

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Prácticas de salud mental en el marco de la Ley
Nacional N.º 26.657: una aproximación desde la
narrativa de los profesionales de un equipo
interdisciplinario en un Hospital Público de la ciudad de
Paraná, Entre Ríos.*

Autora: Valentina Bettique

Dirección: Mg. Mariana Churruarín

Paraná, 3 de Marzo de 2026



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAYCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



Licenciatura en Psicología

**“PRÁCTICAS DE SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LA
LEY NACIONAL N°26.657: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA
NARRATIVA DE PROFESIONALES DE UN EQUIPO
INTERDISCIPLINARIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA
CIUDAD DE PARANÁ, ENTRE RÍOS”**

**Trabajo Integrador Final
ANEXOS**

Modalidad: Investigación de Campo

Autora: Bettique Valentina - 41.490.645 valentinabettique@outlook.com
tel. 3425940430

Directora: MG. PS. Churruarin Mariana S. - 20.149.699
mariana.churruarin@uner.edu.ar

Paraná, 03 de Marzo 2026



CONTENIDO

Dedicatorias.....	4
Agradecimientos.....	5
Resumen.....	6
Capítulo I: Presentación y construcción del Problema.....	7
1.1 Presentación y Justificación del trabajo.....	7
1.2 Planteamiento de la situación problemática.....	9
1.3 Interrogante.....	10
1.4 Objetivos de la investigación.....	10
1.5 Hipótesis o supuestos de trabajo.....	11
1.6 Estado de debate de Investigación.....	12
Capítulo 2: Perspectiva teórica y síntesis conceptual.....	17
Trama Conceptual en la construcción del Problema de Investigación.....	17
2.1 Narrativas.....	17
2.2 Campo de la Salud/ Salud Mental.....	19
2.3 Equipo de Salud Mental.....	26
2.4 Prácticas de Salud Mental.....	28
2.5 Dispositivos en el campo de la Salud Mental.....	29
Capítulo 3: Diseño metodológico.....	34
3.1 Tipo de diseño: Investigación de campo.....	34
3.2 Selección del contexto.....	34
3.3 Unidad de análisis.....	35
3.4 Tipo de Muestra.....	35
3.5 Técnicas de recolección de datos.....	36
3.6 Técnica de análisis de datos.....	38
Capítulo 4: Análisis de los datos obtenidos.....	41
4.1 Descripción y Caracterización acerca de la Conformación y Prácticas del Equipo Interdisciplinario del DAS.....	42
4.2 Concepciones de S.M. desde las Narrativas de Profesionales del Equipo del DAS, sobre Salud/S.M., Sujeto y Prácticas, en relación a los Procesos de Transformación a partir de la LNSM N° 26657.....	55
Consideraciones finales:.....	83
Bibliografía:	87

“No es posible, o resulta irremediablemente falso, un conocimiento que no parta de la complejidad del sujeto en su existencia real, para luego situar su sufrimiento en relación con la experiencia de por quién y cómo es tratado. Esto hace que el conocimiento requiere de al menos dos ámbitos de interrogación: las prácticas de los especialistas de las disciplinas, por una parte, y la reflexión acerca del sujeto comprometido en la experiencia, es decir, quien sufre, que constituye a su vez los fundamentos concretos que deben estar presentes en la práctica del especialista, por la otra.”

Emiliano Galende, 2015

DEDICATORIAS

A “Yayo”.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que han sido parte de mi recorrido en la Universidad Pública.

A mi mamá, por transmitirme con amor y constancia el valor del conocimiento.

A mis abuelos Luisa, Marta y Juan, por enseñarme con su ejemplo el significado del esfuerzo y la perseverancia.

A mi hermana Josefina, por su aliento permanente y por recordarme siempre la importancia de seguir adelante.

A mis compañeras de estudio, verdadero sostén y compañía a lo largo de este proceso.

A mis amigos, por su incondicional apoyo en los momentos más difíciles.

A los y las docentes de la Licenciatura en Psicología, por compartir con generosidad sus saberes y experiencias.

A la Universidad Pública, por abrirme sus puertas, alojar mi formación y brindarme un espacio de crecimiento personal y profesional.

A Mariana, directora de T.I.F., por su orientación y acompañamiento en cada etapa de este trabajo.

RESUMEN

El presente Trabajo Integrador Final, correspondiente a la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma de Entre Ríos, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, se titula “Prácticas de salud mental en el marco de la Ley Nacional N.º 26.657: una aproximación desde la narrativa de los profesionales de un equipo interdisciplinario en un Hospital Público de la ciudad de Paraná, Entre Ríos”.

El objetivo general de la investigación fue describir y analizar las narrativas de los profesionales del equipo interdisciplinario del Dispositivo de Atención Socio-Comunitaria (DAS), inserto en un hospital público de Paraná, en relación con las prácticas de salud mental a partir de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N.º 26.657. Dicho dispositivo se caracteriza por ser un espacio de formación y de atención interdisciplinaria en salud mental. El recorrido teórico que orientó la investigación incluyó aportes del paradigma de derechos humanos, la perspectiva médico-social y de salud colectiva, así como de la teoría de redes y la complejidad. Metodológicamente, se trabajó desde un enfoque cualitativo y descriptivo, con diseño de investigación de campo. La información se obtuvo mediante observación no participante y entrevistas, analizadas a través de la técnica de frases significativas. Se empleó un muestreo teórico e intencional, conformando como unidad de análisis las narrativas de los profesionales del equipo del DAS.

Los resultados muestran que los profesionales conciben las prácticas en salud mental como intervenciones ético-políticas, situadas y construidas desde la interdisciplina y la comunidad. Estas prácticas se distancian del modelo biomédico tradicional y promueven la construcción de redes, el acompañamiento y el fortalecimiento de la autonomía de los usuarios, en consonancia con los principios de la LNSM. Las narrativas evidencian, además, un posicionamiento crítico que entiende la salud mental atravesada por factores sociales, económicos y culturales, y no únicamente clínicos.

Asimismo, se identificó al DAS como un dispositivo alternativo dentro del hospital público, que busca dar respuesta a problemáticas históricas —como la “puerta giratoria”— mediante estrategias territoriales y comunitarias. Si bien los lineamientos de la LNSM se reflejan en las prácticas y discursos del equipo, su consolidación requiere del sostenimiento de políticas públicas activas y de la profundización de modelos de atención basados en los derechos humanos.

Palabras clave: Prácticas de Salud Mental – Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 – Narrativas

CAPÍTULO I: PRESENTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

En el presente trabajo de investigación nos proponemos describir y analizar las narrativas de los profesionales del equipo interdisciplinario del Dispositivo de Atención Socio- Comunitaria (DAS), inserto en un Hospital Público de la ciudad de Paraná -Entre Ríos- con relación a las Prácticas de Salud Mental a partir de Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N°26.657. Esta institución se caracteriza por ser un centro de formación y atención interdisciplinaria en salud mental.

Nuestro propósito consiste en observar el trabajo que se realiza en el DAS y las narrativas que los profesionales de este nos ofrecen, para poder describir y analizar cuales son los discursos que circulan en relación con las prácticas de salud mental y cómo las mismas se vinculan a la normativa antes mencionada. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) promueve la atención en salud mental desde una perspectiva de sujetos de derecho con un enfoque en Atención Primaria de la Salud. Desde allí se busca propiciar el trabajo con la comunidad en la que se encuentran insertos los usuarios que asisten al dispositivo. Para poder reforzar vínculos y escuchar demandas que surgen del seno de la comunidad, contextualizadas y elaboradas a través de un trabajo en red e interdisciplinario entre diferentes actores, efectores y organismos. De este modo, el sujeto se convierte en partícipe activo de su cotidianidad, promoviendo la prevención, la promoción y la atención de la salud.

La LNSM fue sancionada en 2010 y reglamentada en el año 2013, tuvo una larga historia de formación y lucha por parte de los actores del campo de la salud y salud mental, fundamentada desde el paradigma de la desmanicomialización y de derechos humanos.

Nuestra unidad de análisis está conformada por las narrativas de los profesionales que integran el 'DAS', provenientes de diversas disciplinas. En su trabajo, se dedican a implementar acciones orientadas a promover la atención en salud mental desde una perspectiva comunitaria, así como a favorecer la vinculación de los usuarios del hospital tanto con la institución como con la comunidad en general. Entre sus objetivos de trabajo, buscan garantizar el acceso a la salud de dichos usuarios que presentan dificultades a la hora de sostener un tratamiento ambulatorio, trabajando articuladamente con otros equipos pertenecientes a dicho nosocomio, como así también con otras instituciones de referencia.

El presente dispositivo se constituye a partir del año 2020 -en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 que atravesó nuestro país- por residentes y personal de enfermería que se encontraban en ese momento en el servicio de internación de mujeres del hospital. El DAS surgió de la inquietud de los residentes por el denominado efecto “puerta giratoria” en referencia a los procesos de internación/ externación y al mismo tiempo para pensar y delimitar prácticas que se venían sucediendo.

El proyecto denominado 'Dispositivo de Atención Socio-Comunitaria', presentado por residentes de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM) junto con la División de Enfermería, tuvo como propósito enmarcar institucionalmente prácticas de salud que ya se venían desarrollando dentro del hospital. Los objetivos del proyecto fueron: garantizar el acceso a la atención en salud de aquellos usuarios que presentan dificultades para sostener sus tratamientos; ofrecer un dispositivo de atención alternativo al modelo tradicional, con el fin de reducir las brechas existentes en salud mental; articular el trabajo con los equipos de sala de internación, consultorios externos, guardia y admisión; y evitar o acortar el tiempo de internación por motivos de salud mental.

Mediante la realización de observación no participante y entrevistas a los profesionales que componen el equipo como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales, nuestro trabajo partirá de describir y analizar las narrativas de dichos profesionales para dar cuenta cómo las prácticas de salud mental que llevan a cabo se vinculan con lo que se promueve en la LNSM.

Desde la normativa se busca impulsar que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por diferentes profesionales y técnicos de diferentes áreas del conocimiento bajo una debida capacitación y acreditación, incluyendo una multiplicidad de áreas como trabajo social, psicología, enfermería, psiquiatría, etc. El foco del proceso de atención debe llevarse a cabo, con preferencia, fuera del ámbito de internación hospitalaria, siendo su eje el trabajo interdisciplinario e intersectorial fundamentado en los principios de Atención Primaria de la Salud (APS), buscando fomentar el lazo social del sujeto con su comunidad. La atención misma que reciba el sujeto tiene que estar basada en fundamentos científicos y éticos, recibiendo así la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo una integración familiar, laboral y comunitaria. Cabe destacar que, desde la misma ley no se desalienta a la internación, sino que esta debe ser tomada como un instrumento terapéutico de carácter restrictivo y se puede acceder a ella cuando se la considere que aporte mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones ya realizadas o por realizar.

El interés personal por el estudio del trabajo en el campo de la salud mental fue suscitado a lo largo del cursado de la carrera de Lic. En Psicología, mediante el acercamiento a diferentes autores, cátedras y al mismo campo que promueve nuestra casa de estudios.

Es por ello por lo que se eligió realizar el trabajo de campo en un Hospital Público de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, Argentina. Este Hospital se presenta como una institución estatal, de dependencia provincial, dedicada a la formación y a la atención interdisciplinaria en salud mental. Desde este espacio, se propone describir y analizar las narrativas de los profesionales que

integran el “Dispositivo de Atención Socio-comunitaria”, en relación con las prácticas de salud mental que desarrollan y su vinculación con el marco normativo vigente. Este abordaje nos lleva a interrogarnos acerca del trabajo que allí se realiza, cómo se inscribe en los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, qué aspectos de la ley se ven efectivamente implementados en el sistema de salud, y en cuáles persisten falencias.

Consideramos de relevancia este estudio cualitativo dentro del hospital que se inserta en el seno de nuestra sociedad y que a través del trabajo en conjunto con nuestra institución educativa permite la formación y el egreso de profesionales. Nuestra investigación se vuelve relevante académicamente para la Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales como un nuevo aporte que quedará asentado para futuros investigadores que se interesen sobre este tema de investigación.

1.2 PLANTEAMIENTO DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A partir de la precedente introducción, entendemos que la problemática en la cual nos basamos para poder elaborar el presente trabajo de investigación es describir y analizar las narrativas de los profesionales del equipo interdisciplinario del Dispositivo de Atención Socio- Comunitaria (DAS), inserto en un Hospital Público de la ciudad de Paraná -Entre Ríos- con relación a las Prácticas de Salud Mental a partir de Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N°26.657.

Nuestro estudio tiene como eje de análisis las prácticas de salud mental y cómo estas se vinculan a lo reglamentado en la LNSM, teniendo en cuenta el contexto histórico, político, social y económico que atraviesa nuestro país.

La justificación de la problemática elegida surge a partir del interés de estudiar y describir cómo se vincula lo propuesto en la normativa con las prácticas que los profesionales llevan a cabo en su quehacer cotidiano, insertos en un efector de salud pública que se especializa en la atención interdisciplinaria en salud mental.

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010 se inauguró un proceso orientado hacia su plena implementación, condicionado por diversos factores sociales que atraviesan la vida cotidiana y por la necesidad de transformar las prácticas previas en el campo de la salud mental. Este proceso implicó la construcción y difusión de una nueva concepción de las intervenciones en salud, reconociendo la diversidad de sus modalidades y promoviendo la formulación de políticas públicas acordes. De este modo, se buscó consolidar un enfoque integral e interdisciplinario, capaz de articular los múltiples componentes que configuran la salud, sin restringir la complejidad inherente a su devenir.

Desde diversos sectores de la sociedad se opusieron a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Catorce años después, su plena implementación y aplicación aún enfrenta múltiples resistencias. Estas objeciones suelen sustentarse en la idea de que la ley descuida la salud mental al apartarse del paradigma médico hegemónico tradicional, ignorando así los múltiples derechos conquistados por las personas que atraviesan problemáticas en salud mental.

Asimismo, los esfuerzos realizados para desarraigar los más profundos tabúes y prejuicios sobre los usuarios de los servicios de salud mental han sido blancos de estrategias de estigmatización y segregación social. Esta resistencia ha impactado directamente en las prácticas de los equipos de salud mental, condicionando sus abordajes de los procesos de salud- enfermedad- cuidados.

En este marco, persiste una mirada que considera que la solución más viable para la convivencia social es el regreso de las personas con padecimiento psíquico a los espacios de encierro, como los hospitales monovalentes o incluso las cárceles. Estos discursos, que refuerzan la exclusión y el estigma, se reproducen en múltiples ámbitos: medios de comunicación, instituciones públicas y privadas de sectores conservadores dentro del propio sistema de salud.

Lo expuesto hasta aquí, nos lleva a interrogarnos por el trabajo que allí se lleva a cabo y cómo se enmarca en la presente Ley, desde qué estrategias trabajan los profesionales para encuadrar sus prácticas dentro de los márgenes de la LNSM. En síntesis, reflexionar con el equipo sobre los avances, contradicciones, falencias y/o retrocesos en ese proceso de transformación.

