



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

“Dispositivo de Promoción de Salud Mental”

Autora: Nasuti, Gianna.

Legajo: N -0500/2

Docente graduado: Santanocito, Gisela.

-2018-

Agradecimientos

A la Facultad de Psicología, por abrirme sus puertas y contribuir a mi crecimiento tanto personal como profesional en estos 6 años. También a los docentes y compañeros que me acompañaron en este proceso.

A mi familia, y sobre todo a mis padres por haberme apoyado desde el primer momento que decidí estudiar esta carrera y haberme acompañado incondicionalmente.

Índice

Resumen y palabras claves.....	4
Tema y problema.....	5
Fundamentación.....	6
Objetivos.....	7
Antecedentes.....	8
Marco teórico.....	10
Propuesta metodológica.....	16
Exposición de los datos obtenidos.....	17
Análisis de los datos obtenidos.....	20
Conclusiones	23
Referencias bibliográficas	25

Resumen

El presente trabajo de investigación se planteó conocer cómo contribuye el Dispositivo de Promoción de Salud Mental Comunitaria de un Hospital General de la ciudad de Marcos Juárez a la producción de vínculos e inclusión social de sujetos con sufrimiento psíquico. Con este fin, se propuso describir su organización y funcionamiento, indagar sobre la constitución del equipo y la modalidad de prácticas que realizan, así como conocer la práctica concreta del psicólogo en este marco.

La metodología utilizada es de corte cualitativo, de carácter exploratorio y descriptivo. Se seleccionaron como técnicas de recolección de datos, registros de observaciones participantes y entrevistas semiestructuradas dirigidas a los coordinadores del espacio.

El dispositivo estudiado surgió a partir de la necesidad de un espacio alternativo a la atención en consultorio individual e internaciones, que promueva la construcción de vínculos entre sus integrantes a partir de la producción musical, con fuerte participación de los usuarios de salud mental. Comenzó en el año 2011, conformándose el equipo profesional por psicólogos, trabajadora social y practicantes de la carrera de psicología.

Se encontró que la realización de prácticas en salud mental comunitaria, favorecen la integración social de sujetos con sufrimiento psíquico, empoderándolos y promoviendo su salud mental. Dichas prácticas, se encuentran atravesadas por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada un año antes de la creación del dispositivo, que sostiene que los procesos de atención deben realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de APS.

Asimismo, aunque el dispositivo pretende incidir y trabajar en torno a la significación imaginaria de la locura en la sociedad, apunta a sustituir la lógica manicomial, esta investigación manifiesta que se evidenciaron dificultades en el plano institucional y expone las propuestas que surgieron al respecto, para dar continuidad e instituir a este tipo de abordajes.

Palabras claves

Promoción en Salud Mental Comunitaria, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Dispositivo Sustitutivo, Vínculos, Inclusión social, Interdisciplina.

Tema

Prácticas comunitarias en Salud Mental.

Problema

A partir de la experiencia concreta en un Dispositivo de Promoción de Salud Mental de un Hospital General y teniendo en cuenta algunas limitaciones y dificultades; para la realización de prácticas comunitarias en la mencionada institución, resulta interesante conocer los fundamentos clínicos del Dispositivo y su relación con la producción de lazo social:

¿Cómo contribuye el Dispositivo de Promoción de Salud Mental Comunitaria de un Hospital General de la ciudad de Marcos Juárez a la producción de vínculos e inclusión social de sujetos con sufrimiento psíquico? ¿Constituye este espacio un dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial? ¿En qué consiste la práctica del psicólogo en el mismo?

Fundamentación

Conocer cuáles son los fundamentos clínicos de un Dispositivo de Promoción de Salud Mental de un Hospital General es el eje conductor de este trabajo, el cual se abordó desde una actitud comprensiva, de escucha, de interrogación y vinculación entre teoría y práctica. En la actualidad, teniendo en cuenta la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y lo que manifiesta acerca de la construcción de dispositivos de salud mental comunitaria, evitando la internación o recurriendo a ella como último recurso en hospitales generales, es fundamental la existencia de dichos espacios, que promuevan el fortalecimiento de vínculos intersubjetivos, entendiendo al usuario de salud mental como un sujeto activo de transformación social.

El sufrimiento psíquico debe ser pensado como un proceso de salud- enfermedad, no desde el orden biológico sino con múltiples determinaciones, sociales, históricas, culturales, etc. Es un proceso dinámico, incesante, de lucha, donde se deja de lado lo estático y se evita el bloqueo de conflictos dando la posibilidad de afrontarlos transformando la realidad.

Si se entiende que estar saludables o enfermos es una cuestión en la que la sociedad está implicada, también lo son las prácticas. No se puede pensar a la comunidad ajena a los determinantes sociales, sino queda subordinada al reduccionismo propuesto por la lógica manicomial, donde aquellos que no se adaptan al modelo de "normalidad" quedan excluidos de la sociedad por no poder responder a las adaptaciones de las normas sociales. Se necesitan nuevos dispositivos que puedan responder a estas demandas.

Uno de los propósitos del escrito, consistió en indagar sobre este dispositivo en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, a los fines de investigar si constituye un dispositivo sustitutivo a las lógicas manicomiales, las cuales no solo comprenden únicamente al encierro asilar sino también al silenciamiento, objetivación, exclusión, violación de derechos de los sujetos que padecen algún sufrimiento psíquico.

Reflexionar acerca de la práctica del psicólogo, supone la importancia de conocer y difundir modalidades de atención del sufrimiento psíquico, que contemplen al sujeto como un sujeto de derechos, implicado en su proceso salud- enfermedad. Por ello, se considera necesario revisar las prácticas en este campo desde una perspectiva crítica y abierta a la complejidad, contribuyendo a realizar aportes desde esta posición, que sirvan para pensar la formación como trabajadores de la salud mental y así mejorar la calidad de vida de los usuarios de Salud Mental.

Objetivos

Objetivo General

- Conocer cuáles son los fundamentos clínicos del Dispositivo de Promoción de Salud Mental Comunitaria que se lleva a cabo en un Hospital General de la ciudad de Marcos Juárez y su relación con la producción de vínculos e inclusión social de sujetos con sufrimiento psíquico.

Objetivos Específicos

- Describir la organización y funcionamiento del dispositivo.
- Indagar sobre la constitución del equipo y la modalidad de prácticas e intervenciones que llevan a cabo.
- Conocer cuál es la práctica del psicólogo en el marco del dispositivo.

Antecedentes

Para la elaboración de la presente investigación se tomaron los siguientes trabajos sobre experiencias en salud mental comunitaria como antecedentes.

En un artículo de una página web del año 2011, "El tocadiscos", recuperado de <https://www.facebook.com/groups/alejoclaria/?fref=nf> se historiza sobre la experiencia de un dispositivo de salud mental en un efector de la zona noroeste de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, creado en el año 2010.

Éste apunta al vínculo que se construye entre los usuarios y los servicios entendiendo que la salud es un derecho de todos. Se trata de generar un espacio que propone conversaciones en las que circule la palabra a través de la música caracterizado por la promoción en salud mental, enmarcado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Se considera el dispositivo como herramienta innovadora, una propuesta superadora que deja de lado la modalidad de atención monovalente. Es abierto a la comunidad, promueve la inclusión barrial y, se parte desde conceptos fundamentales como la atención primaria en salud, accesibilidad e interdisciplinariedad que posibilitan esta experiencia. El fin en sí mismo es fomentar la construcción de lazos entre usuarios de la salud mediante la construcción de equipos y a crear prácticas interdisciplinarias por lo que la modalidad de atención se acerca al modelo de salud mental comunitario.

