy optimista con eso, me parece que si todos trabajamos, vamos para un bienestar psíquico bueno, me parece que... que tenga mas conocimiento, que de hecho estábamos hablando el otro día de hacer algo para el día de salud mental, antes se hacían charlas solamente para los profesionales, me parece que el enfoque ahora tiene que ser diferente, enfocado a la sociedad, para que la gente participe porque de eso se trata, que se acerque, que colabore, y bueno nada, lo veo con optimismo y ojala estemos bien.

(se le pregunta específicamente por los aspectos positivos y negativos) los aspectos positivos es la, por ejemplo que haya rotación en el equipo para tomar decisiones, que los psicólogos que si bien no son médicos, ellos tienen un criterio para internar, de hecho nosotros lo vemos acá todos los días, en la residencia que hice yo en Mar del Plata, hacíamos guardia psiquiatras con psicólogos, por lo tanto la decisión siempre la hacia el medico, pero por como trabajan las psicólogas acá en el servicio, ellas toman las decisiones correctas entonces me parece re positivo que ellos puedan internar a un paciente con su criterio y que también puedan darle el alta, eso me parece positivo. Y después algunas cosas, que se yo... otra

cosa positiva es que, por ejemplo antes el Juzgado, hablando temas de... el Juzgado liberaba ordenes de internación judicial, entonces eso era como pasar por encima del medico, la orden era internarlo y vos después lo evalúas, entonces era como, internar a alguien que por ahí no tenia criterio pero había una orden judicial, entonces, después seria evaluar, que se yo y hacer el informe. Hoy en día eso no sucede, por suerte cambio bastante por esto de que, nada, con el tema de la nueva Ley el paciente que esta internado tiene que tener un criterio real, entonces con esto pasaba que teníamos paciente que no tenían criterio y prolongaba la internación, tenias que mandar un informe con el pedido de alta, hasta que no te contestaran, eso cambio un montón, por suerte. Lo que hace el Juzgado si es pedir informes, o en todo caso se puede pedir una orden judicial que pida una evaluación y que el criterio del profesional que lo evalúe si tiene que ir a internación o no. Esa es otra cosa positiva. Y negativa, que se yo, hay un montón de cosas, no se si decirte algunas, pero bueno, hay muchas... que sobre todo los médicos no estamos de acuerdo, pero me las reservo.

Hay que esperar, que va a ser...

<sup>2</sup> Entrevista N° 7

### *Concepto personal de salud mental*

Por salud mental entiendo muchas cosas, sobre todo las patologías que se tratan en el servicio de salud mental, del centro de día. (duda, se toma un tiempo, se le repregunta) Por ahí tengo una definición que no es acorde a lo

que tienen por lo general los demás. La salud mental para mí es una patología bastante importante en lo que es la salud. (interrupción: “tenemos que internar a la paciente, nosotros”. Se corta y se sigue grabando luego.)

Es un conjunto de cosas, es el sufrimiento de cada uno, de quienes tienen una patología psiquiátrica, también es el sufrimiento que padecen ellos en lo que es social, en la sociedad y la necesidad de cada uno de ellos, en todo sentido, tanto en los afectos, en lo económico.

(observaciones: duda a la hora de hablar, es más pausado, da rodeos, cambia el tono y el ritmo de voz en la siguiente pregunta).

#### *Descripción del área de trabajo*

El área en el que trabajo es hermosa, nada que ver al área de internación. Es un área donde hay distintos talleres, recreación, donde veo que el paciente viene ya compensado de alguna forma, a estar esas 4 hs ocupado en algo, que son pacientes que por ahí ni salen de la casa ni tienen vida social, y si la tienen acá, se relacionan entre ellos, tienen actividades, es un lugar hermoso, para mí, es muy lindo ver como disfrutan ellos todo lo que hacen.

El área está formado por talleres de música terapia, juego, educación física, escritura, y ahora empezó un taller nuevo que nos orienta hacia una externación, nos ayuda para que vayan buscando actividades fuera de lo que es el centro de día. Hacemos reuniones con familiares cada 15 días, terapias individuales para cada uno de ellos, y servicio de enfermería.