1.3 INTERROGANTE

La pregunta que nos llevó a desarrollar esta investigación, que se formula con los conceptos y categorías a estudiar es:

¿Cuáles son las narrativas de los profesionales del equipo interdisciplinario que componen al Dispositivo de Atención Socio-comunitaria (DAS) inserto en un hospital público de la ciudad de Paraná -Entre Ríos- con relación a las prácticas de salud mental vinculadas a la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Describir y analizar las narrativas de los profesionales del equipo interdisciplinario del Dispositivo de Atención Socio- Comunitaria (DAS), inserto en un Hospital Público de la ciudad de Paraná -Entre Ríos- con relación a las Prácticas de Salud Mental a partir de Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N°26.657.

Objetivos específicos

- Describir y caracterizar la conformación y prácticas en S.M. del equipo interdisciplinario del DAS.
- Describir y analizar las narraciones de los profesionales del Equipo del DAS, acerca de sus Concepciones sobre Salud/Salud Mental, Sujeto y Prácticas, con relación a los Procesos de Transformación a partir de la LNSM N°26657.

1.5 HIPÓTESIS O SUPUESTOS DE TRABAJO

Se parte del supuesto de que las narrativas de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario del Dispositivo de Atención Socio-Comunitaria, perteneciente a un hospital público de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, permiten acceder a sentidos, concepciones y prácticas en torno a la salud mental que se configuran en diálogo, tensión o alineamiento con los principios y lineamientos establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, entendida como una política pública orientada por una perspectiva de derechos. Se presume que dichas narrativas reflejan no solo posicionamientos teóricos y ético-políticos en torno a la salud, el sufrimiento psíquico, el sujeto y los procesos de transformación subjetiva, sino también las condiciones institucionales, materiales y organizativas que condicionan —pero también posibilitan— el ejercicio efectivo de prácticas enmarcadas en el paradigma de la desmanicomialización y la garantía de derechos. Así, se considera que los relatos de los profesionales permitirán identificar estrategias, obstáculos y resignificaciones que inciden en la implementación situada de la Ley, en contextos complejos y atravesados por múltiples determinaciones sociales.

A partir de la descripción de las narrativas formuladas desde las experiencias de los profesionales, entendidas las primeras como “lo que se narra dice acerca del “quién” de la acción y permite explotar las experiencias significativas que se encuentran en la vida diaria” (Escalante Gómez, 2013, p. 175) es que nos adentraremos a describir las prácticas en salud mental llevadas a cabo por el DAS inserto en un hospital público de la Ciudad de Paraná, Entre Ríos, y cómo estas se vinculan con el marco normativo antes mencionado.

Pretendemos describir las narrativas considerando estas historias como objeto de estudio, entendiendo al lenguaje como propiciador de realidades y prácticas. Actos y narrativas se entrecruzan construyendo así un soporte para el trabajo realizado.

Buscamos describir las prácticas en salud mental teniendo en cuenta la LNSM a partir de las narrativas de los profesionales del DAS insertos en una institución pública que se define como centro de formación y atención interdisciplinaria en salud mental. Para abordar el objeto de estudio

utilizaremos una metodología cualitativa y descriptiva, donde nos propondremos realizar una investigación de campo que incluya entrevistas a los profesionales y observación no participante.

1.6 ESTADO DE DEBATE DE INVESTIGACIÓN

En este apartado nos detendremos a explorar el estado de debate académico en relación con nuestra temática elegida, desde trabajos y tesis publicados.

Primeramente, retomamos los aportes realizados por Faraone, Dra. En Cs. Sociales perteneciente a la Universidad de Buenos Aires e Iriart, Dra. En Salud Colectiva de la Universidad de Campinas Brasil, en relación con “Salud mental, políticas públicas y trabajo en vivo acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud mental en Ciudad Autónoma de Buenos Aires” (2020). Este artículo analiza de qué manera impactó la pandemia en las necesidades y demandas de atención del sufrimiento psíquico. Dicha investigación incorpora herramientas metodológicas como informantes claves realizando un estudio exploratorio en tres instituciones del sistema de salud público. Como resultados pudieron exponer que ante la situación y el contexto mundial de pandemia se exacerbó en la población las problemáticas vinculadas al sufrimiento psíquico y también tuvo su impacto a nivel del trabajo de los equipos de salud, evidenciando múltiples falencias a las que se exponen en sus lugares y puestos laborales. A pesar de esto Faraone e Iriart (2020) concluyen:

Ante los desafíos planteados por la pandemia y por un gobierno que se niega a cumplir la Ley Nacional de Salud Mental existen equipos que conocen y coordinan las necesidades colectivas en las diferencias instancias institucionales y territoriales y cuyo accionar se centra en proteger a las/os usuarias/os con sufrimiento psíquico. (p. 50)

Consideramos al presente artículo como antecedente de nuestra investigación debido a que el dispositivo en el cual nos insertamos nace a partir de una necesidad percibida por profesionales de la institución durante la pandemia de SARS- COV2 atravesada en los años 2020-2021 en nuestro país. La misma, se constituyó como un analizador a través del cual posibilitó enmarcar prácticas de salud mental que se venían desarrollando en el hospital y a partir de la constitución de este permitió establecer un encuadre de trabajo para los profesionales y las demandas por parte de los usuarios.

Tomamos como antecedente el artículo de Claudia Bang, Viviana Lazarte, Federico A. Chaves y Mariana Casal perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires titulado: “Prácticas de salud/salud mental y producción de cuidado durante la pandemia de Covid-19” (2022) cuyo objetivo es indagar las prácticas de cuidado en salud mental que pudieron desarrollarse en el

contexto de pandemia de covid-19, teniendo en cuenta el aislamiento social preventivo. “Describir y analizar prácticas de salud/salud mental centradas en el sostenimiento del vínculo en la atención y el fortalecimiento de redes productoras de cuidados en contexto de pandemia” (Bang et. al, 2022, p. 194) contextualizado en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Este artículo se desarrolló a través de una investigación cualitativa en salud de carácter exploratorio y descriptivo utilizando la reconstrucción de relatos breves vivenciales de las prácticas propias de los profesionales. El trabajo permitió visualizar características principales de las prácticas de salud/salud mental, se destacó la “perspectiva humanizante, vincular y afectiva” que permitieron afrontar el contexto de aislamiento a partir de la creatividad de los profesionales. Teniendo en cuenta que no estaba permitido el encuentro entre personas y el distanciamiento necesario para prevenir el contagio del virus de SARS COV-2 obligó a los equipos de salud a re-pensar la forma de relacionarse con los usuarios sin descuidar la contención y prácticas de cuidado que venían desarrollando. Estos equipos se caracterizaron por su flexibilidad y creatividad que permitió llevar adelante nuevas experiencias desde la distancia. Bang, Lazarte, Chaves y Casal (2022) concluye:

La participación de los/as trabajadores/as de salud/salud mental en dispositivos relacionales abre a estos/as profesionales la posibilidad de resignificar sus propias prácticas institucionales, incorporando la dimensión subjetiva y la importancia del vínculo en la atención, necesario en todo cuidado. (p. 202)

El presente artículo, al igual que el primero mencionado, recupera la categoría de 'práctica de salud mental' en relación con el contexto atravesado por la pandemia de SARS-CoV-2, un momento bisagra que puso en jaque el trabajo de los equipos de salud mental y llevó a replantear las prácticas que estos desarrollaban. Esto propició el despliegue de dispositivos adaptados a las circunstancias históricas, sin descuidar los procesos de salud-enfermedad-cuidados de los usuarios y su relación con la LNSM.

En tercer lugar, apoyándonos de un artículo de Hugo Cohen (2022), médico psiquiatra perteneciente al Hospital Evita de Lanús y Máster en Salud Pública por la Escuela Andaluza, Granada España, repasamos la importancia de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina y como la plena implementación de esta se encuentra coartada por múltiples causas. “Se enfatiza en la necesidad de contar con atención primaria capacitada en salud mental y reorganizar los sistemas y servicios de salud” (Cohen, 2022, p. 1). Se hace referencia a recomendaciones por parte de la OMS hacia los países de bajos ingresos como Argentina y cómo esto impacta en la atención y servicios en salud mental. Además, expone la falta de implementación de la LNSM debido a la deficiencia en políticas públicas

que promuevan su concreción. Aporta por último que no se puede evaluar las condiciones de implementación de una Ley que no es aplicada como se desearía, 12 años después de su sanción.

Este artículo menciona, como se describió posteriormente en el análisis de los datos, los obstáculos que enfrenta la plena implementación de la LNSM. Entendemos que el contexto histórico, social y político en el que se llevan a cabo las prácticas de salud mental influye directamente en su calidad, sin olvidar que tanto los profesionales como los usuarios son sujetos cuya salud mental se entiende como un proceso compuesto por múltiples componentes, los cuales estarán determinados por las políticas públicas implementadas por los Estados.

Agregamos como antecedente de nuestra investigación la tesis de grado de Reyes Melina, perteneciente a la Universidad Autónoma de Entre Ríos, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales de la Lic. En Psicología titulada: “Estrategias de intervención interdisciplinaria en sujetos con discapacidad intelectual y su adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657” (2019). Cuyo objetivo Reyes (2019) lo enuncia como:

Conocer la adecuación de las estrategias de intervención de los profesionales del equipo interdisciplinario del Centro de Rehabilitación y Atención Interdisciplinaria Moebius en el marco de la Ley de Salud Mental N°26.657. (p. 10).

Este trabajo de tesis se desarrolló a través de un diseño de investigación de carácter cualitativo, utilizando entrevistas en profundidad como técnica de recolección de datos y analizando los mismos a partir del método comparativo constante. Reyes (2019) a partir de este estudio concluye:

En cuanto al trabajo interdisciplinario, pudimos ver que tanto el equipo como las formas en las cuales se llevan adelante los debates sobre las posibles intervenciones a realizar se adecuan a lo planteado por la Ley de Salud Mental, ampliando el conocimiento entre ellos, exponiendo diferentes miradas sobre una misma situación o problema que genera un beneficio para todos los profesionales que conforman el equipo de trabajo.

Sin embargo, se pudo reconocer cierta falencia con relación a lo que establece la normativa en cuanto al consentimiento informado, que por no estar todos informados de la misma, se entiende al mismo como un resguardo legal para los agentes de salud, siendo que la

normativa lo que nos expresa es que el sujeto con padecimiento mental sea reconocido como sujeto de derecho e informado acerca del tratamiento que recibirá. (p. 128)

Este antecedente nos proporciona una visión sobre cómo los profesionales de los equipos de salud adaptan sus estrategias de intervención interdisciplinarias a lo planteado en la LNSM, considerando sus prácticas de salud mental dentro del marco normativo, el cual también tomamos como eje de referencia para el estudio de estas en nuestro trabajo.

Trabajamos la categoría de “Narrativas” apoyándonos en el Trabajo Integrador Final de Grado de la Lic. En Psicología de María Pía Bianchi, perteneciente a la Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos titulado “Pandemia: narrativas sobre infancia de docentes de un jardín de infantes público de la ciudad de Santa Fe” (2022). Cuyas preguntas de investigación son: ¿Qué narrativas sobre infancia expresan los docentes de un jardín de infantes público de la ciudad de Santa Fe en contexto de pandemia? ¿Qué narrativas expresan los docentes sobre su propia infancia? Como metodología elegida encontramos una investigación de campo, con un diseño descriptivo y un análisis de datos cualitativo. La recolección de información se realiza a partir de entrevistas en profundidad para su posterior análisis mediante la técnica de “análisis de frases significativas”. Su objetivo general se identifica como “analizar las narrativas sobre la infancia que expresan los docentes de un jardín de infantes público de Santa Fe en contexto de pandemia” (Bianchi, 2022, p. 11). Como aportes al campo Bianchi (2022) describe que:

Como consecuencia de la posibilidad que ofrecen las narrativas docentes sobre infancia de elaborar lo que aún no ha sido narrado y se agudiza en pandemia, así como del lugar que dan a la elaboración narrativa sobre su propia infancia, que la narrativa conmueve a los educadores a implicarse como sujetos de su contemporaneidad. (p. 64-65)

Este trabajo integrador final constituye un antecedente, ya que nos proporciona un modelo para el trabajo con narrativas, concebidas como una forma de 'elaboración' de los discursos en la realidad material. Asimismo, representa un antecedente en el método de análisis de los datos que hemos decidido adoptar, considerando que empleamos estrategias similares de recolección de información. Este enfoque contribuirá al desarrollo de nuestro objetivo general, que es describir las narrativas de los profesionales en relación con el objeto de estudio planteado.

En segundo lugar, tomamos el Trabajo Integrador Final de Grado de la Lic. En Psicología de autoría de Avilés (2022) perteneciente a la Universidad Autónoma de Entre Ríos, publicado en el año

2022. El mismo se titula “Narrativas de mujeres de mediana edad respecto a la sexualidad con el advenimiento de la menopausia” cuya pregunta de investigación es: “¿Cuáles son las narrativas respecto a la sexualidad con la llegada de la menopausia en mujeres de mediana edad que trabajan en el “Centro de referencia Dr. Ramón Carrillo” de la ciudad de Paraná?” (Avilés, 2022, p. 8). El objetivo general de esta investigación es conocer las narrativas respecto a la sexualidad con la llegada de la menopausia en mujeres de mediana edad que trabajan en un centro de referencia de la ciudad de Paraná y para ello desarrolló una metodología cualitativa a partir de un estudio descriptivo y la recolección de información se llevó a cabo a través de técnicas de entrevista en profundidad. Analizadas a partir de la técnica de “análisis de frases significativas”. Como resultado de esta investigación Avilés (2022) pudo arrojar que:

La mayoría de las entrevistadas transmitieron en su discurso, seguridad y empoderamiento, corroborando una vez más que la menopausia como proceso fisiológico ha sido desfigurada por los consensos socioculturales que ponen como objeto único de deseo a la mujer joven portadora de la capacidad reproductora. Evidenciándose diferentes formas de satisfacer su deseo sexual, sacándole valor a la cantidad de encuentros sexuales, sino poniendo el acento en las caricias, una conversación, el acompañamiento, tomando relevancia en la vida sexual en la mayoría de las mujeres entrevistadas, considerando que hay otras expresiones de la sexualidad más allá de la genitalidad, siendo un punto reiterativo en sus relatos.” (p. 77)

Este último antecedente, al igual que el anterior, nos permite explorar la categoría de 'narrativas'. Además, aporta material valioso para el desarrollo metodológico de nuestro trabajo, tanto en las técnicas de recolección de datos como en el análisis de los mismos.

La exploración de antecedentes nos permite la construcción de nuestro objeto de investigación, a partir de indagar cuales son los aspectos que aún no han sido explorados por otros investigadores y al mismo tiempo informarnos acerca de qué es lo que se está debatiendo actualmente en la comunidad científica del área de estudio en la cual nos queremos involucrar. Hemos utilizado buscadores académicos y nuestras búsquedas se basaron en términos de: Prácticas de salud mental - Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657- Narrativas.

CAPÍTULO 2: PERSPECTIVA TEÓRICA Y SÍNTESIS CONCEPTUAL

TRAMA CONCEPTUAL EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Definiremos a continuación los pilares teóricos- conceptuales que guiarán nuestra investigación, desde qué teorías y categorías nos ubicamos para entrar en diálogo con la realidad.