En este sentido en relación a la producción y construcción de lazos sociales se encontró un artículo de una revista digital del año 2003, "III Bienal: abrazo de las Artes y la Salud Mental", recuperado de http://www.opushabana.cu/index.php?option=com_content&view=article&id=283&Itemid=44. La cual da a conocer sobre el taller del Centro Comunitario de Salud Mental de Regla, que se encuentra en La Habana, capital de la República de Cuba, creado en el año 2001. En el cual realizan actividades de participación social en calles y parques, como por ej.: Bienal de artes y salud mental, donde a través de las manifestaciones en el arte se busca transformar la calidad de vida de los sujetos que padecen sufrimiento psíquico o alguna discapacidad física. Se apuntala a su autoestima y sostener sus lazos sociales. El lema que identifica este espacio es que pintar es una manera de sanear al mundo, a uno mismo, a los que nos rodean. Entonces se puede pensar que el arte no es asunto sólo de artistas y especialistas sino posibilidad de cualquier sujeto, vale para hacer lazo con otros, abrir el abanico. Es demostrable que el arte es puente entre pueblos y otras naciones. A través de actividades comunitarias que promocionan el desarrollo de capacidades creativas colectivas se abre la posibilidad de generar nuevas respuestas a problemáticas existenciales.

En correspondencia a la promoción de salud mental en el ámbito comunitario con eje en la producción de lazo social, se halló un artículo de una página web, del año 2006, el Centro de Producción e Intercambio "Pomelo en el patio" de la provincia de Santa Fe recuperado en <https://www.enredando.org.ar/2008/11/01/pomelo-en-el-patio-centro-de-produccion-e-intercambio/>. El mismo refiere a un dispositivo interdisciplinario e intersectorial, enmarcado en un programa provincial de Sustitución de Lógicas Manicomniales que fue generado por el Ministerio de Salud. En dicho espacio diariamente ofrecen un conjunto de talleres creativos y herramientas significativas para la inclusión social y laboral, en el que transitan personas que presentan situaciones de padecimiento subjetivo y que están realizando un tratamiento, se brinda diferentes espacios de taller: cueros, cerámica, producción de imágenes, producción de objetos, historietas, construcción de instrumentos musicales que son guiados por una persona que oficia como tallerista. Además, cuenta con un equipo profesional de psicólogas para acompañar en situaciones concretas que lo requieran. Uno de los objetivos principales que se plantea es poder incidir y trabajar en torno a la significación imaginaria de la locura en la sociedad.

Se conoce que las representaciones culturales son constitutivas del sujeto, por esto en este taller se parte de propuestas de todo el colectivo, que permite un protagonismo visible de dicho espacio, como por ejemplo, ferias y espacios de comercialización de los

productos que ellos mismos fabrican, estos eventos lo conforman una trama comunitaria heterogénea.

Marco Teórico

Resulta importante para el presente trabajo, a los fines de establecer las principales conceptualizaciones que generaron condiciones de posibilidad para pensar en términos de derecho a la Salud Mental, hacer un recorrido por los paradigmas del saber psiquiátrico y las corrientes más importantes de reformas psiquiátricas.

Amarante (2006) sostiene que en el modelo psiquiátrico clásico surge la institución psiquiátrica y el nacimiento de la psiquiatría. Michel Foucault (1961) en su obra Historia de la Locura de la Edad Clásica destaca el objeto de estudio de la psiquiatría como la red de relaciones entre prácticas, saberes y discursos. Se identificaba al loco como un personaje que representaba riesgo y peligrosidad para la sociedad, se quería lograr la institucionalización de la locura por medio de la medicina y el ordenamiento hospitalario. Esta significación de peligrosidad estaba asociada al concepto de enfermedad mental, definido por la medicina.

En la mencionada época no se hallaban discrepancias entre las instituciones que operaban con el delito y aquellas que contenían la locura ya que trataban bajo la lógica que plantea Michel Foucault (1975) en "Vigilar y Castigar" se quería establecer un orden de control en el comportamiento de la sociedad bajo la visión trágica del encierro y la exclusión. La relación con el loco, como así lo llamaban, era tutelar y constitutiva de las prácticas manicomniales.

La internación en hospitales estaba basada en prácticas de protección y guarda del orden social, el encierro no poseía relación con el estudio de patologías y medicalización, sino que se trabajaba con la ausencia o no de razón. Todos aquellos que simbolizaban amenaza a la ley y al orden social se los albergaba en hospitales generales o casas de misericordias, donde también permanecían toda clase de marginales como leprosos y prostitutas.

En la edad media con el nombre de enfermedad mental la des razón perdió protagonismo, dando lugar al estudio de criterios médicos científicos. Surgiendo allí la figura de Pinel (1793) como médico clínico, quien establece la enfermedad como un problema del orden moral emprendiendo un tratamiento determinado. Se postula que el método de observación de síntomas para poder describirlos y clasificarlos es el aislamiento. Organizándose así el espacio asilar donde el término "locura" es tomada como objeto de saberes, discursos y prácticas, definiendo criterios únicos de evaluación y medición.

La enfermedad se re agrupa y diversifica de acuerdo a sus síntomas, existiendo subdivisiones para clasificar los síndromes comportamentales, determinando lo normal de lo anormal. Es meramente clasificatoria ya que no le interesa su esencia sino lo que es observable con el fin de agruparlos según su orden. En fin se enfoca en lo fenomenológico para construir nosografías, sustrayendo la dimensión subjetiva e histórica-social, conllevando a una lectura clasificatoria del padecimiento mental, resultado del saber médico. En efecto se puede pensar en la segregación y exclusión social como la imposibilidad de un lazo posible entre el sujeto y sociedad.

Actualmente si bien existe una puja entre paradigmas instituidos e instituyentes, el modelo clásico de psiquiatría puede resultar favorable a sectores con intereses de controlar y adoctrinar. Al respecto Paulo Amarante plantea:

La psiquiatría, pautándose en determinados modelos clínicos, busca afirmarse como proceso de conocimiento científico, en su pretensión de neutralidad y descubridora de la esencia de los disturbios mediante relaciones de causalidad. Ese territorio –matizado por los cánones científicos- pretende garantizar credibilidad de ciencia a la medicina psiquiátrica emergente. El análisis histórico de este proceso y la identificación de sus efectos permiten percibir como las pretendidas neutralidades y objetividad de los juegos de verdades de la ciencia buscan encubrir valores y poderes en el escenario cotidiano de los actores sociales. (Amarante, 2006, pág. 23).

Hubo varios movimientos de reforma a nivel social que cuestionaron el paradigma tradicional como la psiquiatría reformada, la comunidad terapéutica, la psiquiatría de sector y psiquiatría preventiva, la anti psiquiatría que permitieron pensar un modelo de salud

mental comunitaria. La Psiquiatría Reformada, actualizaba críticas y reformas de la institución asilar, anhelaba el reconocimiento y territorio de competencia sobre la enfermedad mental. A diferencia de las comunidades terapéuticas, Amarante plantea: *“Viene a caracterizar un proceso de reformas institucionales predominantemente restrictivas al hospital psiquiátrico, y marcadas por la adopción de medidas democráticas, participativas y colectivas, objetivando la transformación de la dinámica institucional asilar”*. (Amarante, 2006, pág. 25). Luego la Psiquiatría de Sector se definió por ser un movimiento contestatario de la psiquiatría asilar, en el cual se pretende llevar la psiquiatría a la población, evitando el aislamiento y segregación, el paciente debía ser tratado dentro de su medio social, el pasaje por el hospital solo era una etapa transitoria del tratamiento. Pronto en la intersección de la Psiquiatría de Sector y la socio terapia inglesa surge La Psiquiatría Preventiva, propone la tercer revolución psiquiátrica por haber descubierto no solo la prevención de las enfermedades mentales sino fundamentalmente la promoción en salud mental. En cuanto a la Anti Psiquiatría pretende romper el modelo asilar, respecto al campo teórico, buscando destronar el valor del saber médico sobre la comprensión, explicación de tratamientos mentales surge así un proyecto de comunidad terapéutica que da lugar al saber psiquiátrico desde una interrogación diferente a la médica.