Sobre este, mi función es más de asistente, de controlar, de que vengan, de que estén. Ni bien comienzan les cuesta integrarse al grupo, yo lo que hago es intentar integrarlos, participar de cada taller, soy como un referente de cada uno de ellos, yo estoy, y ellos como que al hacer un contacto conmigo están mucho mas cómodos si estoy yo haciendo las actividades con ellos. También controlar medicación, contención y organizar, de alguna forma, lo que es el centro de día, tratar de tener reuniones semanales con cada profesional del área y organizar. Vengo a ser como un coordinador, no nombrado, pero trato de que este todo bien, profesionales y pacientes, y tratar de que este todo coordinado y organizado.

Con los familiares se hacen 2 reuniones al mes, de dos horas de duración. Juntar a la familia y de alguna forma contenerlos y concientizarlos de que hay una persona en su familia que tiene un problema mental o psiquiátrico y de la forma que se lo puede ayudar. Eso esta coordinado por la lic. Mayora, por la lic. Alba y yo. Tenemos un psiquiatra que evalúa al paciente y que maneja la parte farmacológica, que es el Dr. Modafari.

Tenemos una psicóloga permanente que es la psicóloga Mayora, que asiste a los pacientes en crisis del centro de día, cuando se puede, junto con el grupo.

Cada paciente tiene su terapeuta dentro del centro, terapias individuales para cada uno, y también grupales. Hay asambleas de apertura y de cierre cada semana.

También hay un taller de radio que lo coordinan ellos mismos y una psicóloga, hacen entrevistas. Siempre acompañados por el coordinador del taller y el enfermero.

La función de la asamblea es recibir a los pacientes y charlar sobre lo que hicieron el fin de semana, que hicieron, si salieron si se integraron, lo coordina el lic. Iturralde y yo.

Los días viernes es la asamblea de cierre que es para prepararlos para el fin de semana, y hablar sobre lo que han hecho en la semana. Esos son los dispositivos grupales.

Escritura coordinado por psicóloga, música terapia por una músico terapeuta, el taller de juego por una trabajadora social.

#### *Equipo*

1 psiquiatra

10 talleristas

2 psicólogos en terapia individual

1 psicólogo en terapia grupal

1 psicólogo para asamblea

1 trabajadora social

1 enfermero

1 mucama

2 administrativos

#### *Talleres y espacios*

Juego

música terapia

Teatro y Narración

Educación física

Terapia ocupacional

Radio, El programa se llama “estos locos lindos”.

Tango terapia (agregado recientemente)

Terapia individual

Terapia grupal

Control farmacológico

Asamblea de apertura

Asamblea de cierre

Reunión de equipo

Se está armando un dispositivo para dar el alta a cada uno de ellos.

Hemos tenido 24 pacientes desde que se inició el centro de día, que lo inició el Dr. Jorge Garaguso y Luciano Grasso, 24 pacientes de los cuales hay 8 altas que se dieron, 3 que se están trabajando, y 3 que solo hacen terapia individual.

Lo que se saca de bueno es que una de las pacientes que ha tenido varias internaciones, tiene delirio místico, hoy está en terapia individual y está trabajando de profesora de música, es todo un logro dada su patología de ella y las internaciones severas que ha tenido.



También pacientes que han pasado y que han salido trabajando y que han estudiado, con la ayuda del grupo y de los talleristas, han terminado su secundario.

Yo apunto mucho a ese caso particular porque ha pasado por internaciones terribles, esta paciente es un premio que nos da, que hoy la vemos trabajando en lo suyo que es su presesión. Se la acompañó desde el centro de día, el grupo, a que si podía trabajar mas allá de su patología, entonces se la ayudo, ella se empezó a concientizar de que si podía. Y lo demostró porque ella sola se presento sola a sus trabajos, fue a las asambleas del sistema de educación, y es todo un logro de parte del centro de día. Como ella, hay dos pacientes más que se han logrado cosas similares. Otra cosa para destacar del centro es que hay pacientes, que desde hace 2 años y 8 meses que estamos, es que no han tenido internación, que a partir de este dispositivo se detuvieron las internaciones que tenían cada 4 meses por ejemplo.