2.1 NARRATIVAS

Nos posicionamos desde una perspectiva Ricoeuriana para comenzar a definir narrativas. Pimentel (2013) delimita el hecho de narrar:

Narrar es un acto discursivo con propiedades particulares que lo pone en una relación especial tanto con el enunciador como con el contenido y/o referente de su enunciado. La situación de enunciación del modo narrativo establece, necesariamente, una relación temporal y de interdependencia entre el acontecimiento y el enunciador que da cuenta de él. (p.10).

El relato es una construcción de forma verbal que es enunciada por un narrador y explícitas maneras de accionar en determinado tiempo y cuya génesis puede ser real o ficcional.

Desde Ricoeur (1976) “la narración se considera como intérprete de la realidad vivida. Lo que se narra dice acerca del “quién” de la acción y permite explorar las experiencias significativas que se encuentran en la vida diaria” (Escalante Gómez, 2013, p. 180). Los seres humanos se encuentran atravesados por la dimensión histórica y social de los acontecimientos y experiencias que narran. El relato es una herramienta mediante la cual el sujeto puede comprender, apropiarse e implicarse en lo que lo atraviesa. Desde este enfoque, “toda narración es una construcción de significados, elaboración de sentido” (Escalante Gómez, 2013, p. 180) y nos posicionamos desde aquí para definirla. A partir del relato podemos obtener una fuente de información, siendo el narrador su actor más importante, clasificando como una acción meramente humana. “La narratividad se nos presenta como la estructura profunda de diversas formas de transmisión de un contenido de acción humana” (Pimentel, 2013, p. 4)

Al narrar se nos presenta la posibilidad de re-escribir y re-pensar nuestra experiencia, reflexionar la propia historia, sistematizar, conformar, escribir nuevamente y abrir a modos de comprensión novedosos.

El contenido narrativo, definido como estas acciones humanas que componen el relato, son susceptibles de ser analizadas tal como lo propone Pimentel (2013) en términos de:

- Componentes temporales, espaciales y actuariales.
- Acción y entramado de historia.

En esta línea de pensamiento, Chase (2015) define la narrativa como una forma de discurso que puede manifestarse de manera oral o escrita, y que puede surgir en distintos contextos, como el trabajo de campo, entrevistas o conversaciones cotidianas. Las narrativas pueden adoptar múltiples formas: desde relatos breves sobre un tema específico, hasta historias extensas que abarcan aspectos significativos de la vida del narrador, incluyendo experiencias prolongadas en el tiempo.

Desde esta perspectiva, las narrativas son entendidas como testimonios que emergen en la interacción entre entrevistador y entrevistado. En dicho encuentro, el sujeto (narrador) construye un relato a partir de su experiencia personal, generando así material valioso para la investigación cualitativa. Este proceso implica una participación por parte del narrador, quien no solo transmite información, sino que interpreta, reorganiza y resignifica sus vivencias.

Chase (2015), retomando los aportes de Labov y Waletzky (1967/1997), destaca que el discurso narrativo se estructura mediante cláusulas que siguen el orden temporal de los eventos relatados. Además, identifica cinco características sociolingüísticas fundamentales de las narrativas orales:

1. Orientación: informa sobre los actores, el tiempo, el lugar y la situación.
2. Nudo: corresponde a la acción central o momento clave de la historia.
3. Evaluación: revela el compromiso del narrador y el propósito del relato.
4. Desenlace: indica el resultado o conclusión de la acción.
5. Coda: retorna al oyente al presente comunicativo.

Asimismo, Chase (2015) sostiene que la narrativa es una forma de construir significado en retrospectiva: permite ordenar la experiencia pasada, comprender acciones propias y ajenas, y establecer vínculos causales y temporales entre eventos. En este proceso, el narrador expresa pensamientos, emociones e interpretaciones que otorgan profundidad a su relato. La narración, entonces, se convierte en una herramienta fundamental para la comprensión cualitativa del sujeto y su contexto, siempre enmarcada en un encuentro dialógico donde se le otorga voz al entrevistado y se reconoce el valor subjetivo de su relato.

2.2 CAMPO DE LA SALUD/ SALUD MENTAL

Para la definición del “Campo de la Salud Mental” necesitaremos una revisión del concepto de “Campo”. Definiremos Campo desde Bourdieu (1990) “Campo de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en dichos espacios y pueden analizarse en forma independientes de las características de sus ocupantes (en parte determinados por ellas)” (p. 135). Los campos portan propiedades específicas que les son inherentes a un tiempo y un espacio determinado. Son determinados por sus propios determinantes y a su vez, estas propiedades que adquieren por sus características particulares determinarán a los sujetos que en ellos interactúan. Según lo expresa Emiliano Galende, “entendemos el campo como el conjunto de relaciones objetivas entre las posiciones adquiridas por cada sujeto” (2020, p. 61).

El campo de la salud se caracteriza por una integración de aspectos biológicos, comunitarios, sociales, entendida como un proceso histórico producido y productor de determinantes que varían según las condiciones sociales de los sujetos. En contraposición a la concepción de salud que solo se refiere a indicadores de bienestar o de presencia /ausencia de enfermedad, para ir más allá, entendiendo a los sujetos atravesados por múltiples componentes que hacen al proceso salud-enfermedad-atención y cuidado. Tomando a Floreal Ferrara (1985):

La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. (p. 10).

Se despoja al concepto de salud entendida desde un proceso individual para insertarla en el transcurrir socio- histórico, dejando de lado relaciones causales simples, lineales y homogéneas, entendiendo al Campo de la Salud como un sistema complejo, multideterminado y determinante de los sujetos que en este participan.

A partir de lo propuesto por Lores Arnaiz (2002), en las ciencias sociales un paradigma se caracteriza por ser una visión internalizada de la realidad, compuesta por supuestos generales que, en muchos casos, operan de manera inconsciente y se manifiestan a través de los conceptos que empleamos. Estos supuestos no solo influyen en la elección de métodos, sino que también orientan la delimitación de los problemas y la formulación de hipótesis. En el ámbito de la salud, la autora distingue dos tipos de paradigmas que guían estas prácticas: el Paradigma Tecnocrático y el Paradigma Alternativo.

Desde esta perspectiva, el Paradigma Tecnocrático, con un enfoque organicista y atomista de las enfermedades, plantea una disociación entre lo físico y lo mental. La salud se concibe como una propiedad que puede ser poseída y, en su ausencia, emerge la enfermedad, la cual debe ser tratada mediante intervenciones técnicas y químicas previamente validadas, con el objetivo de restaurar el estado de salud. Este paradigma se sustenta en una concepción de la ciencia que tiende a negar las crisis y situaciones vitales de las personas, impidiendo así la reflexión sobre las formas de vida y las dimensiones culturales en las que los sujetos se desarrollan. En este marco, las drogas se presentan como un objeto con propiedades casi mágicas, utilizado como un recurso para paliar las enfermedades.

En contraposición, nos posicionamos desde el Paradigma Alternativo, propuesto también por Lores Arnaiz (2002), para establecer nuevas relaciones entre salud y salud mental. Este paradigma parte de una concepción del ser humano como una totalidad biopsíquica inserta en un contexto cultural y ambiental. El sujeto que enferma transita un momento vital e histórico determinado, y la salud mental se concibe como el resultado de la calidad de los vínculos, la comunicación y la inserción social, que le permiten a la persona desplegar sus potencialidades. La prevención y el abordaje del padecimiento deben realizarse desde una perspectiva integral, que articule recursos técnicos, químicos y humanos. En este enfoque, la comunicación adquiere un rol central como herramienta para la eficiencia institucional, al mismo tiempo que se valoran tanto la formación técnica como la sensibilidad humana de los profesionales involucrados, reconociendo que su práctica está atravesada por una conciencia crítica sobre el objeto de estudio. Dentro de este paradigma, la droga se concibe como un auxiliar que puede generar tanto efectos positivos como negativos, dependiendo del contexto y del uso que se haga de ella.

Siguiendo la línea de Ferrara Floreal el concepto de “salud” aparece ligado a un proceso definido por sus características históricas y sociales. Es necesario definir el concepto salud a partir de Ferrara (1985):

Basarlo en la realidad compleja que domina su determinación, la cual constituye una formación social que está dictada por el modo de producción de esa sociedad, en donde el contenido de la salud está señalado por esa realidad por la totalidad social considerada en conjunto o por alguno de sus diferentes niveles. (p. 11)

El análisis de este objeto de estudio estará caracterizado por su complejidad. Siguiendo la línea de Ferrara (1985)

La salud reconoce así la especificidad de sus componentes, de sus factores y de sus diversidades, en las combinaciones de los mismos, en la supremacía o dependencia de determinado elemento según el lugar y el tiempo; y más aún está entonces capacitada para observar y comprender la determinación de cada elemento en función de los demás. (p. 1)

Nos posicionamos desde Stolkiner y Ardila Gómez (2012) para describir qué entendemos por Salud Mental:

Como un subcampo dentro de la salud en general, pero que se ha configurado como el espacio paradigmático del límite a la concepción biologicistas - individual de la enfermedad y se ha diferenciado como tal por mantener formas institucionales específicas, que develan, más claramente que en el campo de la salud en general, la imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas. (p. 58)

Encontramos a los conceptos de Salud y Salud mental íntimamente relacionados, y que no escapan a la realidad social, necesitan de su interacción entre diferentes campos para poder definirse. Desde la posición teórica que deseamos adoptar, queríamos dirigirnos hacia un más allá donde, tal como plantean Stolkiner y Ardila Gómez “el éxito de la Salud mental sería su desaparición, para incorporarse en prácticas sociales de salud- enfermedad- cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida”. (2012, p.58)

Por otro lado, Emiliano Galende (1994) define al campo de la salud mental como:

Los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen enteramente a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas. Aun cuando la naturaleza biológica de los hombres este comprometida y participe en estas relaciones, los valores salud y enfermedad mental, tanto en los individuos como en los grupos humanos, los modos técnicos en que son abordados y los saberes que se ponen en juego requieren de una referencia a la realidad social, recortan en ella un sector de la problemática subjetiva conformando una disciplina que instaura y regula el conjunto de prácticas ligadas a este sector (p.79)

Siendo la Salud Mental subcampo dentro del campo de la Salud encontramos a su objeto de estudio como un objeto social-histórico, teniendo en cuenta que este fue producto de una construcción histórica y de un camino recorrido en el campo de las llamadas “enfermedades mentales” definido por la psiquiatría desde un comienzo. Una reconversión que dio lugar a una nueva modalidad discursiva y nuevos conceptos que permitieron configurar al campo de la salud mental para definir un nuevo conjunto de prácticas sociales. En la línea de Galende, “no se trató de una nueva palabra para nombrar al mismo objeto, se trata de ampliar el campo de enunciados con un objeto que se entiende más amplio y complejo”. (Galende, 2020, p. 53)

En relación al campo de la salud/ salud mental, nos posicionamos desde “el pensamiento médico- social /salud colectiva”, tal como lo exponen las autoras Stolkiner y Ardila Gómez (2012) se llegó a un replanteamiento de la concepción de salud (y enfermedad) que no disocia a las mismas de categorías sociales, incorporando este factor y corriéndose de la visión dicotómica salud- enfermedad, para centralizar su estudio en “el proceso de producción- reproducción social” como eje de la causalidad de los fenómenos, no dejando de lado lo que marca el dinamismo y el proceso de la salud-enfermedad.

En este orden de ideas, desde el corriente médico social/salud colectiva, la idea de “derecho a la salud” se comprende en el marco de una integralidad de derechos y una conceptualización procesual de la salud- enfermedad- cuidado. Tal como esbozan Stolkiner y Ardila Gómez (2012)

La salud tiene afinidad con la tranquilidad de la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de los principales derechos, en especial el derecho a la vida y con tener satisfechas necesidades fundamentales mediante el acceso a las oportunidades y servicios socialmente contruidos. (p. 62)

Desde esta perspectiva, se concibe la salud como un derecho que debe ser garantizado frente a los paradigmas capitalistas desreguladores del mercado, los cuales se presentan como antagónicos a aquellos que promueven y defienden derechos sociales. En este sentido, la incorporación de derechos resulta inherente a las políticas y prácticas que los Estados deben adoptar para avanzar en esta dirección.

El paradigma de salud con enfoque de derechos humanos hizo posible la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N. ° 26.657 en diciembre de 2010, y su posterior reglamentación en mayo de 2011 en Argentina. Esta normativa propone estrategias substitutivas a la internación como forma de aislamiento, promoviendo un proceso de reconversión de los sistemas de atención en salud mental. En

su lugar, se enfatiza la atención comunitaria y la protección de los derechos de las personas que atraviesan padecimientos psíquicos, en consonancia con principios de la atención primaria y normativas internacionales.

La LNSM establece el carácter interdisciplinario de las estrategias de abordaje, tratamiento y resolución de los conflictos en salud mental, y rige en todo el territorio argentino. Además, garantiza que cada usuario del sistema de salud reciba un trato digno y acorde a sus necesidades. En relación con la internación, la ley la define como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo debe indicarse si ofrece mayores beneficios que otras alternativas basadas en el fortalecimiento de los lazos comunitarios y sociales del sujeto.

En este contexto, se incorpora la Atención Primaria de la Salud como eje rector de la atención en salud mental. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2005) postulan:

Un sistema de Salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. (p. II)

Encontramos a la Atención Primaria de la Salud (APS) como una estrategia que busca delinear políticas en materia de salud y es adoptada por los Estados para definir el funcionamiento de los sistemas de salud. Su objetivo es pensar y promover la salud, las maneras de funcionamiento de los sistemas de salud, trabajando juntamente con las poblaciones entendiendo a la salud como un derecho y un deber del pueblo de participar activamente en la toma de decisiones y la planificación. Comes (1999) define con relación a APS lo siguiente:

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas (p. 3)

Es imprescindible promover la integración de acciones orientadas al fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud (APS), incorporando en ella prácticas vinculadas al campo de la salud mental. La APS se sustenta en valores fundamentales como el derecho al más alto nivel posible de salud, la solidaridad y la equidad en el acceso a los servicios. Sus acciones se basan en principios que apuntan a responder a las necesidades sanitarias de la población mediante enfoques intersectoriales, participación comunitaria, sostenibilidad, justicia social, responsabilidad institucional, rendición de cuentas hacia los gobiernos y orientación hacia la calidad.

Para que estas acciones y prácticas sean posibles, los sistemas de salud deben contar con recursos adecuados y sostenibles, entre los cuales se destacan: la implementación de políticas y programas que promuevan la equidad; la disponibilidad de recursos humanos apropiados; la constitución de la APS como primer nivel de contacto; la organización eficiente de los recursos; y el desarrollo de mecanismos de participación dirigidos a las familias y comunidades. Todo ello debe orientarse hacia una atención integral e integrada, con énfasis en la promoción y la prevención, que garantice el acceso y la cobertura universal de salud para toda la población.