Por último, es preciso mencionar las experiencias surgidas a partir de Franco Basaglia, quien fue el fundador de la Psiquiatría Democrática. Este movimiento inicialmente político constituido a partir de 1973 en Italia y luego por su gran difusión se fue expandiendo, apuntaba a construir bases sociales para que se pueda visibilizar la reforma psiquiátrica suspendiendo cualquier forma de control institucional sobre los locos y la locura. Como movimiento político se forma una comisión que pretende estudiar, revisar la legislación vigente y presentar un proyecto de ley identificado como la “Ley Basaglia”, aprobada el 13 de mayo de 1978 inspirados en las ideas de quien lleva su nombre, quien se empeña en que se apruebe y se implemente efectivamente. Introduce importantes avances en la asistencia psiquiátrica, dando soluciones alternativas a la internación.

Las políticas en salud mental, emergentes en este período, buscaban la reinserción del sujeto que padece un sufrimiento mental en la comunidad propugnando la desaparición de la internación prolongada, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad. No es tampoco ajeno a estas transformaciones el hecho de que, al configurarse los sistemas universales de salud, la presencia de numerosas camas hospitalarias ocupadas infructuosamente, desde la lógica curativa, por pacientes psiquiátricos apareció visiblemente como un problema.

Teniendo en cuenta los postulados de las nuevas políticas en salud mental es así como La Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978 declara que:

La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada. (Alma-Ata, 1978, VI)

En distintos momentos se dieron lugar a dos implementaciones de Atención Primaria en Salud, una de ellas denominada: Atención Primaria Selectiva, con sustento Neoliberal definiéndola como un primer nivel de servicios básicos. Y la otra implementación, que surge anteriormente a la mencionada, está contenida en el documento de Alma Atta conocida con el nombre de Atención Primaria Integral, basada en la idea de derechos y re organización de los sistemas de salud. Se pretende la necesidad

de integrar las acciones de salud mental a la Atención Primaria en Salud, desarrollando políticas integrales de promoción y prevención con eje en la desmanicomialización.

Varios fueron los factores que confluieron y posibilitaron estas reformas, una práctica transformadora que se puede mencionar es la experiencia de Río Negro, en Argentina, como un proceso de desmanicomialización que tiene como protagonistas a Hugo Cohen y Graciela Natella (1995). Se implementaron estrategias de trabajo desde una modalidad de salud mental comunitaria, se estructuraron bajo cuatro ejes:

Descentralización: Se rompe con el modelo tradicional de que el Hospital era el único lugar de atención en salud mental. Se propone que el proceso terapéutico se pueda desarrollar de diversos lugares con múltiples efectores, trascendiendo la dinámica hospitalaria, es preciso destacar que esto no le quita su valor jerárquico a la institución del hospital: Ej.; internación domiciliaria.

Trabajo comunitario e Interdisciplinario: Al dejar de concebir el manicomio como único lugar de cura y abrir esa tarea a otros espacios lo que se descentraliza también es la responsabilidad sanitaria. Cada uno desde su lugar y saber puede contribuir a la tarea terapéutica.

Mantener vínculos: Era valorada la participación de la familia y vínculos dentro de la problemática del paciente. El trabajo era con el paciente y el ambiente que lo rodea, otorgándole un protagonismo dentro del proceso de curación y manteniendo los vínculos del sufriente mental con su medio, queriendo lograr la reinserción del sufriente mental en su comunidad.

Re incertar en el medio: De lo que se trata es de alcanzar la reinserción del sufrimiento mental en su comunidad. Se busca que el paciente vuelva a ser visualizado como un sujeto que puede ejercer una vida plena. Ej.: Vivir con su familia, mantener su hogar, etc.

En cuanto a la estrategia del trabajo comunitario e interdisciplinario es preciso destacar que los equipos conformados en esta práctica comunitaria apuntaban al trabajo de patrullas, la rehabilitación social del sufriente mental, la internación preferentemente domiciliaria, y en caso de que se requiera internación en un hospital general en un lapso breve de tiempo. La capacitación continua en intervención en crisis y en técnicas de reinserción social fue una estrategia primordial. Así es como la noción de sufrimiento mental incorpora la dimensión subjetiva del sufriente, esto implica un avance con respecto a la perspectiva clásica, ya que en ella esta noción estaba ausente.

En el tránsito de esta experiencia se presentaron obstáculos y resistencias a nivel singular tanto en el profesional de la salud mental como en el sufriente mental, y a nivel comunitario e institucional, pero estos resultaron posibilitadores de cambios. A nivel singular, en relación con los profesionales se puede ubicar como resistencia que el tratamiento de cura ya no acontece en el Hospital, sino que debe ser por fuera, en el barrio, en la comunidad, el desafío está en buscar nuevos recursos que respondan a las necesidades de los sujetos y no que la población se amolde a las prácticas habituales. A nivel singular, en relación al sufriente mental, Hugo Cohen y Graciela Natella (1995) plantean como un obstáculo que el sufriente mental debe asumir responsabilidad de su tratamiento en relación a sus posibilidades, y esto le provoca miedos y ansiedades. Por último, con respecto a la comunidad, una de las resistencias consiste en conservar al sufriente mental dentro de su medio y aportarle los recursos para resolver su crisis, percibiéndolo no como alguien extraño sino como parte de la comunidad.

Estas resistencias y obstáculos permitieron reconocer que las dificultades que apremian estas experiencias son superables e inevitables, parte intrínseca de procesos instituyentes. Se intenta generar, desde la salud mental comunitaria, una práctica que tiene como elementos constituyentes las relaciones que se establecen en la comunidad, por medio del trabajo, la amistad, las relaciones barriales para la deconstrucción del dispositivo psiquiátrico que tenía las propiedades de exclusión, tutela y peligrosidad consumidos por el imaginario social.

Las prácticas necesitan confrontarse con el espacio comunitario y las relaciones que se establecen con la locura, la solidaridad y el deseo en la alteridad del otro.

Por lo mencionado anteriormente se considera que:

La salud y la enfermedad ganan concreción histórico – social, se vuelven fenómenos datados en la realidad política de los sujetos sociales. La abstracción operada por la mirada positivista de las instituciones psiquiátricas puede ser recolocada y situada en la existencia de toda una relación entre saberes/poderes/subjetividades hechos prácticas sociales. (Amarante, 2006, pág. 51).

En este contexto de transformación social se busca responder a las demandas a través de estrategias de trabajo bajo la modalidad de prácticas y acciones de promoción en salud mental comunitaria, en relación a esto Claudia Bang sostiene que:

Las practicas/acciones de promoción de salud mental comunitaria son aquellas que propician la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación hacia la constitución de la propia comunidad como sujeto activo del sujeto de transformaciones de sus realidades, generando condiciones óptimas para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud - enfermedad, cuidados. (Bang, 2016, pág. 27)

En este sentido, los procesos participativos en salud han dejado huellas de experiencias que permiten desafiar el sistema social desigual de la década del noventa, donde se dio un período caracterizado por la adopción de políticas neoliberales, con el consecuente vaciamiento del Estado y la aparición del mercado como la principal voz autorizada para dictar la agenda pública. Este discurso fue re significado a partir de la existencia de movimientos sociales que producían prácticas transformadoras, promotoras de equidad y derechos en salud. La participación en si es un factor de salud mental, ya que restituye lazos de solidaridad social, diferenciándose de lo patologizante de vivir situaciones conflictivas de forma individual y pasiva (Stolkiner, 1988). Se puede pensar esta noción bajo tres indicadores de participación comunitaria en salud mental:

- Crear espacios de encuentro comunitario e intercambio sobre problemáticas compartidas.
- La circulación de la información de forma clara y precisa
- Los participantes pueden incidir en la toma de decisiones.

Se ha desarrollado la noción de promoción de salud mental comunitaria desde una perspectiva de salud integral y no normativa. La APS integral con enfoque en salud mental incorpora acciones de prevención y promoción en acciones generales de salud, a fin de reincorporar la dimensión subjetiva, generalmente eludida en los modelos de atención, buscando así humanizarla (Stolkiner & Solitario, 2007). Se aborda este concepto bajo tres pilares fundamentales:

- Participación activa de la comunidad.
- Transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios
- Constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación

social.