### *Objetivos*

El fin del hospital de día es reinsertarlos a la sociedad, de que no tengan internaciones, de concientizarlos que están enfermos, que hay un problema y tratar de que este todo bien con su familia y con su vida.

### *Día típico de trabajo*

Empieza 8.30 de la mañana. El lunes se hace la semana de apertura, el martes los recibo yo, comienza la actividad 8.45, los psicólogos hacen las terapias individuales, son 3 actividades por día, lo pasamos re lindo.

Con el coordinador del taller empezamos la actividad, tienen un descanso de 10 o 15 minutos, pueden tomar mate y salir a fumar, y después continúan la actividad.

En cuanto a las terapias individuales, son de 10-20 min. por paciente, una vez por semana generalmente, todos la tienen, con distintos psicólogos. Los van sacando de los talleres para hacerla. Son 5 psicólogos, se van dando los pacientes de acuerdo a la cantidad, cada profesional tiene más o menos 3 o 4 pacientes. también viene gente que han estado con nosotros, que ya no vienen a los talleres pero vienen para hacerles un seguimiento para darles el alta.

Actualmente son 18 pacientes.

### *Tipo de abordaje*

Individual, grupal y familiar.

Hay planes de hacer la terapia grupal con familiares y pacientes juntos.

### *Articulación con otras áreas*

Con el centro de internación, nada mas con salud mental.

(como es esa articulación?) En lo concreto, ingresa un paciente a salud mental, a internación, se lo atiende por 72hs o mas, de acuerdo al caso, y si

el profesional dice que puede ingresar al centro de día, se hace una admisión, que son los días viernes (2 por día) y ahí es donde el equipo decide si es conveniente que ingrese o no. La admisión la hacen psicólogo, psiquiatra y trabajadora social juntos, son quienes deciden.

Esto puede ser solicitado desde el hospital, o de alguien que ya haya estado internado, o también de la parte privada que tenemos algunas consultas. No solo que haya estado internado, sino también que haya estado en tratamiento ambulatorio y el profesional considera que ingrese al centro de día y envía una orden de admisión.

La decisión de externación la toma el equipo en general, si ya esta preparado para una externación; de hecho no esta armado bien el dispositivo, se da un alta entre comillas, porque se los ve cada 15 días en terapia individual para hacer un seguimiento, si no hace abandono de la medicación, si anda bien, es para un control, hasta que se organice bien esto que se esta trabajando, pero bueno, con muy buenos resultados.

No hay relación con otras instituciones, ni municipales ni del ámbito privado.

#### *Instituciones con las que considera que tendría que haber relación*

Creo que tendría que estar relacionado con lugares donde ellos puedan hacer algo útil, que les sirva de algo, por ejemplo se me ocurre el INTA por decirte algo, con los centros comunitarios de cada barrio que tienen actividades, que podríamos estar en comunicación, como para que ellos nos den las actividades que tengan, como para que los pacientes puedan ir a la tarde y hacer actividades y relacionarse, esta en el proyecto para hacer.

Mas que nada instituciones que estén relacionadas con lo laboral.

### *Fortalezas y debilidades del servicio*

Si bien no tenemos un lugar que este bueno, que sea grande, tampoco tenemos un lugar que es un desastre, pero contamos con cosas muy buenas, con profesionales buenos, que de hecho están los frutos de que esto es bueno.

Y cosas malas hay, pero no se si hay mucho... como cosas a mejorar, un lugar un poco mas grande, para que ellos están un poco mas cómodos, por ejemplo haciendo educación física. Esto y tango terapia se hace en el club ferro porque el espacio es muy chico, entonces estaría bueno tener un lugar más amplio para que puedan hacer bien la actividad y estar más cómodos.

Yo creo que no nos tenemos que quejar de mucho, porque materiales hay, profesionales gracias a dios hay también, el paciente esta muy bien atendido y no hay mucho como para decir.