En el trabajo en el campo de la salud/salud mental con un posicionamiento en APS es imprescindible trabajar en conjunto con las comunidades. El concepto de comunidad tiene una larga tradición e historización, así mismo diversas acepciones que han contribuido a lo largo de la historia al estudio de las sociedades. Encontramos a las comunidades como una estructura flexible, en la que no se encuentran exactamente definidos sus límites y donde la “identidad” juega un papel protagonista, así como la importancia de la participación en pos de un bien común. Bauman (2000) define:

La comunidad es una garantía de certidumbre y seguridad, las cualidades que más echan de menos en los empeños de su vida y a las que no pueden acceder mientras sigan actuando en solitario y dependiendo solo de los escasos recursos de los que disponen privadamente. (p. 87)

Desde el enfoque en salud mental comunitaria, Retomando a Del Cueto (2013) la definimos como:

Es un conjunto de muchas y muchos, unidos en un territorio que conforma una cartografía particular de orden biológico, social, maquínico, gnoseológico, que establecen uniones y relaciones de contenido y expresión heterogéneos al agruparse a partir de un interés común

muchas veces errático y parcial. El encuentro con lo común contribuye a la conexión y la creación de redes múltiples con el propio territorio y los otros semejantes. (p. 24).

La misma participación de la comunidad en estas prácticas aparece como un hecho de “Salud Mental”. “La concepción de salud implícita en este tipo de prácticas es la de un proceso de búsqueda y constitución de situaciones nuevas.” (Stolkiner, 1986, p. 58). Estas acciones integrales, incorporarán formas comunitarias buscando evitar la marginación de los usuarios y fomentando el desarrollo de acciones que los ubiquen como sujetos de derecho.

Encontramos a la categoría de “redes” como un instrumento esencial en APS tanto para la construcción de prácticas, el diseño de explicaciones, investigaciones y trabajos en salud y salud mental. Siguiendo la línea de Bang y Stolkiner (2013) plantean:

Lo constitutivo de las redes de organización comunitaria sería la relación en la que se encuentran personas unidas por un interés o valor, proporcionando apoyo social a quienes intervienen en ellas; suponen una cierta comunidad de creencias o valores, que constituyen su elemento aglutinador. Se basan en la información y el conocimiento compartidos. (Pp. 131)

El concepto de “redes” se desprende de la teoría de la complejidad, la misma en el campo de Salud parte de los principios de caos y no linealidad, geometría fractal, sistemas dinámicos, teorías de redes y borrosidad para avanzar sobre un nuevo paradigma que potencie la producción de conocimiento científico en el área. Almeida Filho (2006) define:

Los abordajes de la complejidad en general serían capaces de producir metáforas útiles para comprender y superar el distanciamiento entre el mundo natural y el mundo histórico. Estas metáforas describen sistemas dinámicos complejos, autorregulados, mutantes, imprevisibles, productores de niveles de organización. (p. 137)

A partir de entender a la salud como un sistema, compuesto por múltiples componentes estos mismos son los que tejen redes entre sí, entendiendo como un elemento capaz de transformar la realidad, que configura vínculos y relaciones entre los agentes presentes. Las redes se pueden utilizar para “crear un dispositivo explicativo, bajo la forma de una red donde los eventos constituyen nodos y sus relaciones de determinación conforman conexiones”

(Almeida Filho, 2006, p. 134) y además agrega, “los modelos de red como instrumentos de transformación de la realidad, configurando proyecciones articuladas de eventos como estrategias de planificación” (Almeida Filho, 2006, p. 134).

Esto implica gestiones, comunicaciones interinstitucionales e intersectoriales entre otras. Al referirnos al quehacer de los profesionales en el campo de la salud mental Del Cueto (2013) puntualiza:

La intervención comunitaria se realiza sobre la producción subjetiva de una comunidad con la intención de provocar un cambio producido por los propios sujetos. Esto tiene que ver con el análisis realizado por el sujeto comunidad sobre sus creencias, ideas e ilusiones. (p. 23)

2.3 EQUIPO DE SALUD MENTAL

En instituciones de salud públicas el trabajo en atención a la salud mental se realiza a partir de la conformación de “equipos de salud mental” conformados por profesionales y expertos de diversas disciplinas. El trabajo en equipo se comienza a constituir a partir del trabajo en grupo una vez transcurrido el tiempo y llevado a cabo un proceso de aprendizaje en el cual se genere y encuentre un punto de trabajo en común. Permitiendo que confluyan múltiples profesionales correspondientes a diferentes disciplinas dando por resultado el grupo de trabajo. Bion (1972) postula de qué manera funcionan los grupos de trabajo:

En el grupo de trabajo el funcionamiento a partir de factores racionales desde la relación profesional que define y toma como eje la tarea en común permite la inclusión progresiva de lo afectivo, generando relaciones interpersonales de mayor apoyo y confianza. Este cambio en la dinámica grupal permite enfrentar los conflictos de una manera constructiva y enfocarlos hacia su resolución. (S/p)

Romano (2007) va a hablar de “Equipo de trabajo” y postula lo siguiente:

El equipo es una integración organizada, adecuada a cada lugar, sostenida en una actitud de cooperación, que requiere a la vez firmeza y flexibilidad de los planteos; rompiendo con lo

cotidiano de trabajar o asistir “según mi exclusivo entender o saber”, sin caer en la omisión de acción en el “trabajar con otros” (p. 137)

Esta construcción no puede suceder sin una deconstrucción de cada uno de los modelos disciplinarios con los que se trabaja como totalidad, permitiendo ir hacia una integración de múltiples aportes específicos que permiten la creación del equipo de trabajo.

En este trabajo nos abocaremos fundamentalmente al equipo de trabajo en salud mental. Desde la LNSM se promueve que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario, formado por profesionales, técnicos y trabajadores capacitados que puedan favorecer el proceso atención- cuidados. Este equipo debe tener en cuenta los principios de la atención primaria de la salud para la atención en salud mental. Desde los equipos en salud mental se debe promover al mismo tiempo según queda establecido en la Ley Nacional de Salud mental N° 26.657 (2010):

El desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo de las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental; así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

Al referirnos a un “equipo de salud mental” lo ubicamos en un determinado tiempo y espacio, conllevando esto a su especificidad. “Atención del sufrimiento de la patología mental, participación en acciones preventivas y promocionales, con relación a la población de un área geográfica determinada, en diálogo con otros actores locales, promoviendo la inserción en el territorio” (Romano et. Al.; 2007; p. 144). El equipo en salud mental entonces conlleva estilos de comunicación y funcionamiento desde los cuales se promoverá la horizontalidad y una transformación a nivel teórico que resultará en nuevos modelos de atención donde predomine la integración bio- psico-social. Estos equipos serán los encargados de identificar en las diferentes comunidades las problemáticas específicas que los aquejan, organizar y diagramar maneras de atención, promoción y cuidado entre otras actividades específicas.

En este orden de ideas, encontramos la interdisciplinariedad como un elemento central en la formación de los equipos de salud mental, parafraseando a Alicia Stolkiner (1999) la entendemos

como “la estrategia que se propone un equipo asistencial frente a una situación específica. Es una situación en construcción continua, no un estado”. (p. 1). No se deja de ver a la misma como un desafío en el cual se deben articular diferentes disciplinas, formas de entender un mismo problema y las dificultades que implica para las personas poder pensar en conjunto y con otros.

Entendemos a la interdisciplina como un momento en el cual la toma de decisiones al respecto de prácticas en salud mental es abordada por profesionales y expertos de diferentes especialidades, dejando atrás la “vieja psiquiatría”, donde toda toma de decisión era llevada a cabo pura y exclusivamente por un médico psiquiatra. Galende (2020) siguiendo a Foucault plantea:

Entiendo que las políticas de Salud Mental que se están impulsando implican la construcción de una nueva experiencia sobre el sufrimiento mental, esencialmente diferente a la que construyó la psiquiatría a partir del siglo XIX. Se habilitan para ello a varias disciplinas que rompen la hegemonía de la psiquiatría, y obligan a una práctica en base a equipos formados por varios profesionales que provienen de diferentes disciplinas. (p. 30)

2.4 PRÁCTICAS DE SALUD MENTAL

Los Equipos de Salud Mental desarrollan e implementan Prácticas de Salud Mental, las mismas se consideran sociales y tal como las define Stolkiner (1986)

Coexisten y antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción con formas hegemónicas y alternativas, se imbrican ideologías y teorías. En este espacio donde se devela en su forma más clara el carácter indefectiblemente político de toda práctica en Salud. (p. 32)

Encontramos a las prácticas como una forma de concreción material de lo que cada discurso busca reproducir en un determinado campo social. Se desarrollan en un tiempo y espacio específico, con un conjunto de actores sociales. Estas prácticas se las considera participativas e integrales, fomentando una atención integral que abarque todos los aspectos sociales de la vida de los usuarios que asisten a dichos servicios, se fundamenta una “especificidad de sus formas de abordaje de la problemática de salud en general” (Stolkiner, 1986, p. 50). Desde una concepción participativa e integral se buscará desarrollar programas participativos integrales e intersectoriales. Se tenderá a la prevención, educación de las comunidades, de desarrollar planes de acción estratégicamente formulados en conjunto con estas, incorporar a la comunidad misma en sus acciones de promoción, prevención y atención.

En esta perspectiva, los efectos en las prácticas de salud mental a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental han sido fruto de transformaciones y reformas en el campo de la Salud Mental y su articulación con la medicina social/salud colectiva, tal como exponen Stolkiner y Ardila Gómez (2012). Las políticas que se desarrollan en Salud Mental, a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, entendida como el cumplimiento efectivo de una política pública, en este caso legislaciones sancionadas por funcionarios públicos en pos de promover un bien común para la sociedad en su conjunto, generaron nuevas formas y prácticas de atención en este campo, o cambios y transformaciones en las que se desarrollaron previamente. “Los procesos de transformación de la atención en Salud Mental tienen como escenario las particularidades de los procesos de democratización de nuestra sociedad y sus actores y las reformas de los sistemas de salud” (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012, p. 65).

La Ley Nacional de Salud Mental se convierte en un instrumento jurídico de notabilísimo valor para garantizar los derechos de los usuarios que asisten a servicios de salud mental. “El enfoque de derechos, que la corriente médico- social/salud colectiva enfatiza de manera tan especial, es central a las prácticas transformadoras en Salud Mental destinadas a destituir una de las formas paradigmáticas de objetivación de la modernidad.” (Stolkiner-y Ardila Gómez, 2012, p. 66)

2.5 DISPOSITIVOS EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Para conceptualizar la categoría de “dispositivo”, partimos de la lectura que hace Deleuze (1990) a partir de la teoría foucaultiana. Según Deleuze, el dispositivo es:

En primer lugar, es una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilíneal. Está compuesto de líneas de diferente naturaleza, y esas líneas no abarcan ni rodean sistemas homogéneos entre sí (como el objeto, el sujeto, el lenguaje), sino que siguen direcciones diversas, forman procesos siempre en desequilibrio y se aproximan o alejan entre sí continuamente. (p. 155)

Desde esta perspectiva, Foucault identifica en los dispositivos el entrecruzamiento de tres dimensiones fundamentales: poder, saber y subjetividad. Los analiza como “máquinas para hacer ver y hacer hablar”, lo que implica dos dimensiones iniciales: visibilidad y enunciación. La primera da forma a una variedad de figuras propias de cada dispositivo; la segunda, remite a las posiciones diferenciales de los elementos que lo componen.

Una tercera dimensión corresponde a las líneas de fuerza, las cuales, según Deleuze (1990):

Parecería que estas fueran de un punto singular a otro, situado en las líneas precedentes; de alguna manera ‘rectifican’ las curvas anteriores, trazan tangentes, envuelven los trayectos de una línea con otra, operan idas y venidas, desde el ver al decir e inversamente, actuando como flechas que no cesan de penetrar las cosas y las palabras, que no cesan de librar una batalla. (p. 156)

Estas líneas de fuerza se vinculan directamente con la dimensión del poder en el interior de los dispositivos.

En cuarto lugar, Foucault introduce las líneas de subjetivación y objetivación, que forman parte de un proceso mediante el cual se produce subjetividad dentro del dispositivo. Esta se genera en la intersección entre distintas líneas de fuerza, produciendo un pliegue sobre sí mismas, en el cual se determinan y configuran. Deleuze (1990) explica:

También aquí una línea de subjetivación es un proceso, es la producción de subjetividad en un dispositivo: una línea de subjetivación debe hacerse en la medida en que el dispositivo lo deje o lo haga posible. (p. 157)

Desde esta filosofía de los dispositivos, compuestos por múltiples líneas, emergen dos postulados fundamentales. El primero es el rechazo de los universales. Es decir, ningún dispositivo tiene como fin manifestar un universal preexistente; por el contrario, lo que debe explicarse es precisamente la génesis de lo que se considera universal. Deleuze afirma:

El universal, en efecto, no explica nada, sino que lo que hay que explicar es el universal mismo. Todas las líneas son líneas de variación que no tienen ni siquiera coordenadas constantes. Lo uno, el todo, lo verdadero, el objeto, el sujeto no son universales, sino que son procesos singulares de unificación, de totalización, de objetivación y de subjetivación, procesos immanentes a un determinado dispositivo. (p. 158)

El segundo postulado se refiere a la creatividad inherente a los dispositivos, entendida como su capacidad para transformarse o abrirse a nuevas configuraciones. Deleuze señala:

Todo dispositivo se define, pues, por su tenor de novedad y creatividad, en el cual marca al mismo tiempo su capacidad para transformarse o fisurarse en favor de un dispositivo del futuro. En la medida en que se escapa de las dimensiones de saber y de poder, las líneas de subjetivación parecen especialmente capaces de trazar caminos de creación. (p. 159)

En esta misma línea, Agamben (2011) retoma a Foucault para caracterizar a los dispositivos como redes de elementos inscritos en un entramado de relaciones de poder y saber. Resume su propuesta en tres puntos fundamentales:

Resumamos brevemente en tres puntos:

1. (El dispositivo) se trata de un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cualquier cosa, sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policiales, proposiciones filosóficas. El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos.
2. El dispositivo siempre tiene una función estratégica concreta, que está inscrita en una relación de poder.
3. Como tal, el dispositivo resulta del cruce de relaciones de poder y saber. (p. 250)

Una vez más, se resalta que los dispositivos están directamente ligados a los modos de subjetivación, es decir, a su capacidad para producir sujetos. En este sentido, un dispositivo tiene la facultad de modelar, regular y controlar conductas, discursos y formas de pensamiento, articulado de manera inseparable con la dimensión del poder.

De este modo, Salum, Stolkiner y D'Agostino (2022) realizan una caracterización de los distintos usos del término *dispositivo* en el campo de la salud mental. Un primer uso, de carácter “convencional”, concibe al dispositivo como una herramienta que posibilita condiciones de enunciableidad y visibilidad, integrando las dimensiones socio históricas que atraviesan las prácticas en este campo, las cuales han sido durante largo tiempo escindidas por los enfoques biologicistas. En esta línea, el término adquiere un valor fundamental en la restitución de lo social y lo subjetivo, en el ejercicio de derechos y en la producción de subjetividad.

El concepto de *dispositivo*, en este contexto, refiere a formas de organización orientadas a generar acciones con objetivos definidos. En sus estudios, los autores mencionan diversos ejemplos de dispositivos, tales como el consultorio externo, las guardias, las casas de convivencia, los dispositivos de admisión, las consultas ambulatorias y los denominados “dispositivos alternativos”.