Según la Organización Mundial de la Salud:

Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofísico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental. (Hosman y Jane-Llopis, 1999, p.31)

Esta cita hace referencia a la inclusión de prácticas relacionadas a la salud mental de los sujetos, en donde se apueste a la creación con aquello que se tiene. Desde el arte y la articulación a otras disciplinas se han creado intervenciones comunitarias para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas, a partir de la prevención que se dirige al desnudamiento de esas situaciones cuyas acciones se orientan a facilitar procesos

donde se enuncien conflictos y develan dificultades a elaborar, produciendo una acción transformadora desde la implicancia de los sujetos.

Ana Cecilia Augsburger en su artículo “La inclusión del sufrimiento psíquico” manifiesta que: *“Son las situaciones de sufrimiento las que inducen de manera prioritaria a alguien a solicitar ayuda”* (2004, pág. 75). Lo que distingue a las consultas de salud mental, es el sufrimiento, no la enfermedad.

En este punto es preciso tomar la noción de objeto de salud mental que sostiene Emiliano Galende (1994), el cual da cuenta que es un objeto social – histórico por esto se debe considerar los modos históricos en que los problemas de salud mental se han planteado, como fueron abordados, y que respuestas se dieron en los contextos socio – históricos.

No se trata de encontrar respuestas en prácticas eficaces al modo positivista sino que en el entre cruzamiento de teorías y prácticas es donde se van definiendo las problemáticas de salud mental y sus abordajes en la actual coyuntura. Siguiendo a Galende *“La salud mental forma parte de las condiciones generales del bienestar, se ocupa específicamente del bienestar psíquico y el sufrimiento mental, por lo que está estrechamente unida a las condiciones sociales de vida”* (pág. 81, 1994).

El sector de salud mental está destinado a prevenir, asistir, posibilitar la rehabilitación del padecimiento mental desde la comprensión de lazos sociales deseables implementando dispositivos de intervención comunitaria, que incorporan prácticas de salud mental comunitaria desde una perspectiva crítica y abierta a la complejidad, se desarrollan estrategias de múltiples y flexibles intervenciones para lograr el fortalecimiento de vínculos y la constitución de la comunidad como sujeto de transformación social, un elemento clave con el que se sostiene la práctica de la salud mental comunitaria.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en el año 2010, marca un hito histórico, avala estos procesos *“tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional”* (2010, cap. 1 art. 1) otorgándole el beneficio de acceder a la atención en salud mental en hospitales generales y/o atención primaria. Es preciso conocer que dicho marco legal define a la salud mental como *“un proceso que se encuentra determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos; cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a los derechos humanos y sociales de toda persona”* (2010, cap. II art. 3).

Esta conceptualización incluye diversos aspectos que se entrelazan y esto permite reubicar el proceso salud – enfermedad en un espacio de interrelación compleja, cuya esencia se encuentra en el carácter histórico y social. Estas reformas reflejan la transformación en la asistencia a la salud mental, en relación a esto el artículo 1º del anexo de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 expresa:

Entiéndese por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3º de la Ley N° 26657. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, anexo I, cap. 1)

Para el abordaje del padecimiento mental desde una perspectiva integral resulta imprescindible la formación de equipos interdisciplinarios. Éstos son la unidad básica para posibilitar la intervención en este campo, es ineludible que haya objetivos en común, no siendo la mera suma de las personas físicas. Se definen por una forma particular de trabajo, entendiéndose que no hay un modelo universal de equipos, sino que se conforman según las necesidades de cada comunidad. Entre los profesionales que forman parte de estos equipos se deben establecer vínculos funcionales basándose en la división del trabajo y de las responsabilidades según las capacidades técnicas de cada uno. En efecto se genera un modelo de atención basado en el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria para lograr una atención integral.

Pensar el trabajo en equipo supone encontrarse con multiplicidad de cuestiones, una de ellas que es pertinente destacar es la práctica del psicólogo en estos espacios. Delimitar esa posición de quien interviene, reconocer aquello que le da especificidad, y al mismo tiempo conocer la trama en la que esa posición se sostiene, configura los equipos de trabajo. La posición es el lugar construido, tanto individualmente como en vínculo con otros, en el marco de una organización/ institución. Reflexionar sobre la práctica del psicólogo no es tarea sencilla, implica la revisión constante de las herramientas conceptuales, de marcos legales, del saber teórico/ práctico, que promueve la reconstrucción de los mismos. Es el proceso que se da articulando los determinantes socio histórico, económico, ideológico, jurídico, políticos, etc. Es interesante para este escrito, plantear la noción de oficio del psicólogo. Como dice Menin (2000), es donde el oficio además de ser representación es también acción circunstanciada. El psicólogo es un profesional en la cual su labor está ligada a un rol determinado cuyo condicionamiento histórico- cultural- social lo distingue de otros por su quehacer singular.

En función de concebir a las prácticas de manera compleja e interdisciplinar es pertinente tomar el concepto de clínica ampliada de Sousa Campos (2001). El mencionado autor define este concepto como una ampliación de la clínica. Acoge una gama de prácticas en donde el eje es el sujeto, clínica del sujeto que incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto. La clínica ampliada demanda conocer aspectos genéricos de los procesos salud-enfermedad atención, para aprender la variación, saber escuchar el caso singular.

Propone una reforma de la clínica moderna que debe basarse en descentrar el énfasis en la enfermedad y considerar el sujeto concreto. Como plantea Campos:

Se sugiere, por lo tanto, una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la clínica. De la enfermedad, como objeto de conocimiento y de intervención, se pretende, también, incluir al sujeto y su contexto como objeto de estudio y de las prácticas de la Clínica. (Sousa Campos, 1996, p. 76).

Se plantea empoderar profesionales, expresando dudas, incertidumbres, por lo cual la clínica del sujeto demanda un hacer comunicativo y trabajo en equipo; y un análisis de los modos de reproducción social para construir herramientas que interroguen y superen prácticas que reproduzcan la impunidad, la naturalización de los procesos de desafiliación. Supone un trabajo en equipo y un hacer en y para la comunidad, no se trata de trabajar en un campo de puras certezas, sino que el desafío está en posibilitar espacios de intercambio de saberes, a partir de la valoración de cada integrante que conforman los equipos interdisciplinarios, y de conocer los límites de cada uno de ellos apostando a la construcción colectiva.

Propuesta Metodológica

La metodología utilizada en el presente trabajo es de corte cualitativo, ya que se propone indagar prácticas en salud mental comunitaria sin la intención de cuantificar variables.

En relación a la metodología de corte cualitativo Souza Minayo manifiesta:

Se trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más pro-fundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables. (Souza Minayo, 2007, p. 18)

Además, se trató de una investigación de carácter exploratorio y descriptivo que posibilitó establecer una primera mirada del campo. Los estudios exploratorios buscan investigar hechos sin el objetivo de predecir las relaciones existentes entre las variables. Las técnicas de recolección de datos implementadas fueron observaciones participantes y entrevistas semiestructuradas a informantes claves.

La técnica de la observación participante se realiza a través del contacto directo del investigador con el fenómeno observado para obtener información sobre la realidad de los actores sociales en sus propios contextos. El observador en tanto parte del contexto de observación, establece una relación cara a cara con los observados. En este proceso, el, al mismo tiempo, puede modificar y ser modificado por el contexto. (Souza Minayo, 2003, p. 47)

Otro instrumento fundamental del cual se valió esta investigación fueron las entrevistas semiestructuradas dirigidas a los coordinadores del taller y profesionales que en algún momento formaron parte del funcionamiento del dispositivo. Cabe destacar que este instrumento es uno de los procedimientos más usados en lo que refiere el trabajo de campo. Lo interesante de este recurso es la recolección de datos desde la palabra y significación de los hechos que protagonizan los actores sociales que viven una determinada realidad.