Es necesario tratar de buscar salidas laborales para cada uno de ellos, porque lo están manifestando todo el tiempo, que necesitan un trabajo para mantenerse ellos y ayudar a la familia, que se de la oportunidad de tener cosas para hacer mas que nada.

Como fortaleza, somos un gran equipo de trabajo, y eso es lo que hace que esto... se este luchando el día a día para que se mantenga y seguir trabajando, yo creo que si vos tenes un gran equipo de trabajo podes lograr muy buenas cosas y muy buenos resultados, ese es mi pensamiento.

### *Como se valora la salud mental actualmente*

Se esta hablando mucho mas en este tiempo, desde hace mas o menos 3 años, se esta reconociendo mas, la gente esta mas abierta, hay muchas mas gente en lo que es consultorio externo diariamente. Antes como que se ocultaba mas, no se valoraba tanto la salud mental, si bien hubo profesionales que trataron de que se sepa que hay problemas en salud mental, trataron de comunicar y mas, siempre hubo algún fracaso en alguna parte. Desde hace más o menos 3 años desde que estuvo Jorge y vos, es como que se dio la salud mental, dio un vuelco bastante importante en Tandil, se hizo más conocido, recibimos más colaboraciones, mejor vista esta la salud mental. Los cambios, otro posicionamiento desde la política, tuvo relación con cambios en la mirada de la población en la salud mental. Se hizo mas receptable y mas visible. La población empezó a ver que hay problemas de salud mental y que hay un buen servicio de salud mental, de hecho esta, vas a las estadísticas y esta, es mas visible todo. Yo estoy hace rato en la salud mental, pero lo que paso hace 3 años no había pasado años anteriores, es muy destacable lo que se ha logrado estos 3 años, para bien, y esperamos que se sigan logrando cosas mas interesantes aun. Creo que va a haber más cambios aun.

### *patologías prevalentes actuales*

Muchas psicosis, es terrible. Depresión bipolar, esquizofrenia tenemos 4 o 5, delirio místico, los trastornos bipolares, adicción; eso dentro de los pacientes del centro de día.

### *Relación con los familiares de los pacientes*

Las familias nos ven como el salvador de un montón de cosas que para ellos antes no estaba vigente. Insisto en estos 3 años ha cambiado muchísimo la salud mental, lo marco todo el tiempo porque realmente hizo un vuelco muy importante la salud mental todo este tiempo. De repente la familia se encuentra con un centro de día, una sala de internación y que después cuenta con apoyo familiar y demás, para ellos es muy importante, el saber de no estar solos, que hay un equipo que esta trabajando con su familia y con ellos. Vienen y se sienten apoyados y contenidos por el equipo, prepararlos obviamente para ver como tratar cada uno la patología distintas de su familiar, y la verdad con muy buenos resultados. Familias que por ahí ni sabían de que se trataba la patología del familiar, se le fue explicando, orientando.

La relación del familiar con el paciente mejoro muchísimo. Pacientes que yo conozco hace tiempo, no se acercaban, parecía que era todo una cosa que lo hacían por un llamado de atención, hoy están muy comprometidos, gracias a que tienen información de la patología y de que se habla. Hay más compromiso, la sociedad tiene más compromiso con lo que es la salud mental, con el paciente, de hecho hay gente que ha dado trabajo a pacientes que hemos tenido acá, entonces notas que hay un compromiso.

### *Perspectiva futura*

Lo veo muy bueno, si siguen los grupos así como están armados y los equipos en realidad, luchando por lo mismo, va a estar mucho mejor de lo que esta. Uno creo que salud mental no esta muy bien, pero esta muy bien, desde mi humilde lugar veo que esta muy bien, apostamos a que este mucho mejor de lo que esta pero no estamos tan mal me parece.

Hoy no es una cosa de decir “esto no lo veo, esto lo ignoro”; la sociedad se preocupa por estas patologías, por la salud mental, por ahí nosotros como equipo tenemos que difundirlo mas, dando charlas, cursos, va a dar mas apoyo.

## 2 Entrevista N° 8

### *Concepto de salud mental*

Una definición es complicada porque ni siquiera a nivel internacional hay una definición univoca.