En relación con este uso, Salum, Stolkiner y D’Agostino (2022) concluyen:

“A partir de estas últimas definiciones, una diferencia posible podría consistir en que los dispositivos se encuentran más allá de los insumos y más acá de las prácticas. Más allá de los insumos, dado que estos pueden incluirse como formando parte de los dispositivos. Y más acá de las prácticas, porque éstas exceden o trascienden los dispositivos propiamente dichos. En este sentido, es posible inferir que los insumos serían los elementos por separado, los dispositivos serían la organización que los integra en pos de un objetivo y, las prácticas, serían la puesta en acción efectiva del dispositivo” (p. 37).

A continuación, los autores distinguen un segundo uso del término, de carácter académico, vinculado al desarrollo de producciones científicas en sintonía con las elaboraciones teóricas de Michel Foucault, destacando nuevamente la inscripción de estos trabajos en coordenadas sociohistóricas.

El tercer uso atribuido al término *dispositivos*, según Salum, Stolkiner y D’Agostino (2022), “se sostiene en el relato de las experiencias de trabajo y participación en instituciones de salud mental” (p. 39). Los autores sostienen que, a partir de estas experiencias y su resignificación mediante la narración, se conforma un espacio en el cual emergen formas de normatividad que hacen posible enunciar dimensiones inherentes a las prácticas del campo.

En esta línea, afirman:

“En las narrativas puede situarse también que cada dispositivo delimita y recorta un campo sobre el cual puede actuar. De esta manera, puede determinar el margen de edad de las personas que recibe, el horario en el que funciona, el lugar físico donde se despliega y las redes que establece con otros dispositivos. Pero también, un dispositivo

puede trascender su materialidad y su dimensión organizacional para ponerse en relación con afectos.” (p. 40)

El *Dispositivo de Atención Socio-Comunitaria* en el que se enmarca nuestro trabajo de investigación se encuentra ubicado un efector público provincial de tercer nivel de atención, especializado en el abordaje integral de problemáticas de salud mental. Se trata de un hospital monovalente que combina funciones asistenciales, docentes y de investigación, ofreciendo dispositivos de internación, tratamiento ambulatorio y rehabilitación psicosocial.

Además de su función asistencial, el Hospital cumple un rol docente y de investigación, participando en la formación de profesionales y en el desarrollo de prácticas supervisadas, en articulación con instituciones educativas y universidades.

Su funcionamiento se encuentra enmarcado en los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N. ° 26.657 y en la normativa provincial vigente. En este sentido, la Ley Provincial N. ° 10.445, sancionada en 2016, adhiere a la normativa nacional y establece criterios para su implementación en Entre Ríos, orientados a garantizar el acceso a la salud mental como un derecho humano. Esta normativa promueve el abordaje interdisciplinario, la inclusión social y la sustitución progresiva del modelo asilar por dispositivos basados en la comunidad. En concordancia con estos principios, el hospital se integra a la Red de Servicios de Salud Mental, articulando con efectores de primer y segundo nivel para asegurar la continuidad de cuidados y garantizar la atención en el ámbito más cercano posible a la comunidad.

Desde el DAS se promueve una atención en salud mental con enfoque comunitario, en línea con los principios establecidos por la LNSM. Sus principales objetivos son: garantizar el acceso de los usuarios al derecho a recibir atención en salud mental; ofrecer un dispositivo de atención “alternativo” a la lógica tradicional; articular el trabajo con otros equipos e instituciones de referencia; y evitar o reducir los tiempos de internación, así como también prevenir la reproducción del fenómeno conocido como “puerta giratoria” en los servicios de internación.

CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE DISEÑO: INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Consideramos que el diseño metodológico más adecuado para el desarrollo de nuestro trabajo integrador final es el de investigación de campo, con un enfoque cualitativo y descriptivo. Nos proponemos adentrarnos en el contexto específico en el que deseamos investigar, con el objetivo de indagar y describir las narrativas de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario del Dispositivo de Atención Socio-Comunitaria, ubicado en un hospital público de la ciudad de Paraná, Entre Ríos. El eje de nuestro estudio se centrará en las prácticas de salud mental en relación con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Para ello, resulta fundamental trabajar en el territorio mismo, donde estas prácticas se desarrollan, permitiendo así una aproximación directa y situada. La estrategia cualitativa y descriptiva nos permitirá abordar tanto los aspectos objetivos como los subjetivos involucrados, posibilitando una comprensión profunda de las dinámicas, sentidos y significados que atraviesan dichas prácticas.

El diseño cualitativo lo encontramos como flexible, en el cual podremos encontrar virajes, y donde estaremos dinámicamente trabajando con los datos obtenidos, revisando y haciéndolos interactuar continuamente. El mismo se llevará a cabo por medio de entrevistas y observación no participante. Mediante un bosquejo de nuestra investigación pondremos a los componentes del conjunto de esta a interactuar, permitiéndonos anticipar una construcción del objeto en el proceso de la investigación y aceptando que el mismo puede ir modificándose a medida que la misma avance en el tiempo, a partir de obstáculos, resistencias y virajes con los cuales nos podremos encontrar.

3.2 SELECCIÓN DEL CONTEXTO

Nuestro trabajo de investigación se desarrolla en un hospital público ubicado en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, Argentina. Se trata de una institución estatal dedicada a la formación y a la atención interdisciplinaria en salud mental, cuya labor se orienta a garantizar el acceso irrestricto a la salud integral de la comunidad. Para ello, ofrece servicios públicos centrados en la promoción de derechos, la atención sanitaria y la integración socio-comunitaria. Es un efector público provincial de referencia, de tercer nivel de atención, especializado en el abordaje integral de problemáticas de salud mental. Es un hospital monovalente que combina funciones asistenciales, docentes y de investigación, disponiendo de dispositivos de internación, tratamiento ambulatorio y rehabilitación psicosocial. Su accionar se enmarca en los principios establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que promueven la garantía de derechos, la atención interdisciplinaria y la articulación con la red de servicios sanitarios de la provincia.

Este hospital público lleva a cabo un proceso de transformación en las últimas décadas, en el camino a romper con los prejuicios sobre la locura en la comunidad, modificar las prácticas asistenciales y manicomializantes, descentralizarse, incluir nuevas disciplinas, promover la investigación en el campo y fortalecer abordajes comunitarios -dentro de lo que entendemos como un proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado-, y donde la prevención y promoción dan sus primeros pasos.

La investigación se desarrolló en el período comprendido entre octubre de 2024 y agosto de 2025. Este marco temporal permitió abordar de manera secuencial las distintas fases del trabajo, respetando los tiempos necesarios para el contacto con el campo, la producción de datos a través de entrevistas y observación no participante, como también el análisis de las narrativas construidas por los profesionales participantes. En un contexto temporal atravesado por diversas transformaciones en el ámbito de la salud mental pública y por discusiones vigentes en torno a la implementación de la Ley Nacional N° 26.657, lo que permitió situar la producción de conocimiento en diálogo con un escenario social e institucional dinámico.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Nuestra unidad de análisis está compuesta por las narrativas de los profesionales que componen el equipo interdisciplinario del DAS.

3.4 TIPO DE MUESTRA

Nuestro muestreo se realizará de manera intencional, dado que se busca recolectar datos cualitativos centrados en una población específica, con características previamente definidas. Este tipo de muestreo se enmarca en las técnicas no probabilísticas, comúnmente utilizadas en investigaciones con enfoque cualitativo.

La selección de los casos implicará la elección deliberada de participantes cuyas trayectorias, experiencias y posicionamientos los conviertan en referentes pertinentes para los objetivos de este estudio. En este sentido, se priorizará la inclusión de profesionales cuyas narrativas resulten ricas, reflexivas, significativas, contextualizadas y relevantes en relación con el campo de la salud mental y la implementación de la Ley Nacional N. ° 26.657.

Se buscará que los participantes seleccionados presenten un involucramiento activo, sostenido y comprometido con el dispositivo, y que cuenten con una experiencia acumulada en el abordaje territorial e interdisciplinario en salud mental. Asimismo, se valorará la diversidad disciplinar al

interior del equipo, así como la heterogeneidad de perspectivas respecto de las prácticas, concepciones de salud/salud mental y modos de intervención.

También se procurará incluir profesionales que hayan atravesado procesos de formación específica en el marco de la Ley Nacional N. ° 26.657, o que manifiesten posicionamientos críticos frente a sus principios, considerando que estas miradas contribuyen a enriquecer el análisis. En definitiva, la selección de los casos buscará garantizar una adecuada densidad conceptual y una variabilidad significativa dentro del campo de estudio, sin pretensión de representatividad estadística, pero sí con el propósito de alcanzar profundidad interpretativa.

En consonancia con la lógica cualitativa del estudio, se adoptará un muestreo teórico, definido por Flick (2004) como aquel que:

Consiste en definir los casos en nuestro estudio de manera intencional y poco a poco (...) las decisiones de muestreo no se toman formalmente ni con antelación, sino a medida que la investigación avanza sobre el telón de fondo de la recogida y el análisis continuo de los datos (p. 45).

Este tipo de muestreo permitirá explorar progresivamente los aspectos emergentes en el marco del dispositivo, al mismo tiempo que orientará la formulación de nuevas preguntas e intereses de indagación a partir del trabajo cotidiano en el campo. En esta línea, la información que se vaya recogiendo será la que guíe las decisiones futuras sobre la inclusión de nuevos casos. Como plantea el propio autor:

Nuestros casos tienen que ser capaces de representar la relevancia del fenómeno que deseamos estudiar en la experiencia con ese fenómeno y en la preocupación por él de los participantes en nuestra investigación. (Flick, 2004, p. 49).

3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que utilizaremos para obtener información serán:

Observación no participante

La observación no participante es una técnica que se utiliza en ciencias sociales e investigaciones cualitativas para obtener información, donde la experiencia y el testimonio del

investigador inserto en un campo a investigar se convierten en una fuente de conocimiento, producción de datos y análisis de estos. Podemos definirla como “Cuando el observador no pertenece al grupo y solo se hace presente con el propósito de obtener la información, la observación recibe el nombre de no participante o simple” (Méndez, 1998)

Entrevistas

Definimos la entrevista como un encuentro entre dos o más personas, es decir, una relación social esencialmente asimétrica, en la que una de ellas, en calidad de entrevistador, formula preguntas al entrevistado con el objetivo de obtener información para distintos fines. Según Guber (2004), “a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones; es, además, una instancia de observación. Al material discursivo debe agregarse la información acerca del contexto del entrevistado, sus características físicas y su conducta” (p. 132).

La entrevista se desarrolla en un tiempo y espacio previamente definidos. En ella, como investigadores, buscaremos acceder a la información que los informantes estén dispuestos a brindar, constituyendo así una técnica central en las Ciencias Sociales. Tal como plantea Guber (2004), “la entrevista en ciencias sociales se presenta como una relación diádica canalizada por la discursividad. Ya se trate de hechos, actitudes, opiniones o recuerdos, el investigador obtiene materiales y da sus consignas al informante a través de la palabra” (p. 136).

Nos apoyaremos en una guía de preguntas abiertas preestablecidas, que orientará el desarrollo de la entrevista sin limitar la posibilidad de explorar nuevas temáticas emergentes. Este recurso nos permitirá mantener un equilibrio entre estructura y flexibilidad metodológica.

Previo al inicio de cada entrevista, se establecerá un encuadre claro: nos presentaremos formalmente ante los entrevistados, explicaremos los objetivos del estudio y solicitaremos la firma del consentimiento informado, en el cual se detalla el uso que se hará de la información recabada. Como señala Kvale (2011), “el establecimiento del escenario de la entrevista debe animar a los entrevistados a describir su punto de vista sobre su vida y su mundo” (p. 83). Por ello, consideramos esencial crear un ambiente de confianza y respeto mutuo, que favorezca el desarrollo de un rapport adecuado.

La técnica de entrevista será utilizada en su modalidad individual, en tanto dispositivo que posibilita el acceso a las narrativas de los profesionales participantes. Las entrevistas fueron diseñadas para realizarse en encuentros uno a uno, permitiendo generar un espacio de diálogo en el cual cada persona pudo desarrollar sus experiencias, percepciones y reflexiones vinculadas a las prácticas de

salud mental en el marco de la Ley Nacional N. ° 26.657. Esta modalidad fue seleccionada con el objetivo de propiciar un clima de confianza y confidencialidad que favorece la profundidad y riqueza de los relatos.

La entrevista es concebida como un proceso de construcción conjunta del conocimiento, donde preguntas y respuestas se retroalimentan de manera dinámica, permitiendo avanzar hacia una comprensión más profunda del fenómeno estudiado. En este proceso, el entrevistador debe aprender a escuchar no solo el contenido de lo que se dice, sino también la forma en que se expresa: “El entrevistador debe aprender a escuchar tanto lo que se dice como la forma en que se dice” (Kvale, 2011, p. 91).

Desde esta perspectiva, la “no directividad” implica una apertura a lo inesperado: es la capacidad de integrar los aportes del marco teórico con la información brindada espontáneamente por los informantes. Esta flexibilidad metodológica enriquece la recolección de datos, permitiendo incorporar nuevos temas relevantes que emerjan durante el diálogo.

Para ello, consideramos clave la práctica de una escucha atenta, acompañada de técnicas como la atención flotante, que nos permitan captar matices, identificar temas emergentes y dar lugar a asociaciones libres propuestas por los propios entrevistados.

En el marco de nuestra investigación, las entrevistas y la observación no participante serán las principales técnicas de recolección de datos, utilizadas de manera complementaria. En las Ciencias Sociales, la entrevista forma parte del conjunto de acciones que pueden inscribirse dentro de una estrategia de observación no participante, enriqueciendo así la comprensión integral del objeto de estudio.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos e información obtenida comienza cuando el proceso de recolección mismo se está desarrollando, mediante clarificaciones de significado. Como, por ejemplo, en la entrevista mediante intervenciones del entrevistador se puede llegar a desentrañar significados de las narraciones propias que nos proponen los entrevistados. “Con esa interpretación “sobre la marcha” partes considerables del análisis se adelantan a la situación misma de entrevista” (Kvale, 2011).

Describiremos los relatos de los profesionales a partir de un “Análisis de frases significativas” para llegar a desentrañar aquellas categorías que nos sirvan para elaborar nuestro posterior análisis y reflexión sobre el tema que aboca a nuestra investigación. No existe un método único de análisis para llegar a significados e implicaciones, pero si algunos enfoques que permitirán analizar los textos de

estas. Trabajaremos con las narrativas que nos ofrecen los profesionales como nuestra unidad de análisis, este se produce mediante el diálogo ida y vuelta con el entrevistador.