Para el proceso de construcción de datos se utilizó la técnica de análisis del discurso, Su creador francés es Michel Pécheux. Siguiendo a Minayo (2003), ésta es un concepto reciente en el campo de intersección entre la lingüística y ciencias sociales *“El objetivo básico del Análisis de Discurso es realizar una reflexión sobre las condiciones de producción y aprehensión de la significación de textos producidos en los más diferentes campos”* (Minayo. S. 2003. p. 177).

En el mes de julio de 2018 se realizaron entrevistas a cuatro informantes claves, en relación a la:

Coordinación actual del espacio de Salud Mental:

Psicóloga

Trabajadora Social

Coordinación de años anteriores:

Psicóloga

Psiquiatra

Consideraciones Éticas:

Se han cumplimentado los recaudos relacionados al consentimiento informado de los entrevistados.

Exposición de los datos obtenidos

Luego de la exploración de campo y de la recolección de datos de las entrevistas realizadas en el mes de julio de 2018 en un Hospital General de la ciudad de Marcos Juárez, a profesionales que integran el dispositivo de promoción de salud mental que se propuso investigar, se obtuvo datos para responder a los objetivos planteados.

Con respecto a la organización y funcionamiento del dispositivo, los profesionales que integran el equipo relatan que la propuesta de su creación surge en el año 2011 aproximadamente, como una alternativa a las internaciones. El equipo se apoya en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, apunta al reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento subjetivo. *“Nos dimos cuenta que entre los consultorios externos y las derivaciones a Bell Ville había un universo de personas, con los consultorios no alcanzaba y Bell Ville excedía su capacidad”*, explica el psiquiatra. Es preciso destacar que el Hospital General de Marcos Juárez, conforma la red de hospitales públicos provinciales de Córdoba, a pesar esto el departamento Marcos Juárez, cuenta con una población de 100.900 habitantes, de los cuales muchos de ellos viajan hasta otras ciudades porque sus demandas en lo que respecta a la salud no pueden ser cubiertas en este hospital por falta de profesionales especializados, desborde en la atención, entre otras. En cuanto a las derivaciones al Hospital de la ciudad de Bell Ville mencionadas en la entrevista, el mismo es una institución polivalente que cuenta con un Área de Salud Mental, está localizado a 75 km de la ciudad de Marcos Juárez. Su área de cobertura comprende los Departamentos Unión y Marcos Juárez, con una población de aproximadamente 210.000 habitantes.

Teniendo en cuenta la necesidad de un de un espacio alternativo a la atención en consultorio individual e internaciones, que son entendidas como recurso terapéutico restrictivo, y por la idea de una usuaria del servicio de salud mental, junto al aporte de profesionales es que comenzaron a realizar talleres; *“Primero arrancamos como un taller de música, puesto que coincidía que varios de ellos sabían tocar instrumentos y que en su momento lo coordinaba una paciente que sabía y trabaja de la música. Ella quería hacer una devolución al hospital por la atención que le habían brindado, entonces surge esta propuesta. Luego empezaron a coordinarlos dos psicólogas que hoy en día ya no forman parte del dispositivo, en el ingreso de nuevos profesionales dos psicólogas se hacen cargo del taller, pero no sabían música por lo cual surge la pregunta ¿qué hacemos?, pero eso no nos detuvo y el taller continuó”*, comenta una de las psicólogas.

El dispositivo comenzó en el año 2011, estuvo constituido por muchos profesionales como psicólogos, un profesor de teatro, practicantes de la carrera de psicología. En sus inicios, luego de la propuesta de la usuaria de salud mental mencionada anteriormente, estuvo conformado por dos psicólogas y un psiquiatra. El psiquiatra no participaba del mismo, pero coordinaba su funcionamiento y las practicas realizadas por los estudiantes.

En la actualidad lo conforman una trabajadora social y dos psicólogos, uno de ellos incorporado recientemente. Por el momento no hay practicantes porque no se está cursando la carrera de psicología en Marcos Juárez. Funciona los días lunes por la tarde en la sala de espera de los consultorios externos del Hospital General de la ciudad de Marcos Juárez. *“Al principio hubo cierta ansiedad, inseguridad de cómo iba a ser, puesto que no tenía tanta experiencia”*, explica uno de los psicólogos. *“Hay participantes que desde el comienzo vienen, a veces dejan y luego retoman, otros se van reincorporando a partir de lo que observan en sala de espera”* continúa diciendo.

Con respecto a la conformación del equipo, los integrantes coinciden en la fundamental labor de la trabajadora social, pues es quien se encarga de contactar a los pacientes y de trabajar con su familia, manteniendo así los lazos. *“Más que un taller específico de música, huerta o manualidades o lo que fuera, se trabaja fundamentalmente la cuestión del lazo social. Esta dificultad que aparece marcadamente en nuestros pacientes, personas que están solas, fragilidad en sus vínculos, que hace que ante una mínima crisis, estén internados en monovalentes. Se puede evitar perfectamente”*, interviene el psiquiatra. Argumentando que lo más importante de este dispositivo es que

es un espacio sostenido por los propios usuarios convirtiéndose así en un lugar de contención.

El dispositivo se caracteriza por la realización de una o varias actividades grupales con la finalidad de fortalecer el lazo social y generar un estado de ánimo favorable frente a las diversas situaciones que viven personas con sufrimiento psíquico. Ellos, tanto profesionales como participantes nombran el dispositivo como *“Taller de Salud Mental, pero en el cual no se trata de bajar línea, al contrario, el trabajo es horizontal. No interesa el producto del taller sino fortalecer lazos, afección de los lazos sociales. Eso nos permite evitar la línea divisoria entre el hospital y la comunidad”*, expone el psiquiatra.

Durante las cuatro entrevistas realizadas aparece un dato que no es de menor importancia, y es que en el Hospital no funciona un servicio de Salud Mental específica bajo esa denominación. Sólo con el esfuerzo de cada profesional a nivel individual en correlación con el compromiso con la salud pública, y con las personas que allí asisten, es que logran *“un equipo de trabajadores de la Salud Mental, ya que el Hospital no cuenta con un área organizada ni reconocida por las autoridades provinciales”*, fueron las palabras del psiquiatra al preguntarle cómo está constituido el dispositivo. De allí el valor agregado que tiene todo el esfuerzo realizado por los profesionales de instituir el servicio de salud mental, con la intención de sustentar las bases para la creación de un área específica y reconocida de Salud Mental dentro del Hospital. A pesar de este obstáculo los trabajadores asumen con responsabilidad y ética su práctica. *“La cuestión es poder trabajar el lazo social, y la idea era darle desde la institución un lugar a que los pacientes se apropiaran del lugar, del servicio, pudieran demandar en su momento una atención”*, explica una de las psicólogas. Y la asistente social agrega *“somos un grupo de profesionales que trabajamos interdisciplinariamente, y nos auto convocamos para esto”*.

En cuanto a las intervenciones desde la clínica, plantean que pueden ser leídas a posteriori. *“A veces son intervenciones sencillas, desde una contención, o desde alguien que plantea una situación y es receptada y donde seguramente se le da una respuesta. Generar vínculos entre ellos y con los profesionales. Creo que en los espacios públicos hay una gran vínculo que se forma con la institución, me parece importante que el paciente reconozca una institución que le puede dar una respuesta a su demanda, una solución”*, explica la psicóloga del taller. *“El trabajo siempre apunta a la autonomía y eso produce inclusión social, se trabaja en el fortalecimiento de la autonomía, primero son lazos horizontales, que tienen que ver con ellos, esto se propicia, se dan estos apoyos que, si alguien necesita algo, el otro está”*, manifiesta la trabajadora social. *“Pero también tratamos que, en todo momento, que la persona pueda ser autónoma, ganar su dinero, a través de un empleo o changas. Hay muchos pacientes que cuentan con una pensión y esto es importante. Hay personas que están solas y se las tienen que arreglar sin un empleo formal, en un sistema con una economía marginal, no es fácil estar insertos de esa manera”*, comenta la trabajadora social.