Con los años se va estableciendo la salud como lo bio psico social, se incorpora lo económico.

Pero la dificultad es porque el campo de la SM esta cruzado por distintas disciplinas que tienen diferentes objetos de estudio y diferentes formas de abordaje. Esto dificulta la definición.

Hoy se habla de bienestar, de calidad de vida, pero los límites son difíciles.

Desde una mirada psicoanalítica, estructuralista, podemos pensar en las 3 estructuras y que el terreno de las psicosis y las perversiones sería de la enfermedad y las neurosis la salud. Sin embargo, no es así, a veces encontramos neurosis con patologías de borde, graves, y otras por ejemplo psicosis en donde sin embargo encontramos terreno, tejido, aspectos que tienen que ver con la salud. Por ejemplo las parafrenias, campo dividido con un terreno patológico con delirios y un terreno de la salud y la realidad.

Por eso complejiza la definición única y que también complejiza a la hora de pensar los dispositivos.

A mi gusto tiene que ver con tener una vida satisfactoria, con presencia de subjetividad y de un desarrollo de una vida que no afecte a otras vidas, que lo bueno para un sujeto no implique algo malo para los demás.

Que implique un nombre, como posibilidad. La posibilidad también de ceder un objeto. Y la posibilidad de establecer un vínculo con los demás.

### *Dinámica*

Según el área que atañe a la atención de determinados cuadros. Hoy se está incluyendo la rama del arte. Ya no pienso solo en psiquiatra, psicólogos y trabajadores sociales, como las 3 ramas que se llamaban madres, si pensamos en lo bio psico social. Y los enfermeros.

Hoy se ha incluido el campo del arte.

El psicoanálisis toma también otra variable de análisis, ya no la antinómica salud enfermedad sino satisfacción y sufrimiento. Y Freud plantea que la salida de ese sufrimiento tiene que ver con Saber (campo del conocimiento)



creer (campo de la religión) y crear (campo del arte). Si un sujeto esta en estas tres posibilidades esta en el terreno de la salud, sino cree, no crea y no pretende aprender, esta en el terreno del tanatos.

Entonces a la hora de elegir dispositivos para la salud mental, me animo a entrar en esa complejidad. Me animo a pensar que el campo es vasto, abarcativo, complicado. Y que para alguno el trabajo será el psicoterapéutico, otro necesitara de una medicación, otro necesitara de unos días de contención, de un espacio físico, y requerirá internación, otro necesitara de un espacio diurno y será un hospital de día, habrá trabajos individuales, trabajos de familia, trabajos grupales. Y pensar que la salud podrá tomar como dispositivos para la cura, no solo el tratamiento psicológico o psiquiátrico, sino tomar del campo del arte, de las religiones, o acompañar a los pacientes a que se acerquen al campo de las ciencias. Desde la terapéutica acompañar a que el paciente pueda ingresar a estos desarrollos, para que se piense en el paciente como del lado de la vida.

#### *Valoración de la salud mental*

A mi me toco ver lo que era la psiquiatría clásica. De la hiper medicación, de la internación, donde el paciente internado era un enfermo y permanecía acostado. Y hoy es re loco eso, no es un paciente que deba guardar cama, no hay órgano afectado que implique que este en la cama. Se lo medicaba y estaba en la cama, y el psiquiatra a cargo y el psicólogo aceptaba esto. No consideración de la palabra, reposo, y también otros métodos, las salas de contención, los chalecos de fuerza, electroshock.

Hoy hay un salto en el abismo.

Hoy acá pensamos en equipos interdisciplinarios, los cuales incluyen entre ellos, gente del campo del deporte y de las artes.