Entendemos a las narrativas como un recurso útil para poder comprender la diversidad de procesos que hacen al devenir humano y se relaciona de manera directa con la historia de vida de cada sujeto que las porta y reproduce, permite construir y reconstruir experiencias. Con relación a las narrativas, nos apoyamos en lo que enuncia González Rojas (2016):

La narrativa da cuenta del pasado, pero también puede ser utilizada para la comprensión del presente y la proyección del futuro. Toda narrativa tiene de fondo un propósito, esto significa que la narrativa contiene intenciones y finalidades, lo que lleva a pensar ¿qué motivó a la gente para emprender ciertas acciones, cómo y desde dónde lo hizo? (p. 82)

A partir de las narrativas de los profesionales del equipo de salud mental es que nuestro objetivo se centra en describir las prácticas de salud mental que allí se llevan a cabo y como estas entran en relación con lo establecido en la normativa antes mencionada, la Ley Nacional de Salud Mental. Entendemos como tal, que las narrativas, según González Rojas (2016) pueden proporcionar a nuestro estudio:

En las ciencias sociales se ha dicho que mediante las narrativas pueden exteriorizarse acciones o modos de pensamiento, también se expresan las emociones e interpretaciones de sí mismo, en otras palabras, las narrativas permiten construir y reconstruir la experiencia de las personas. La narrativa es una manera de hablar de uno, del pensamiento y de sus actos personales; temporalmente es una forma de recordar el pasado, configurar el presente y replantear el futuro (p. 82)

Para el análisis de los datos se optó por la técnica de frases significativas. De acuerdo con Díaz y Badano (s.f.), este enfoque se orienta a la codificación y categorización del material emergente de las entrevistas, poniendo el foco en aquellas expresiones que revisten especial relevancia. Se prioriza, en este sentido, la atención a las particularidades de las narrativas, los modos de enunciación del sujeto y los significados y sentidos que estos construyen.

Con relación al “Análisis de frases significativas” Díaz y Badano (s/f) apuntalan:

Desde una perspectiva interpretativa interesa conocer cuáles son las "categorías" de sentido que articulan la vida cotidiana de los sujetos. Son particulares, porque responden a una particularidad contextual e "individualizada". Constituyen un primer nivel de análisis y son provisionarias para la comparación con otros documentos de campo (otras entrevistas, registros, etc.). Posteriormente, la historización, la reflexividad y la construcción relacional transportarán esas categorías a territorios de teoría cuyo nivel de abstracción y generalidad vuelvan relevante el contexto particular y el modo de significar. (p. 4)

Los autores señalan a este modelo de análisis de la información como ágil, práctico ya que no requiere formación previa para su desarrollo, así como también lo caracterizan como “artesanal” y flexible.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

En el presente capítulo nos abocaremos a la descripción de los datos obtenidos mediante los recursos utilizados para su recolección, como fueron la observación no participante y las entrevistas. Para esto partiremos de nuestro objetivo general que se planteó como: “Describir y analizar las narrativas de los profesionales del equipo interdisciplinario del Dispositivo de Atención Socio-Comunitaria (DAS), inserto en un Hospital Público de la ciudad de Paraná -Entre Ríos- con relación a las Prácticas de Salud Mental a partir de Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N°26.657. El análisis de estos se llevó a cabo por medio del método denominado “Análisis de Frases Significativas” (Díaz y Badano. S/F), el cual nos permitió adentrarnos en las narrativas de los profesionales, indagar acerca de aquellas categorías que en estas se reiteren, posibilitando el posterior armado de nuestros ejes de análisis.

Retomaremos para esto extractos de las entrevistas¹ realizadas, las mismas constituyen un total de ocho entrevistas, que fueron grabadas mediante un grabador de audio y posteriormente desgravadas lo que nos permitió preservar así la fidelidad de las respuestas y narrativas construidas en el momento de intercambio entre el investigador y los participantes. El uso de entrevistas y, a su vez, el diseño de investigación cualitativa por su característica de flexibilidad nos permite ir ajustando, modificando los ejes de preguntas pre- establecidas según su pertinencia, así como el desarrollo de estas, que entendemos, por su propia subjetividad y experiencias cada participante les aportó su impronta propia a las respuestas- narrativas expuestas. Aclaramos que se preserva la identidad de los participantes, acotando su identificación a “ENTREVISTADO N°” según correspondió la sucesión de entrevistas. Asimismo, para acceder a dichos encuentros, previamente se encuadra su desarrollo y se firmó un consentimiento informado sobre el porqué de esta investigación y cómo serían utilizados los datos obtenidos. Recopilaremos extractos significativos de los encuentros en los cuales a través de dichas entrevistas pudieron describir las prácticas de salud mental que llevan a cabo.

A partir del material recopilado, el análisis efectuado posibilitó la construcción de distintas categorías, las cuales fueron sistematizadas en torno a dos ejes de análisis:

- Descripción y Caracterización acerca de la Conformación y Prácticas del Equipo Interdisciplinario del DAS.
- Concepciones de S.M. desde las Narrativas de Profesionales del Equipo del DAS, sobre Salud/S.M., Sujeto y Prácticas, con relación a los Procesos de Transformación a partir de la LNSM N° 26.657.

¹ Las entrevistas transcritas se encuentran agregadas al apartado “Anexos” de este Trabajo Integrador Final.

Las categorías fueron construidas a partir de su recurrencia en los relatos, los cuales consideramos de suma importancia para nuestro trabajo de investigación. Resulta pertinente señalar que la construcción de los ejes de análisis se elaboró a partir del material obtenido en las entrevistas, en articulación con el desarrollo conceptual establecido en el marco teórico. Asimismo, los objetivos de esta investigación, junto con la revisión constante de los antecedentes, posibilitaron delimitar y profundizar el análisis de los datos.

4.1 DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN ACERCA DE LA CONFORMACIÓN Y PRÁCTICAS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL DAS.

Para introducir el siguiente apartado, presentaremos una revisión histórica del surgimiento del campo de la Salud Mental en Argentina, lo que permitirá contextualizar posteriormente el escenario en el que se desarrolló nuestro trabajo de investigación. Entre los años 1880 y 1910, se había conformado en el país un sistema de atención a enfermedades mentales con características predominantemente manicomiales, que presentaba notables deficiencias. Estos dispositivos psiquiátricos se establecieron siguiendo líneas de corte positivista y la tradición de la psiquiatría francesa, conocida como “alienismo”, adoptando sus prácticas correspondientes. En ese momento, se consideraba que las enfermedades mentales podían ser tratadas mediante el encierro de los pacientes en asilos, donde se aplicaban intervenciones sociales y físicas orientadas al “tratamiento moral”. Estas instituciones funcionaban como grandes reclusorios, denominados “manicomios”, que, bajo un modelo panóptico, se configuraban como dispositivos de control y disciplinamiento capaces de regular la conducta de los individuos mediante una vigilancia constante y normalizadora.

En este contexto surge el higienismo mental en Argentina hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX, en un marco en el que el higienismo ya se consolidaba como corriente médico-social vinculada al control de la población y a la prevención de enfermedades. La consolidación de la psiquiatría como especialidad médica en hospitales y manicomios, junto con el interés por la profilaxis de las enfermedades mentales orientada a prevenir y controlar conductas consideradas desviadas, se articuló con las transformaciones sociales derivadas de la inmigración y la urbanización. Estas condiciones generaron discursos sobre la “degeneración” y la necesidad de reforzar el orden social. En este escenario, las ideas del higienismo mental comenzaron a expresarse en Argentina a comienzos del siglo XX, cristalizando en iniciativas como la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental en 1929, destinada a difundir campañas educativas, preventivas y de control social en torno a la salud mental. Carpintero (2018) señala al respecto:

Los higienistas en la Argentina planteaban reformas sociales preventivas, mediante la intervención del Estado, para la solución de los problemas sociales, ampliando el concepto de

Salud Pública en el tratamiento de los problemas más sensibles para el poder político. Por otro lado, la Higiene Mental validará la psicoterapia como tratamiento efectivo para las enfermedades mentales. (p. 73).

Con la consolidación del peronismo en la década de 1940, se afirmó el Estado de Bienestar en Argentina, implicando un trabajo activo del Estado en el desarrollo de políticas sociales, acompañado de la creación del Ministerio de Salud y Trabajo. Entre 1946 y 1952, el neurólogo Ramón Carrillo dirigió este ministerio, impulsando una amplia gama de políticas sanitarias, con especial énfasis en salud mental. A nivel internacional, en 1948 se celebró en Londres el Tercer Congreso de Higiene Mental, cuya denominación cambió a “III Congreso de Salud Mental”. Carpintero (2018) comenta al respecto:

La ‘Higiene Mental’ empezó a ser ‘Salud Mental’. En este contexto, los organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), sostenían la necesidad del pasaje de la psiquiatría a la Salud Mental, según el tipo de Estado de Bienestar que se consolidaba en cada país. El consenso de este movimiento era buscar alternativas al manicomio, mediante la prevención y la promoción de la Salud Mental en la comunidad. En 1953, la OMS recomendó la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, lo cual fue cumplido parcialmente por algunos países. (p. 76-77).

A partir de esta descripción histórica, se puede ubicar el inicio del campo de la Salud Mental en Argentina, aunque todavía no contará con esta denominación. Carpintero (2018) destaca que:

1957 fue un año que transformó cualitativamente lo que llamamos el campo de la Salud Mental en la Argentina. Un hecho fundamental fue la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), que no solamente dispuso una política activa por parte del Estado en los problemas de la Salud Mental, sino que nombró oficialmente de otra forma lo que hasta ese momento era dominio de la Psiquiatría. Este pasaje de la Psiquiatría a la Salud Mental marcó un hito y estaba en consonancia con lo que sucedía en el mundo. (p. 68).

Con esta referencia histórica, puede afirmarse que se produjo una ruptura del paradigma psiquiátrico y médico hegemónico que prevalecía en Argentina, y se comenzaron a establecer las bases

de un nuevo paradigma en salud mental. Este concepto ha experimentado una profunda transformación, pasando de una perspectiva centrada en la enfermedad y el encierro a un enfoque integral, comunitario y orientado a los derechos. Originalmente vinculado al modelo médico hegemónico, que concebía la locura como un trastorno individual susceptible de aislamiento y medicalización, el campo de la salud mental comenzó a reconfigurarse en el siglo XX mediante aportes de la psiquiatría crítica, el movimiento de desmanicomialización y las luchas sociales por los derechos humanos. En América Latina, estas transformaciones se reflejan en la concepción de la salud mental como construcción social, atravesada por determinantes históricos, políticos, económicos y culturales.

En esta línea, Galende (1990) plantea:

En los últimos treinta años asistimos a una transformación profunda del campo homogeneizado hasta entonces por la medicina mental y que ha dado lugar a la nueva denominación de Salud Mental. Esta no es de ningún modo una renovación o modernización de la psiquiatría; por el contrario, es un replanteo en profundidad de los problemas de la salud y la enfermedad mental, que está dando lugar a una recomposición de todos sus aspectos: la comprensión del daño psíquico en relación con las fragilidades subjetivas y con los factores de riesgo; la constitución de un ámbito disciplinario nuevo, denominado políticas de Salud Mental; la reformulación de las teorías con apertura a conceptualizaciones sociológicas, antropológicas, políticas, etc.; la organización de nuevas prácticas con preponderancia de las técnicas psicosociológicas, para intervenir en ámbitos comunitarios y en función preventiva; la abolición progresiva de la institucionalización psiquiátrica y sus establecimientos manicomiales, para ser reemplazados por Centros Periféricos y equipos comunitarios... (p. 15).

El autor explica que, en la configuración actual del campo de la salud mental, pueden reconocerse dos rasgos centrales: por un lado, el declive de la psiquiatría como disciplina hegemónica, acompañado de la diversificación de dispositivos y estrategias preventivo-asistenciales; por otro, una redefinición de los vínculos con la medicina, que implica revisar sus valores, su organización y los modelos de atención que la sostienen.

A partir de este contexto histórico, se puede situar la inauguración del hospital público en 1963, concebido como una institución destinada a alojar a personas con “enfermedades mentales” y originalmente denominado “Neuro-psiquiátrico”. Su sede se encontraba en una zona periférica de la ciudad, de difícil acceso y con escasa población vecinal, lo que lo configuró como un espacio de reclusión y, en cierta medida, de “depósito” de pacientes, manteniéndolos segregados del conjunto urbano de Paraná durante los años 1960. El edificio constituye un ejemplo de la arquitectura moderna, caracterizada por la utilización de figuras simples y la disposición de espacios amplios y luminosos. Asimismo, se destacan los extensos espacios verdes que rodean la institución, dotados de ornamentos sencillos que favorecen la circulación y el entorno. Cabe señalar que, desde su concepción, el hospital fue pensado bajo un modelo de “puertas abiertas”, acorde con estas características.

Entre los hitos más relevantes de la historia de la salud mental en la región destaca la creación, en 1967, de la primera Comunidad Terapéutica de América Latina. Durante ese mismo período, el establecimiento fue reconocido como el Primer Centro Piloto Psiquiátrico Regional, desarrollando un modelo de trabajo bajo una lógica reformista, en línea con la psiquiatría social y el enfoque de comunidad terapéutica. Este modelo buscaba articular la medicina con distintos campos del conocimiento social, promoviendo un entorno estructurado que favorece la realización de actividades programadas orientadas al desarrollo de relaciones humanas constructivas entre los pacientes. Asimismo, se planteaba como objetivo reducir los conflictos psicológicos y, simultáneamente, fortalecer y mejorar las conductas de los individuos.

En este marco, la sanción de la Ley Provincial de Salud Mental N.º 8806 en 1987 constituyó un antecedente fundamental para la regulación de la salud mental en Entre Ríos, estableciendo criterios para la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental, incluyendo disposiciones sobre internación, atención ambulatoria y tutela de personas con padecimientos mentales. Esta normativa reflejaba los primeros intentos de desmanicomialización y de incorporación de principios orientados a la protección de los derechos de las personas con sufrimiento psíquico, aunque su alcance y enfoque aún eran limitados.

La Ley Provincial de Salud Mental N.º 8806, sancionada en Entre Ríos en 1987, representó un avance significativo en la regulación de las prácticas en salud mental, constituyéndose en un antecedente pionero en el país. Esta normativa establecía lineamientos para la organización de los servicios, incorporando disposiciones tanto para la atención ambulatoria como para las internaciones. Asimismo, planteaba criterios para las internaciones psiquiátricas, enfatizando su realización en hospitales generales y bajo indicación médica justificada, con el fin de evitar prácticas prolongadas o innecesarias de encierro. También incluía medidas orientadas a la tutela de los derechos de las

personas internadas, promovía la conformación de equipos interdisciplinarios y reconocía la importancia de dispositivos alternativos al modelo manicomial, favoreciendo la atención comunitaria. Si bien su aplicación fue parcial y su alcance resultó limitado, la ley sentó las bases para repensar el paradigma vigente en torno a la atención de la salud mental en la provincia.

En este sentido, la Ley 8806 puede considerarse un antecedente directo de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, sancionada en 2010. Muchos de los principios que esta última consagró a nivel nacional —tales como la desmanicomialización, la centralidad de los derechos humanos, la atención interdisciplinaria y la orientación comunitaria de los dispositivos— ya se encontraban esbozados en la legislación entrerriana de 1987. Así, puede afirmarse que la norma provincial anticipó lineamientos que luego serían retomados y ampliados en el marco nacional, constituyéndose en un punto de referencia clave para comprender el proceso histórico de transformación del campo de la salud mental en Argentina.

Consideramos relevante esta contextualización histórica, ya que nuestro estudio se desarrolló con profesionales que integran un Dispositivo de Atención Socio-Comunitaria, inserto en un hospital público de la ciudad de Paraná, Entre Ríos. Esta institución, de dependencia provincial, constituye un efector de tercer nivel de atención y se establece como un centro de formación y atención interdisciplinaria en Salud Mental. Su funcionamiento se enmarca en los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), con el objetivo de garantizar el acceso a una atención integral para la comunidad. En este sentido, el hospital ofrece servicios de salud y salud mental orientados a la promoción de derechos, la atención sanitaria y la integración e inclusión socio-comunitaria.