El equipo sostiene que el dispositivo favorece la inclusión social, planteando que son los usuarios quienes se apropian del dispositivo, remarcando que a veces no se sienten parte de la familia como si se sienten parte del taller. *“La idea está un poco en trasladar como ellos se sienten acá a sus espacios singulares. Este dispositivo podría funcionar en un club, en una plaza, pero creo que lo que lo hace posible que sea acá es la referencia con la institución, es importante. Que ellos tomen como referencia el hospital, no como un lugar solo de internación sino de consulta terapéutica, es muy bueno”*, expone el psiquiatra.

Asimismo, el equipo plantea como potencialidades del espacio el sentido de pertenencia, la apropiación e identidad del dispositivo, el objetivo principal del mismo es la prevención, *“trabajar desde la salud mental desde una lógica de la prevención”* remarca el psiquiatra. *“Se informa a los participantes sobre La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 para que conozcan sus derechos, por cuestiones que han pasado en internaciones u otros ámbitos, que se violaron sus derechos”*, comenta la trabajadora social. Y como debilidades explicitan que la rotación de los profesionales a veces hace de obstáculo porque no hay ninguno de ellos esté fijo y tenga un trabajo prologado en el tiempo. El psiquiatra manifiesta: *“Lo único constante fue mi ausencia – presencia por la coincidencia que se da, que atiendo*

ese día, esto se juega como una constante.” Por otra parte, la falta de encuentros de trabajo con el equipo, es vista como otra debilidad. En relación a esto, la trabajadora social comenta: *“Una de las falencias es la continuidad en el trabajo, pero por las características del grupo no se puede”*.

En cuanto a la práctica del psicólogo, una de ellas remarca que *“Somos agentes de cambio, promotores, facilitadores de procesos participativos donde las comunidades reconozcan necesidades y situaciones para la definición de problemas, valorando sus recursos y (re)organizándolos para la construcción de satisfactores creativos, alternativos y viables”* y la otra psicóloga comenta: *“Partimos de tomar el proceso de salud – enfermedad como un proceso dialéctico que está determinado por múltiples factores sociales, económicos, políticos que se enlazan y es nuestro oficio el que debe realizar acciones de promoción y prevención tendientes a crear las condiciones más favorables”*. Ambas mencionan actividades y eventos de los cuales participó este dispositivo y también se vivenciaron en las observaciones participantes realizadas como, ir al hogar de adultos mayores que se encuentra en el mismo hospital hacer música, algunos cantan, canciones que ellos mismos eligen, y otros acompañan con los instrumentos junto a los trabajadores y ancianos que conforman el mismo. Otro evento consistió en conocer y participar de un programa de una radio comunitaria de la ciudad dando a conocer este dispositivo y que los mismos participantes relaten sus experiencias.

Se realizaron observaciones participantes de eventos de gran importancia en relación a la salud mental, en los que intervino el dispositivo. Uno de ellos consistió en *“La Segunda Mateada Por La Salud Mental”*, que se realizó en una plaza de la ciudad. Este evento fue en continuidad de la que había creado un grupo de estudiantes de la carrera de psicología el año pasado. Durante la realización de las diferentes actividades que conformaban la mateada se pudo visualizar que al llegar a la plaza el equipo de profesionales de Salud Mental decidió ubicarse junto a los participantes y practicantes de la carrera para exponer actividades en conjunto formando un solo grupo y no partes separadas. Por otro lado, los participantes formaron parte de la mateada compartiendo charlas, mates, comida, no solo entre ellos, sino también con las personas que se acercaban. A su vez, todas las actividades que se llevaron a cabo – banderas en conmemoración de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, juegos entre adultos y niños, experiencias compartidas en la radio que era transmitida en la mateada – fueron realizadas en conjunto. También se observó que en la realización de las banderas, los participantes del taller de Salud Mental invitaron a la comunidad que estaba presente en la plaza, a pintar su mano para ser colocada en una bandera que estuvieron confeccionando. Era notoria la intención de hacer lazo social con otros a partir de actividades compartidas con la comunidad, es en estos momentos donde se traslucía el objetivo principal del dispositivo.

Una de las psicólogas manifestó que al querer realizarse por tercer año consecutivo la *“3° Mateada por la Salud Mental”*, organizada por el equipo del hospital y estudiantes de la carrera de psicología, fracasó por una lucha de egos, apropiación del espacio comunitario, y porque algunos de los organizadores se mostraron omnipotentes, destacó la trabajadora social *“Yo no voy a ir a un lugar donde no se respeten los derechos de los pacientes y sus deseos”*.

Es importante mencionar también como dificultad del dispositivo de promoción de salud mental, que por momentos se borraba el objetivo fundamental, reduciéndose el trabajo a una cuestión de entretenimiento individual, como por ejemplo en actividades para ejercitar la memoria o solo con fines lúdicos. Frente a esto y sobre lo que manifestaban los usuarios en relación a la estigmatización de “loco” que la sociedad y principalmente sus familiares le adjudicaban por el solo hecho de asistir al taller de Salud Mental se pensó, en las observaciones participantes, llevar a cabo una actividad que intente -en lo posible- restablecer el lazo social con el otro, se trataba de *“La Pesca de Clichés”*. Se destacó el hecho de que dicha actividad apuntaba a difundir la existencia de la Ley de Salud Mental, objetivo que ya se sostenía con la realización de la Segunda Mateada.

No interesaba, a las practicantes de la carrera de psicología, presentar la “Gran Actividad” sino simplemente demostrar que cualquier recurso al que se acuda puede generar, por momentos, un espacio en donde no haya lugar para la estigmatización. Es así como se llevó a cabo dicha actividad que consistía en pescar pescaditos de cartón en el cual cada uno tenía escrito un cliché, por ejemplo “loco”. Se les pedía a los participantes que se acerquen al “sector de pesca” y traten de pescar un solo pescado. Una vez que cada participante tenía su pescado, debía comunicar al grupo que dice él mismo. Luego el grupo reflexionaba sobre el cliché que posee el pescadito, pudiendo comentar como vive cada uno con ese cliché. La tarea se enmarcaba en la re significación de vivencias relevantes, en tantas portadoras de representaciones. Lo vivencial del habla, permite a los sujetos inscribirse identitariamente, reencontrarse de un modo diferente. Habilitar la construcción de relatos deviene de una estrategia de recuperación de memoria colectiva permitiendo la inscripción en lo cotidiano.

Análisis de los datos obtenidos

El punto de partida del análisis corresponde a la descripción de la organización y funcionamiento del Dispositivo de Promoción de Salud Mental denominado por los usuarios y profesionales del servicio de salud mental del Hospital como “Taller de Salud Mental” o “Taller de los lunes”, de forma informal. La iniciativa de crear un espacio colectivo surge de una usuaria junto al aporte del equipo interdisciplinario, a manera de querer retribuir la atención en el servicio y colectivizar la producción de vínculos, por medio de la coordinación de un taller de música en la sala de espera. Se pensó que sea de música, porque ella sabía sobre esta temática, se puso en acto el saber cómo una donación, poseía el conocimiento y podía darlo, compartirlo, transferirlo a otros. Es importante destacar esto porque se vislumbra una posición activa del sujeto, resultado del cambio de paradigma del modelo médico de atención hegemónico en salud, que implica dar cuenta de la identidad específica, de la responsabilidad social en el proceso salud - enfermedad, manteniendo estrechos vínculos con la institución de salud, en términos de participación comunitaria. Esto se contrapone a las prácticas que planteaba Foucault (1961) donde el paciente callaba, se lo controlaba y vigilaba teniendo un rol pasivo.

En cuanto al surgimiento del dispositivo en el año 2011, los profesionales que lo componen historizan sus orígenes. Esto les permite ubicarse como sujetos históricos, rescatar las experiencias de cada uno y trazar con ella una prospectiva que se dé un lugar en un futuro posible, donde algo se haga con lo que ha sido, con lo que es, y con lo que se quiere ser.