### *Interdisciplina*

Yo creo que está instalado, hasta en la misma formación de los profesionales, en cada carrera. Que pueda no hacer carne en algún profesional y que tienda a hipertrofiar su área y que haya un psicólogo muy psicólogo o psiquiatra muy... y que tienda a desacreditar la otra disciplina, puede ser... es la excepción a la regla. En términos generales se entiende la interdisciplina y eso lo he visto en materia pública y en materia privada. La gente que trabaja en privado también deriva a otro profesional, vos recibís en tu consultorio y tenes que tener para evaluar, nosotros como psicólogos tenemos una batería de test, por ejemplo el test de Bender que te permite saber en que momento derivar a neurología o a psiquiatría, si querés un instrumento de medición tenes un test, y sino también puede ser la entrevista, en un punto, acá lo que ocurre excede el campo de lo neurótico, esto requiere una medicación, o hay una formación delirante que no cede, o hay un estado de angustia o de ansiedad que el paciente lo está llevando a alto riesgo y la palabra no alcanza para remitir el cuadro, digo esto lo hacemos, de la misma manera que derivamos a un abogado cuando vemos que la situación es demasiado compleja en términos de relación social, ya no es campo de la psicología. Eso se ve en privado y también se ve en el hospital, se trabajan las disciplinas juntas. No niego que pueda haber

encontrado en los colegas psicólogos, dos puntos diría, uno por exceso y otro por defecto, a veces con cierta ligereza ante un estado de angustia se deriva al psiquiatra para que medique, sin haber intentado desde el principio que se produzca ahí un acto analítico, una nueva posición subjetiva, que el paciente pueda salir de ese estado por medio de una palabra, entonces es necesario mandar al psiquiatra que medique, entonces yo entiendo que ahí el colega, el psicólogo, o no sabe que hacer con esa angustia, o entra en demasiada angustia en el mismo y hay que cambiar la angustia de lugar. Nosotros tenemos una formación distinta, que entendemos que si no hay un algo de angustia, tampoco hay pregunta, tampoco hay motivo de tratamiento, entonces a esa angustia la ponemos a mover a servicio del tratamiento. Entonces encuentro esto, que con cierta velocidad se cae la interdisciplina cuando allí no hay materia de medicación al principio debiera haberse trabajado con una psicoterapia. Y a veces encuentro lo opuesto, se estira demasiado la intervención psicológica y podemos solo por vía de la palabra, entonces se exponen situaciones como una parafrenia, un paciente con intentos de suicidio y alguien puede decir que no se ha medicado, extremando la vía de la terapia, y no alcanza para que el delirio remita, también he escuchado esto, como una exageración del psicologismo, acá hay que ceder, la palabra no penetra, no provoca, no genera movimiento y se esta exponiendo a otro riesgo. También lo veo en la psiquiatría, si bien hoy la psiquiatría es dinámica, he visto colegas donde la cosa es estrictamente química y el problema emocional es una cuestión química y solo se puede solucionar por vía de la ingesta de alguna medicación, no se

entiende usar una metáfora cotidiana de “hablando se entienden las cosas” entonces no se puede usar el campo de la palabra, o a veces se usa como una forma “tenes que hacer terapia” pero sin un convencimiento.

### *Valoración de la población de la salud mental*

Yo creo con mucho agrado que los niveles de pensamiento y los niveles de formación de la comunicada han crecido mucho, y deben tener que ver con lo medios de información, con la prensa, con las publicaciones, entonces la gente ha tomado un conocimiento interesante. Vos ves que las poblaciones mas carenciadas socio culturalmente y hasta en términos económicos, hoy diferencian lo que significa la demanda de un tratamiento terapéutico vía palabra, de lo que significa tomar una pastilla. En términos generales... tengo una medida de comparación, psicólogo, ginecólogo, traumatólogo era todo lo mismo, me pasaba acá en el hospital que me decían “vine a verlo porque me dijeron que viera un ginecólogo, bueno perdón, soy psicólogo”, o “para que medique”. Había una época en la que había mucho desconocimiento de lo que era la psicología, hoy en día me parece que el nivel de cultura a aumentado, también en salud lo vemos, o en el derecho, la mayoría de los ciudadanos saben que tienen que hacer una denuncia en caso de violencia de genero o abuso sexual, o si le corresponden o no alimentos, o regimenes de visita o la tenencia... hoy la población sabe de esto, y en algún momento ese conocimiento fue del campo de la ciencia. Por suerte los criterios de verdad o de saber en el campo de la ciencia a partir de un saber cotidiano, porque en definitiva las ciencias se construyen así