En este contexto, los profesionales entrevistados diferencian entre lo que denominan el “Hospital” y la “Residencia”, describiéndolos como instituciones separadas que, sin embargo, funcionan de manera articulada dentro del mismo complejo edilicio bajo la supervisión del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos. Como señaló un profesional entrevistado:

“La RISaM pertenece al Ministerio de Salud de la Provincia. El Área de Residencias Médicas, en realidad, funciona acá porque es, por decirlo de alguna manera, el mejor centro de prácticas para que el residente se forme” (Entrevista 2, Técnico en Acompañamiento Terapéutico, 2024).

La historia de las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISaM) en Argentina se remonta a mediados del siglo XX, en un contexto atravesado por transformaciones políticas, sociales y sanitarias. El primer antecedente de formación en Salud Mental se sitúa en 1957, en Buenos Aires, en

el entonces “Hospicio de Hombres” —actual Hospital Borda—, donde Jorge García Badaracco impulsó la creación de la “Residencia de Becarios del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM)”. Esta propuesta, novedosa para la época, buscaba superar la lógica manicomial y ofrecer una formación enriquecida por saberes diversos, en diálogo con los aportes del psicoanálisis y de la psiquiatría dinámica. Si bien introdujo cambios significativos, aún mantenía la preeminencia de la disciplina médica y el confinamiento institucional.

Con la recuperación de la democracia en 1983, el campo de la Salud Mental adquirió un nuevo impulso. A partir de 1985, bajo la gestión de Vicente Galli en la Dirección Nacional de Salud Mental, se instituyeron las RISaM como un modelo alternativo a la residencia psiquiátrica tradicional. Su propósito central era formar profesionales en equipos interdisciplinarios —psicólogos, médicos, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales—, promoviendo una concepción integral de la Salud Mental. La residencia se estructuraba con un recorrido progresivo desde la prevención primaria hasta la atención terciaria, en consonancia con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y con los lineamientos internacionales de desmanicomialización y promoción comunitaria.

La Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) es una propuesta de formación de posgrado en el campo de la salud mental, dependiente del Departamento de Residencias Médicas del Ministerio de Salud de la Provincia. La misma encuentra su sede en este hospital público, realizando también intervenciones en diferentes centros de salud y hospitales generales de la provincia. El trayecto de formación comprende cuatro años, en los cuales los tres primeros se realizan espacios académicos y asistenciales y durante el último año el residente toma funciones asistenciales en el lugar de la provincia de Entre Ríos que se determine sean necesarios sus servicios. Para poder acceder a esta propuesta de posgrado, los interesados deben rendir un concurso de oposición y antecedentes, compuesto por un tronco común enfocado al campo de la salud mental y uno específico de cada disciplina. Participan profesionales de las áreas de medicina, psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y comunicación social.

En consonancia con lo descrito anteriormente, la característica fundamental del sistema de residencias es la formación bajo la modalidad de trabajo interdisciplinario, es decir, la puesta en juego de diferentes saberes disciplinarios que se complementan como estrategias para un abordaje integral de la salud, desde una perspectiva de derechos humanos.

A partir de las entrevistas a los profesionales que componen el DAS, podemos llevar a cabo esta caracterización en relación con las residencias, debido que está formado principalmente por residentes:

La residencia vendría a ser como una propuesta de formación cuando uno se recibe, en este caso de manera interdisciplinaria, entonces los primeros tres años lo que se hace es una tarea que combina la práctica asistencial, que vendría hacer la atención, leída desde una manera general, más amplia y la parte de formación más teórica que incluye estudiar, tener módulos, exámenes. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

Por otra parte, resaltan la importancia de estas, que a partir de su experiencia constituyen como un “equilibrio” entre el periodo que compone egresar de una carrera profesional e inmiscuirse al mundo laboral, permitiendo la adquisición de herramientas para el desarrollo de las prácticas profesionales.

Permite un equilibrio entre empezar a trabajar, cuando uno termina la facu se siente sin muchas herramientas, y si vos vas estudiante, tenes ateneos, una supervisión a la par, te permite como poder inscribir la práctica de otra forma. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

De la misma forma, narran sobre las residencias y el paso por el hospital como un lugar de aprendizaje, de formación, donde el hacer con otros trabajadores pertenecientes al campo de la salud mental posibilita prácticas de “alojar” al compañero, “habilitar”, “enriquecerse” y “ser parte”. Entiendo también, que todas estas prácticas, como planteamos más adelante, llevan al desenvolvimiento de acciones que acompañen procesos de salud- enfermedad- cuidados.

El hospital es muy alojador, todos sus trabajadores, si bien al ser tantos siempre va a haber roces, diferencias y demás, pero en general hay una concepción digamos como implícita del alojar al compañero, de habilitar, no sólo al interior de la residencia, sino que en interacción con otros trabajadores también. (Entrevista 5, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Durante su expansión en distintas provincias, las RISaM se constituyeron en espacios de formación innovadora que desafiaron la hegemonía médica, incorporaron prácticas comunitarias y favorecieron un enfoque centrado en los derechos.

Hacia fines del año 2010, ya con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se produce el cambio de nombre de la institución, este no fue un cambio arbitrario, sino que significó una redefinición de las prácticas que en el mismo se venían sosteniendo. Se buscó expresar mediante la nueva nomenclatura lo pregonado desde los años 60, un cambio de paradigma y lógicas en relación

con las prácticas de salud mental que se gestaron como un hito en la historia de la salud mental en Argentina y América Latina. Recopilando material comunicativo de la institución, destacamos lo que expresa Soledad Escobue (2015) en relación con este hecho:

Viene a sumarse de esta forma a un movimiento que intenta desestigmatizar la locura, el manicomio, el imaginario que se generó alrededor del (Nombre Original del Hospital) en nuestra ciudad; por sobre todo pronunciar un grito contra la lógica manicomial. (p. 2)

Dentro de este marco nos podríamos preguntar ¿A qué se debe esta nueva denominación institucional?

Para responder a esta pregunta, a lo largo de nuestro proceso de investigación pudimos recolectar datos que dan cuenta de las actividades de atención y promoción de la salud mental que se desarrollan dentro de la institución y además como centro de formación especializada para profesionales del campo de la salud mental. De esta forma, se busca incentivar que dicho nosocomio se constituya como una institución de carácter interdisciplinario y un centro alojador de actividades académicas- científicas.

Lo anteriormente descrito, podemos considerarlo parte de aquellas prácticas de salud mental que entran en consonancia a lo propuesto en la LNSM. Desde la Ley podemos destacar, que en su artículo N° 6 se hace referencia a la adecuación que se debe llevar por parte de servicios y efectores públicos a los principios establecidos por la normativa, encontramos que, si bien existen antecedentes que muestran que previa a la sanción de la misma en esta institución ya se trabajaba en la línea de promover una atención en salud mental desde una lógica de los derechos humanos y el trabajo con la comunidad, con el advenimiento la Ley, se afirmó el conjunto de prácticas que llevan a cabo los profesionales dentro de la institución y las lógicas de trabajo que se buscaban promover.

En esta línea de ideas, podemos decir que el cambio de nombre que se produjo en dicho nosocomio responde a una reactualización, en relación con la institución y las prácticas que allí se llevaban a cabo y el imaginario social que se busca reconstruir a partir de esta nueva nomenclatura. Los profesionales del equipo remarcan en relación con lo considerado anteriormente, la importancia de repensar desde donde se posicionan al momento de intervenir en las problemáticas que se les presentan día a día, desde que lógicas y discursos sostienen sus prácticas, más allá del nombre que se le asigne a la institución. Sin dejar de lado que, consideramos que el marco institucional se constituye como respaldo y a la vez garantía para que se puedan propiciar modelos de abordajes que encuentren sus

bases en la protección de derechos de los usuarios, el abordaje a partir de los principios de Atención Primaria de la Salud y el trabajo con la comunidad.

Y el Hospital viene a ser la historia de un monovalente, que al día de hoy seguimos como pensando en esto de que hay que desmanicomializar, que hay que descentrar la atención, pero la realidad es que el único lugar para un montón de personas, entonces yo por ahí me quedo con eso y no es pensarlo como el monovalente o el centro de salud sino pensar en que se hace, donde están las miradas, donde están las prácticas, ya sea en un monovalente o en un centro de salud. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

No queremos dejar de lado, que a partir de la sanción de la LNSM tal como expresa en su artículo N° 27, queda prohibida la creación de nuevos manicomios e instituciones de internación monovalentes, ya sean de carácter público o privado. Además, los ya existentes se deben adaptar a los principios expuestos en la Ley, hasta su sustitución definitiva por “dispositivos alternativos”. En referencia a dispositivos consideramos que lo que se busca es promover prácticas “alternativas” a la lógica manicomial, entendiendo que la internación no es el único método de abordaje a problemáticas de salud mental, sino que corresponde al conjunto de dimensiones que hacen a la salud mental.

A continuación, realizaremos una descripción sobre el surgimiento y funcionamiento del Dispositivo de Atención Socio-Comunitaria, en el cual nos inmiscuimos para describir desde la narrativa de los profesionales las prácticas en salud mental que llevan a cabo y se encuentran en relación con lo propuesto en la LNSM.

Los inicios del DAS se encuentran empapados por residentes en conjunto a profesionales de enfermería y una necesidad de poder pensar un fenómeno que se describe como “puerta giratoria”. Esta problemática hace referencia a usuarios que cursan múltiples y reincidentes ingresos a dispositivos de internación en salud mental.

Nació en la residencia, a partir de bueno personal de enfermería que manifestaba esto de la puerta giratoria en pacientes que salen y vuelven a ingresar todo el tiempo, porque no hay un afuera que dé continuidad al tratamiento, que quizás dentro del hospital hay una continuidad. (Entrevista 8, Prof. Enfermería, 2024)

Se observa que, este dispositivo nace a partir de la necesidad de pensar otra forma de abordaje para paliar el número de internaciones (y re- internaciones) que tenían los usuarios en salud mental,

debido a que se encontraba como único recurso a su tratamiento. Entendiendo también, que este paso errático por las salas de internaciones resultaba iatrogénico en los procesos que llevaban a cabo los usuarios.

Hacer un seguimiento de los pacientes que siempre están al límite de la internación, por eso también, estar internado y volver para afuera siempre es un riesgo, su cotidiano siempre está en riesgo. Por eso se propuso este dispositivo, junto con los residentes para hacer un seguimiento de los pacientes que tienen muchos reingresos. (Entrevista 8, Prof. Enfermería, 2024)

Posicionándonos desde una perspectiva deleuziana para definir ¿Qué es un “Dispositivo”? citamos a Deleuze (1990):

En primer lugar, es una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilineal. Está compuesto de líneas de diferente naturaleza, y esas líneas del dispositivo no abarcan ni rodean sistemas cada uno de los cuales sería homogéneo por su cuenta (el objeto, el sujeto, el lenguaje), sino que siguen direcciones diferentes, forman procesos siempre en desequilibrio y esas líneas tanto se acercan unas a otras como se alejan unas de otras. (p. 155)

En relación con lo mencionado, Foucault va a distinguir tres instancias: saber poder y subjetividad que estarán relacionadas y harán a las características de cada campo que se precise estudiar. Entonces, a partir de esta definición de dispositivos, podemos decir que los sujetos se encuentran insertos en los mismos y que actúan en consonancia a la naturaleza de estos. Según Camiou (2020) “es necesario repensar la noción de dispositivo, el cual posee una forma de visualizar aspectos de la realidad y su entramado en las relaciones de poder- saber- sujeto” (p. 5) Cada dispositivo expondrá las concepciones que lo enuncian y sustentan, y cómo estas mismas se construyen en su entramado.

Tal como lo describe la siguiente narrativa, los profesionales encontraban que las modalidades de tratamiento que se ofrecían a los usuarios, sí podemos posicionarnos desde una lógica tradicional, no favorece a la circular por parte de estos dentro de la institución.

La dificultad de que había muchos usuarios que bueno estaban ahí dando vueltas, no hacían tratamiento en el consultorio no venían nunca, terminaban internados porque llegaban

descompensados y las internaciones, bueno, eran justamente iatrogenias. (Entrevista 7, Lic. Psicología, 2024)

En línea con lo trabajado anteriormente, el propósito del DAS en sus inicios era poder realizar un seguimiento por fuera del hospital a aquellos usuarios que transitaban por el mismo y que en ocasiones eran personas que transitaban cuadros en los que se les dificultaba garantizarles la accesibilidad a dispositivos tanto del Hospital como en otras instituciones. Los residentes junto a trabajadores del hospital piensan y proponen como alternativa un modo de abordaje que se proponga ir hacia la comunidad en la que se inserta el usuario, y no como tradicionalmente sucede esperar que el mismo acuda a la institución.

Lo previamente descrito podemos verlo reflejado en la narrativa de los profesionales:

Los usuarios llegan por derivación de otros dispositivos del hospital, generalmente cuando ya se han agotado todas las instancias más tradicionales de tratamiento, llámese internación, consultorio externo, bueno cuando hay un circular muy errático por la guardia, cuando se han agotado las instancias que por ahí tienen a, a esto más tradicional digo en cuanto a lo que estamos acostumbrados que la persona viene y pide un turno, a lo que por ahí yo considero que mal llamamos “adherencia al tratamiento”. (Entrevista 6, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Nosotros tenemos la posibilidad de proponer y que se nos dé esa opción, esa alternativa, este equipo lo propuso, veían que había usuarios que no estaban llegando al hospital, que quedaban perdidos, en zonas más alejadas de lo que sería el centro, donde están los centros de salud y crean este dispositivo como una forma de hacer una atención más en domicilio, hacer como otro tipo de clínica. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

En otras palabras, el DAS se describe por sus propios integrantes como un “dispositivo alternativo”. Tal como se plantea en el artículo N° 11 de la LNSM se debe impulsar el desarrollo de dispositivos que implementen acciones de inclusión social, atención en salud mental comunitaria que preserven luego del alta institucional la accesibilidad por parte de los sujetos a espacios de inclusión social, laboral, también pudiendo recibir visitas en domicilios que acompañen al proceso de

externación, y otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, centros de capacitación, etc.

Siguiendo con esta línea de trabajo, desde los profesionales del equipo, se busca que las acciones implementadas en el DAS estén en consonancia con lo planteado en la LNSM.