El dispositivo se creó a partir de la demanda de los pacientes de habitar un espacio de encuentro y escucha, distinto del consultorio singular. Esto significa un avance en salud mental, que implica cambios en la modalidad de atención, sumándose a la reestructuración de hospitales psiquiátricos y su reemplazo por sistemas de atención comunitaria, en los que se buscaba garantizar derechos civiles a los sujetos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657, promulgada un año antes de su constitución.

El dispositivo de promoción de salud mental funciona los lunes porque es el día que atiende el psiquiatra. Teniendo en cuenta la importancia de dicho espacio y su valor en el marco de las políticas públicas en salud mental con eje en la desmanicomialización: ¿por qué solamente pensar este espacio cuando atiende el psiquiatra? Si la Ley Nacional de Salud Mental plantea horizontalidad entre los distintos profesionales que forman parte de la atención en salud mental, sería interesante proponer otro tiempo y un espacio diferente de aquel ligado a la psiquiatría que históricamente ha presentado hegemonía en el campo. Proponer descentralización territorial, eje principal en que se piensan los procesos participativos en salud mental comunitaria, a partir de desarrollar dispositivos sustitutos de la lógica manicomial, en otros centros de salud o espacios alternativos. En este modelo de atención, el hospital general perteneciente al segundo nivel, funcionaría como referencia en aquellas situaciones que requieran intervenciones de mayor complejidad.

Asimismo, es fundamental reconocer que para que dicho espacio pudiera ser instituido, por algún lugar tenía que comenzar. Fue de particular importancia que el psiquiatra tuviera la apertura y flexibilidad de pensarlo en conjunto con otros trabajadores y usuarios del servicio de salud mental, planteándose una labor donde se conjugan diferentes saberes.

Es preciso destacar en cuanto a la constitución del equipo y la modalidad de prácticas e intervenciones que llevan a cabo, si bien el equipo se propone la realización de prácticas interdisciplinarias que promueven la desmanicomialización y el trabajo en red, el Hospital no cuenta con un área de Salud Mental específica bajo esa denominación. En esta organización, salud mental queda dentro del sector de clínica Médica en su generalidad. Esta falencia se contrapone a lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 en el capítulo V, Art. 8 y 9, el cual establece que la atención en salud mental debe promoverse desde equipos interdisciplinarios formalizados, capacitados y basados en principios de atención primaria de la salud.

A partir de esto se pueden pensar interrogantes como ¿Que sucede cuando la ley establece estos principios de funcionamiento y la realidad es distinta? ¿Cómo es posible el trabajo de los profesionales de salud mental sin un área formalizada y sumamente necesaria? ¿Cómo deben intervenir los profesionales frente a estas falencias? Es valorable la labor de este grupo de profesionales auto convocados, como se definen ellos, que crean y habilitan espacios de soporte de satisfacción de muchas necesidades colectivas y ofrecen la posibilidad de realizar diversas actividades.

Con respecto a la modalidad de prácticas e intervenciones que los trabajadores realizan, es necesario agregar que aunque ellos manifiestan que trabajan interdisciplinariamente, en las entrevistas y observaciones participantes se aprecia que en ocasiones es complejo realizar re trabajos de las situaciones. Esto se visibiliza como un obstáculo para producir una lectura compleja y crítica de las prácticas, aunque se entiende que el equipo se encuentra afianzándose y en proceso de construcción de una práctica imbuida en el modelo de salud mental comunitaria.

En relación a la conformación de equipo, es importante explicitar que estudiantes de la carrera de psicología han realizado sus prácticas en el dispositivo, llevando a cabo propuestas que fueron realizadas junto a los profesionales y participantes, como así también crearon nuevos dispositivos de promoción de salud mental: Taller para embarazadas, Mateada por la salud mental, Comité de admisión. Para llevar adelante las propuestas se articulan distintos sectores tales como salud, educación, cultura, en el armado de convenios institucionales que operaron como fuerza instituyente. La construcción de prácticas con estas características, se incluyen en los lineamientos propuestos por la Atención Primaria en Salud, con respecto a la creación de vínculos entre el sector de salud y otros sectores. Reconociendo que la complejidad en torno a la atención del sufriente psíquico implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Sobre la práctica específica del psicólogo ambas profesionales entrevistadas plantean la realización de actividades de promoción de salud mental comunitaria tales como son planteadas en las incumbencias que enmarcan su profesión: *“Realizar acciones de orientación y asesoramiento psicológico tendientes a la promoción de la salud y la prevención de sus alteraciones. Realizar acciones tendientes a promover la vigencia de los derechos humanos y efectuar estudios, asesorar y operar sobre las repercusiones psicológicas derivadas de la violación de los mismos. Participar, desde la perspectiva psicológica, en planificación, ejecución y evaluación de planes y programas de salud y acción social”* (Resolución 2447: Incumbencias de los títulos de Psicólogo y de Licenciado en Psicología). Se trata de intervenciones desde espacios de promoción de salud mental sobre situaciones sociales complejas, como la carencia de lazos afectivos, y el desnudamiento de esa problemática a partir de acciones que faciliten esos procesos.

Con respecto a la práctica del psicólogo y la modalidad de su intervención, teniendo en cuenta que el principal objetivo del dispositivo es fortalecer el lazo social, las experiencias relatadas por las informantes del dispositivo se ubican en relación a procesos creativos que poseen un gran capital transformador a nivel subjetivo y comunitario,

enmarcadas en la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Se trabaja con los usuarios en un dispositivo sustitutivo a la práctica manicomial, empoderándolos, reforzando derechos y participación activa en su proceso salud-enfermedad. También se apuesta al trabajo con la singularidad en el marco de lo colectivo, planteándose una clínica del sujeto que entiende la importancia de llevar adelante una práctica en red, acorde a los principios de la APS.

En la sociedad actual donde priman las individualidades y el aislamiento, el arte trabajado desde el colectivo puede constituirse en el principal elemento de transformación de lazos sociales. Las experiencias comunitarias como la que manifiestan los entrevistados permiten abandonar el lugar de individuo aislado para dar lugar a procesos de creación artística colectiva que posibilitan la satisfacción de necesidades vinculares y afectivas. Se da un lugar central a la dimensión corporal, expresada en la metáfora “poner el cuerpo”, se ocupa un rol activo en el hacer que permite construir una subjetividad comprometida e implicada que posee un cuerpo colectivo y ésta preparada para la acción.

En función del interrogante planteado, acerca de si el dispositivo de salud mental del hospital general de Marcos Juárez, constituye un dispositivo sustitutivo al manicomio, se interpreta por su organización y funcionamiento, así como por la modalidad de las prácticas que se realizan, impregnadas de una lógica antimanicomial con un fuerte basamento en la atención primaria de la salud, se acerca a constituirse como tal. Asimismo se reconoce que aún habrá que realizar un proceso de trabajo que refuerce la realización de trabajos colectivos de las situaciones que se presentan.

El “Taller de Salud Mental”, como lo llaman los usuarios, se propone como un dispositivo de promoción de salud mental sustitutivo a la lógica manicomial, una apuesta a la construcción colectiva, interdisciplinaria e intersectorial, en la cual se generan lazos y redes comunitaria que fundan trayectorias de accesibilidad a la salud mental por fuera de los muros manicomiales. Este “hacer” en relación a la dimensión corporal, mencionado anteriormente, es lo que le da marco al encuentro. El campo que está aquí en juego es el de procesos de creación en el colectivo como práctica de promoción de salud integral. Pero lo que debe trascender es la posibilidad de abordar la realidad dando cuenta de ella de modos mucho más complejos, estimulando la reflexión crítica y la capacidad de intervención de gestión de los problemas sociales como parte de la comunidad.