desde un saber popular, que se consensúa y se hace saber científico, mas luego ese saber del campo científico vuelve a las comunidades y eleva el nivel de pensamiento de la comunidad, desde ese punto de vista yo veo que en general viene a pedir al campo de la salud mental y sabe que pedir, “quiero una psicoterapia porque me siento mal, quiero hablar con alguien” te dice la gente, y otro viene a buscar una pastilla. Y en general el que viene buscar, viene a buscar. El que viene a buscar una pastilla y vos le ofreces una psicoterapia te dice “no, yo no quiero hablar con nadie”, después uno puede intentar, pero pensalo, es interesante, puede intentar abrir, o a la inversa, hay una psicoterapia y se ve que hay un cuadro que requiere una medicación se orienta, por eso hay entrevistas de admisión. Pero por lo general la gente viene con una construcción simbólica y reconocimiento respecto de la diferencia entre psiquiatría y psicología.

### *Ley*

Yo he leído unas cuantas veces la nueva Ley, y lo que yo veo es que la forma en que estamos trabajando en Pcia de Buenos Aires y en Argentina, no es muy ajena a lo que marca la Ley, no tenemos que hacer cambios sustantivos, se venia trabajando hacia ese lado, en la interdisciplina, hay algunas modificaciones que quedan mas en claro, que por ejemplo un Juez no puede ordenar una internación, ahora queda expuesto en la Ley, pero en Tandil, por lo general, Tandil todavía es una ciudad con una población muy humana, entonces hay una cercanía entre las instituciones y los diferentes profesionales y es factible que ya en Tandil el Juez no lo ordenaba y lo

consultaba si esta para internar o no, antes que se formalizara en una orden, entonces yo no recuerdo una disfunción o una ruptura entre instituciones que necesitáramos una Ley para que los jueces no atropellaran el campo de la salud, y recuerdo jueces llamando a salud mental, fiscales, defensores llamando... se trabaja bastante en equipo. Supongo que hay ciudades en las que no debe ocurrir, por el tamaño o por la magnitud de la ciudad es difícil pensar que esto no ocurriera en Buenos Aires que hay 8 millones de habitantes, es difícil no da el tiempo, no da la proximidad para establecer estas relaciones, creo que Tandil tiene ese beneficio por suerte, que la proximidad entre la gente y el conocimiento de la gente permita ese tipo de trabajo, no encuentro yo un cambio sustancial, revolucionario, de que no trabajemos en interdisciplina o que no hubiera reconocimiento de las profesiones, la Ley pone mucho el acento en esto, en equipos de trabajo, en equipos interdisciplinarios, el enfermero ocupa un lugar de voz y voto como el resto, por supuesto, esto se hacia mas o menos así, ya los últimos años, no te digo los últimos 30 años atrás, pero los últimos 10 años esto se venia poniendo en marcha. Esto que se venia haciendo en Tandil esta plasmado en la Ley, es lo que mas o menos veníamos haciendo desde hace 10 años, es lo que yo entiendo, por ahí algo se me puede escapar, por eso estamos haciendo espacios de discusión del tema de la Ley, por ejemplo ahora el 10 va a estar la charla con este invitado, el psiquiatra de la Asociación de psiquiatras viene a discutir el tema de la Ley, vos trajiste a Gorbat para discutir el tema de la Ley. Lo que encuentro mas en la Ley es este acotamiento al campo judicial, en varios artículos le pone limites al campo

judicial, que supongo que en algún momento se hacia lo que la Ley decía, la interdisciplina también le saca el monopolio del poder discurso medico, no es ya o el Juez o el psiquiatra, abre el campo de la salud mental. A mi gusto eso ya existía acá en Tandil, pero capaz había en rincones que no, pero yo creo que si tanto en el campo publico como en el privado. Eso seria el cambio, no solamente se hace sino de hecho, sino de derecho que esto es así, entonces queda claro y circunscripto en el campo de los abogados y también queda claramente limitado la hegemonía del discurso medico. Y bueno, bienvenida sea.