En la relación entre teoría-praxis, en el marco del trabajo del dispositivo, se hace necesaria la reflexión sobre la cercanía entre el arte y la salud mental. A partir de esto, surgen preguntas para continuar pensando: ¿Estas experiencias dan lugar al reconocimiento de vínculos en lo comunitario? ¿Permiten dar visibilidad a expresiones acalladas en lo cotidiano? ¿La permanencia en eventos de participación social posibilita conocer y ponerse en el lugar del otro, construyendo vínculos y abriendo posibilidades? al respecto Emiliano Galende manifiesta:

Hoy por hoy, las propuestas de salud mental. (...) están centradas en la comprensión de los procesos subjetivos, situándolos en el terreno de la vida social y la cultura, y se proponen formas de abordarlos conjuntamente entre la población y los servicios que se le prestan. Este es un terreno humano de la intención de comprender, de la consideración de la subjetividad del que sufre el malestar, de la palabra y el dialogo como instrumento para recuperar capacidades de pensamientos y de reflexión. La solución del malestar no consiste en suprimirlo por medios artificiales, sino de entenderlo en todas las dimensiones del sujeto y su experiencia de la vida. (Emiliano Galende, 2008, p.204)

Conclusiones

El dispositivo de Promoción de Salud Mental que se propuso investigar, surge en el año 2011 a partir del aporte de una usuaria de salud mental, a los fines de apostar a la deconstrucción de la representación social de la locura en el hospital y de la intervención de trabajadores de la salud mental para el fortalecimiento de vínculos e inclusión social, quienes se proponen trabajar en forma conjunta.

En este contexto, se promueve el apoderamiento de acciones saludables en comunidades vulnerables, fortaleciendo la construcción de redes que legitiman el derecho a la salud mental; desarrollando habilidades de integración que sirven de base para el trabajo interdisciplinario e intersectorial abordando habilidades sociales de aceptación, interés, reciprocidad, solidaridad, confianza para impulsar y sostener el trabajo en redes respetando la construcción de propuestas participativas, fomentando así la salud mental.

¿Cómo contribuir a fortalecer lazos y restituir derechos? ¿Cómo empoderar a sujetos con sufrimiento psíquico para plantear sus necesidades? Nace la idea de un dispositivo que responda a las características de la población, teniendo en cuenta las demandas que se reciben en el Hospital General. El trabajo del equipo de profesionales que coordina este dispositivo es desde un abordaje integral que supone que la realidad es compleja y que requiere de lecturas interdisciplinarias para problematizarla.

El dispositivo, enfocado en la producción de vínculos e inclusión social a partir de un objeto cultural como es la música, habilita a los usuarios a ubicarse como sujetos de derechos, poniendo palabras a sus malestares e intercambiando con otros. En este sentido, es un espacio que construye condiciones de posibilidad para la sustitución de lógicas manicomiales, teniendo en cuenta la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, y lo que ésta manifiesta acerca de la construcción de espacios comunitarios.

En relación a lo mencionado anteriormente, el dispositivo de salud mental del Hospital General de Marcos Juárez, se encuentra cercano a constituirse como un dispositivo sustitutivo al manicomio, ello se interpreta por su organización y funcionamiento, así como por la modalidad de las prácticas que se realizan, impregnadas de una lógica antimanicomial con un fuerte basamento en la atención primaria de la salud.

El equipo de profesionales que coordina el dispositivo se encuentra en un proceso de construcción y afianzamiento de una práctica infundida en el modelo de salud mental comunitaria.

Es importante destacar como un obstáculo para el trabajo, que no existe el área de salud mental formalizada como tal, sino que salud mental pertenece al área de clínica médica, subordinada a lo biológico. Esto se contraponen a los principios que establece la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 donde la salud mental es definida como un proceso con caracteres sociales e históricos, Galende (1994). Por esto es necesario que la Salud Mental forme parte de las políticas en Salud, comprendida desde un abordaje integral. Stolkiner & Solitario (2007).

Será responsabilidad de la sociedad en su conjunto, entre quienes tendrán un lugar de relevancia los movimientos de usuarios de salud mental y la lucha por sus derechos, poner en la agenda política, el reconocimiento del Servicio de Psicología del hospital general. En relación a esto se puede pensar ¿Cuál podría ser una apuesta como trabajadores de la salud mental? Teniendo en cuenta esta experiencia, se considera necesario la importancia de generar prácticas comunitarias en otras instituciones de Marcos Juárez: escuelas formales y no formales, guarderías, Centros de Atención Primaria en Salud, clubes deportivos, Área Local de Niñez y Adolescencia, Programa de Adicciones, Etc. Apostar a la transmisión de una historia en la promoción de la salud mental que pueda ser construida, (re) construida innumerables veces acorde a las características de las comunidades, promoviendo vínculos, articulación intersectorial, participación y trabajo en red.

No se trata de considerar esta praxis solamente como una utopía, como parte de los sueños que representan las expectativas de la sociedad, ni que queden en palabras muertas o marcos legales vacíos. Sino pensar prácticas de promoción en salud mental

comunitaria potentes para la transformación social. En relación a esto y a modo de reflexión, Eduardo Galeano (2012) manifiesta: *"La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces, para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar."*

Referencias bibliográficas

- Amarante, P (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la Reforma Psiquiátrica en Brasil. Cap 1*. Buenos Aires: Ed. Madres Plaza de Mayo.
- Augsburger, A.C & Gerlero, S. (2002). *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en Salud Mental: el sufriente psíquico como categoría clave* en Cuadernos Médico-Sociales nº 81.b. Rosario: Ed. CESS.
- Bang, C. (2016). *Creatividad y salud mental comunitaria*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Bang, C. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas* en Psicoperspectivas 13 (2) 109. Recuperado en [http:// www.psipespectivas.cl](http://www.psipespectivas.cl). Buenos Aires: Ed. UBA – Conicet.
- Bang, C. & Stolkiner, A. (2013). *Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/ salud mental desde la perspectiva de redes* en Humanidades y Ciencias Sociales. Año XXIV, nº 46. Buenos Aires.
- Cohen, H., & Natella, G. (1995). *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- De Souza Campos, G. W. (2001). *Gestión en salud*. Bs. As: Ed. Lugar.
- El tocadiscos. (2011) <https://www.facebook.com/groups/alejoclaria/?fref=nf>. Rosario.
- Enredando. (2006) <https://www.enredando.org.ar/2008/11/01/pomelo-en-el-patio-centro-de-produccion-e-intercambio/>. Rosario
- Faraone, S. & Bianchi, E. (2013). *Programa de sustitucion de lògicas manicomiales. El accionar de la Direccìon de Salud Mental de Santa Fe* en Dilemas en Salud Mental, Faraone, S. Y Valero, A.S. Coord. C.A.B.A: Ed. Madres Plaza de Mayo
- Ferrara, F. (1985). *Conceptualización del Campo de la Salud*. Buenos Aires: Ed. Catálogos.
- Fidalgo, M. M. (2008). *Adiós al Derecho a la Salud*. En: Consideraciones conceptuales acerca del "bien salud" y conformación del sistema de salud. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Galende, E. (1982). *La Crisis del Modelo Médico en Psiquiatría*. Cuadernos Médico-Sociales N° 23.
- Galende, E. (2008). *La ilusion de no ser* en Psicofarmacos y Salud Mental. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Gerlero, S. Augsburger, A. Duarte, M. Gómez, R. Yanco, D. (2011). *Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina*. Revista Argentina Salud Pública 2011 en www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen9/art-orig-salud-mental.pdf

Grillo, R. (2011). *III Bienal: abrazo de las Artes y la Salud Mental*. La Habana en http://www.opushabana.cu/index.php?option=com_content&view=article&id=283&Itemid=44

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657-
www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/ley_nacional_26657

OMS. (1978). *La Atención Primaria de la Salud*. Washington: OMS/OPS.

OMS. (2008). *La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca. Introducción*. Washington: OMS

Stolkiner, A., & Solitario, R. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías*. En D. Maceira, *Atención Primaria en Salud*. Buenos Aires: Ed. Paidós.