Si ósea, este dispositivo en general, ósea, cuando se constituye, se origina, una de la fundamentación que se presenta tiene que ver con, plasmar llevar a cabo prácticas que vayan en consonancia con la reglamentación y al Ley de Salud Mental, poder pensar dispositivos alternativos, podemos pensar ¿alternativos a qué? (Entrevista 5, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Encontramos sugerente, esta pregunta retórica que se formula la entrevistada. ¿Por qué pensamos que un dispositivo que dirige su trabajo hacia la comunidad es “alternativo”? ¿Qué es un dispositivo alternativo? Podríamos decir, que un dispositivo alternativo en salud mental sería aquellos que no reproducen lógicas de corte asilar- manicomial. Los dispositivos alternativos, buscarán una reformulación en la atención respondiendo al paradigma de la salud mental. Cómo considera Caminou (2020):

Planteamos que las propuestas sustitutivas al modelo asilar deberán situar a ese corpus conceptual en un lugar horizontal con relación a otros saberes. Esto posibilita una mirada compleja del sujeto, habilitando voz y voto a la hora de decidir su vida; lo que conlleva asimismo a dar lugar a creaciones noveles, singulares, ante las propuestas clásicas de “tratamiento”. (p. 7)

Desde lo recabado, podríamos decir que se describe como “alternativo” a dispositivos que encuentran lógicas de abordaje a problemáticas de salud mental donde no prime la internación o prácticas denominadas “tradicionales” como único recurso. Lo que caracterizaría las intervenciones que se buscan llevar a cabo es que aboguen por entender la Salud Mental como un proceso que se compone de múltiples dimensiones que no pueden ser dissociadas.

En general antes lo único posible de pensar para una persona con una problemática de salud mental tenía que ver con una internación, o con modos tradicionales de atender en consultorio y eso, en general bueno las propuestas ahora son varias y no porque nos pintó

hacer propuestas, sino porque entendemos que eso abogan y hacen a la salud mental también de las personas. (Entrevista 6, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

En relación con la conformación del equipo de profesionales del Dispositivo de Atención Socio-Comunitaria (DAS), es posible distinguir entre el personal perteneciente a la institución —dentro del cual se identifican tres integrantes que conforman el denominado "equipo permanente"— y aquellos/as profesionales que dependen de las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISaM). Las disciplinas que integran este equipo incluyen médicos psiquiatras, psicólogos/as, acompañantes terapéuticos, trabajadores/as sociales, terapistas ocupacionales y personal de enfermería. El equipo se define a sí mismo como "interdisciplinario", en función del modo en que llevan adelante su práctica, contemplando que, según el rol que ocupen, les corresponde asumir diferentes derechos, responsabilidades y requerimientos.

Considero que es un equipo que funciona en interdisciplina, pero está conformado por varias disciplinas, la mayoría son residentes, trabajadores del hospital somos 3, dos con suplencias y el psicólogo con un módulo de consultorio, que son figuras que te otorgan y bueno tienen todas diferentes requerimientos, derechos y responsabilidades. (Entrevista 5, Lic. Trabajo Social, 2024)

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, al momento de desarrollar nuestra investigación el equipo estaba compuesto por diez profesionales, dos estudiantes que realizaban allí sus prácticas pre- profesionales y un concurrente, que es otra figura con la cual se puede desempeñar una aproximación a la institución. Lo que caracteriza a los residentes son las denominadas “rotaciones”, que es la manera en la que funcionan las residencias que lleva a que los profesionales realicen su recorrido por diferentes instituciones, donde cada aproximadamente seis meses son convocados a participar en otro lugar. Esta característica despierta en los mismos diferentes emociones, ya que por un lado consideran que los beneficia al momento de adquirir herramientas para poder desenvolverse en diferentes escenarios institucionales, pero al mismo tiempo, encuentran una dificultad a la hora de adaptarse a un nuevo dispositivo y su modo de funcionamiento.

Está bueno en el sentido de que la diversidad de recorridos institucionales hace que uno tenga un poco de manejo, un poco más ordenado, y que tenga más libertad de moverse porque uno sabe que está haciendo. (Entrevista 7, Lic. Psicología, 2024)

Al mismo tiempo, esto resulta en desventaja para los usuarios quienes suelen tomar a los profesionales como referentes, y cada rotación hace que se tengan que establecer nuevos vínculos con los mismos.

Al día de hoy bueno se pudo conformar, la realidad es que está sostenido el 90% por residentes, solamente hay un cargo de Trabajadora Social y otro de un Acompañante Terapéutico, entonces eso bueno la verdad que dificulta muchísimo el sostenimiento del dispositivo porque constantemente la gente está cambiando. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

Por último, queremos resaltar, que el DAS al estar conformado por un equipo de profesionales que cuenta con diferentes disciplinas y trayectorias permite llevar a cabo una amplitud de prácticas que hacen al proceso salud- enfermedad- cuidados, entendiendo que la salud mental atraviesa toda la complejidad del ser. Entre ellas podemos esbozar: visitas domiciliarias, articulación con otras instituciones, garantizar el acceso a derechos tal como puede ser trámites con obras sociales, sistema SUBE de transporte público, certificados único de discapacidad (CUD), acciones que promuevan el acompañamiento a los usuarios para poder desenvolverse en situaciones cotidianas de la vida, garantizar la alimentación, el acceso a medicación, acceso a tratamientos llevados a cabo por profesionales. Entendiendo al abordaje de la salud mental desde una perspectiva de salud integral.

Desde esa perspectiva imaginaras que acompañamos procesos varios, en lo que es la vida cotidiana en general de las personas digamos, y eso es desde el acompañamiento, a la gestión de un turno, la tarjeta de cobro, trabajar con familia, grupos convivientes, o la red de apoyos y preferencias que podamos construir ahí, posibilitar algún ingreso económico si es que no lo hay, garantizar lo farmacológico sin dudas y bueno trabajar también con lo que nos puede el otro demandar o decir también. (Entrevista 5, Lic. Trabajo Social, 2024)

4.2 CONCEPCIONES DE S.M. DESDE LAS NARRATIVAS DE PROFESIONALES DEL EQUIPO DEL DAS, SOBRE SALUD/S.M., SUJETO Y PRÁCTICAS, EN RELACIÓN A LOS PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN A PARTIR DE LA LNSM N° 26657.

Consideraciones sobre la “Salud Mental” desde las narrativas de los profesionales:

Una de las categorías principales encontradas es la de “salud mental”. La misma guía el quehacer de los profesionales en el campo que decidimos estudiar. Esta categoría se encuentra

enlazada a diferentes significantes referidos en las entrevistas como: “prácticas de salud mental”, “ley de salud mental”, “campo de salud mental”, “hospital de salud mental”, “trabajadores de la salud mental”. En este apartado nos abocaremos a una descripción acerca de qué y cómo entienden los profesionales la salud mental, que será la guía para posteriormente continuar con el desarrollo acerca de las prácticas en salud mental en particular.

Entiendo la salud mental desde una mirada amplia y enlazada a las condiciones de existencia de un sujeto, en la medida en que un sujeto pueda tener las necesidades básicas garantizadas podemos hablar de salud mental- atención- cuidados, me gusta pensarlo más desde ese paradigma, no como mirar solamente la enfermedad, porque si no nos quedamos en esta de esperar que alguien con un diagnóstico de psicosis, de ataque de pánico venga al hospital a un turno a las tres de la tarde. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

El “cuidado” a partir de lo planteado por la corriente de pensamiento de “medicina social/salud colectiva latinoamericana” retomada por Stolkiner y Ardila, aparece en “reemplazo” de la categoría de “atención” en el proceso “salud- enfermedad- cuidado” ampliando de esta manera la noción de atención, descentralizando el foco sobre las instituciones y agentes de salud en cuanto a la responsabilidad asignada en el proceso de atención, “reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales” (Stolkiner, Ardila; 2012; p. 61)

La salud mental atraviesa todas las cuestiones de la vida en general digamos, pero pensándolo desde esta forma ampliada de salud. Porque si vos pensás que la salud mental tiene que ver solamente con, no sé, alguna cuestión más orgánica, o una cuestión neurológica, bueno es otra perspectiva de salud mental digamos. Desde la perspectiva que yo manejo, abogo y apuesto es esto, pensarla como transversal a todas las problemáticas, y a la subjetividad, y a la historia de vida y a la vida cotidiana de las personas en general digamos. (Entrevista 5, Lic. Trabajo Social, 2024)

Y nada pienso en la salud mental más vinculada a un padecimiento o a un goce de un bienestar dependiendo de cómo lo queramos ver. Pero me gusta pensarlo esto, digamos como una dimensión que atraviesa a todo el ser en todas las esferas de su vida, y que está en

constante tensión porque son muchos los factores que van a interferir sobre ese estado de equilibrio o sobre esa salud mental. (Entrevista 6, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

A partir de las frases citadas podemos dar cuenta de las concepciones sobre salud mental que los profesionales sostienen desde sus narrativas, la misma es concebida como “transversal”, “enlazada a condiciones de vida” y también a la subjetividad de cada una de las personas, lo cual incluye diversas dimensiones que hacen a su trayectoria vital. La salud mental constituye una dimensión que es inseparable y no podría ser ajena al conjunto de hechos y situaciones cotidianas en la que una persona desarrolla su vida. La encontramos “atravesando toda la complejidad del ser” que demuestra estar íntimamente asociada a dimensiones sociales, subjetivas, políticas, culturales y económicas, que establecen el escenario de vida.

A partir de esto, entendemos que lo referido por los diferentes profesionales es una construcción que fue posibilitada tanto por su recorrido académico como por su experiencia y práctica profesional.

Desde un paradigma alternativo, propuesto por Lorez Arnaiz, en referencia a la diferenciación del paradigma tecnocrático en salud, reconoce a “La salud mental como resultado de la calidad de los vínculos, la comunicación y la inserción social de la persona” (Lorez Arnaiz; 1986, p. 178). Asimismo, la definición de salud mental propuesta en la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 (2010) la define en su artículo N°3 de la siguiente manera:

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio- económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (p. 2)

Encontramos también que la salud mental aparece ligada al acompañamiento, a desempeñar estrategias y prácticas que impliquen todo tipo de acciones que busquen mejorar la calidad de vida de las personas que acuden a un servicio público de salud. Ligadas a la escucha, la palabra, contención, cuidado, el sostenimiento de vínculos que permiten el desenvolvimiento autónomo del sujeto, que se concibe desde una perspectiva de derechos. Estas prácticas en salud mental incluirían el acceso a atención profesional, desempeñarse en áreas laborales y de ocio de interés para la persona, acceso a derechos como una vivienda digna, transporte, alimentación.

Es un proceso que depende de mucho, mucho del cuidado de la contención y del acompañamiento de redes, que eso es lo fundamental para poder construir un equilibrio, que no quita que ese equilibrio pueda desarmarse en algún momento, y bueno, se generen crisis en la vida como las que tenemos todos, pero bueno, básicamente creo que es un poco eso, un proceso que en gran medida depende de la constitución y el sostenimiento de redes afectivas, vínculos y de lazos sociales. (Entrevista 7, Lic. Psicología, 2024)

Hasta en el caso de mi profesión, que acompañamos más la organización, la actividad de la vida diaria, el garantizar, hacer una gestión para que coma acá, es salud mental, porque la salud mental está atravesada por las condiciones que uno tenga de existencia, en esto de que es, garantizar la salud, salud mental o salud integral tiene que ver con esto, cuestiones culturales, socio económicas, sociales, políticas y acá por ejemplo la población que llega generalmente está vulnerabilizada en cuestiones económicas y también de acceso a otras cosas, como educación, hay gente con poco recurso simbólico, poco nivel de escolarización, creo que acompañar eso es salud mental garantizar derechos universales o derechos humanos hace parte de la salud mental. (Entrevista 2, Acompañante Terapéutico, 2024)

Los profesionales conciben la salud mental como una parte constitutiva del proceso vital, estrechamente vinculada y transversal al resto de sus dimensiones. No la reducen a lo meramente orgánico ni separan los componentes biológicos de los sociales, sino que los entienden como dimensiones interrelacionadas que forman parte de un mismo proceso. A lo largo de los relatos, se reitera la idea de la salud mental como un eje transversal a múltiples aspectos de la vida cotidiana, incorporando en su definición las prácticas diarias de las personas, que van desde la organización de sus actividades hasta el ejercicio y la accesibilidad a derechos.

Yo creo que la salud mental es tener garantizado derechos, no es solamente tener un tratamiento psicológico y con fármacos, creo que es mucho más que eso, es acompañar, es tener un lugar donde vivir, es trabajo, creo que es como el combo. (E1, Lic. Trabajo Social, 2024)

Desde la perspectiva que yo manejo, abogo y apuesto es esto, pensarla como transversal a todas las problemáticas, y a la subjetividad, y a la historia de vida y a la vida cotidiana de las personas en general digamos. Que algunos necesitamos apoyos, todos necesitamos apoyos, algunos más que otros y algunos tenemos que ir pensando de qué tipo digamos y para eso este dispositivo todo el tiempo está ahí, interviniendo en eso entiendo viste, en la accesibilidad, en garantizar derechos, y bueno eso es muy amplio, garantizar derechos de donde los puedas pensar digo, de tener un ingreso económico, un lugar donde estar, una familia que aloje, accesibilizar las cuestiones de la salud más si se quieren clínicas, lo que hace en general a la vida de las personas. (Entrevista 5, Lic. Trabajo Social, 2024)

La salud mental se encuentra, tal como lo establece la LNSM, estrechamente vinculada a la accesibilidad de derechos. Esta normativa tiene como propósito garantizar la protección y el acceso a la atención en salud mental, teniendo como eje el cumplimiento de los derechos humanos. En este marco, el Estado asume la responsabilidad de delinear políticas públicas que acompañen estos procesos, reconociendo que la salud mental constituye un componente esencial de la salud integral de la población. De este modo, asegurar condiciones de vida dignas no solo impacta en el bienestar individual, sino que también representa un beneficio para la comunidad en su conjunto.

En esta dirección y tal como lo plantean Stolkiner y Ardila Gómez (2012):

En el pensamiento médico social/ salud colectiva, el reconocimiento del derecho a la salud se basa en una concepción compleja del proceso de salud- enfermedad- cuidado y requiere de una política de integralidad de derechos, en la que se fundamenten sistemas de acceso universal. (p. 63)

Destacamos desde nuestro posicionamiento ético- político la importancia del reconocimiento de la salud como un derecho universal, tanto en la teoría como en la praxis, en el desenvolvimiento de prácticas que promuevan e impulsen su cumplimiento.

En este orden de ideas, en dicha Ley se enumeran una cantidad de derechos que deben reconocerse a las personas con padecimiento mental, entre ellos podemos encontrar: recibir atención sanitaria, social integral y humanizada; acceso gratuito, igualitario y equitativo a la salud; conocer y preservar su identidad; atención basada en fundamentos científicos y al mismo tiempo que se

desarrolle la alternativa terapéutica más conveniente; ser asistido por representantes legales del Estado; no sufrir discriminación por un padecimiento mental actual o pasado; conocer las alternativas terapéuticas y poder tomar decisiones respecto de las mismas; acceder a una red de trabajo y recibir compensaciones justas por los mismos.

También, es importante resaltar, como la salud mental se encuentra ligada a factores como “el apoyo”, “acompañamiento”, “la construcción de redes”, entendiendo que la salud mental es una construcción de las personas mismas que viven en una comunidad, inseparable de la dimensión social que atraviesa al sujeto.

La salud mental es mucho más que el padecimiento, es la forma en que vivo, la forma en que como, cómo me vinculo, las posibilidades que tengo, los derechos que me garantizan, el poder ejercer mi ciudadanía, mi responsabilidad civil, mi responsabilidad social, dispositivos que me ayuden o que ayuden a la persona a poder sumar todo eso a su vida, a su cotidiano, y que en el hospital no está...aunque se intente y se hace esto hasta donde se pueda llegar, bueno es lo que garantizarían esos dispositivos alternativos, la formación laboral, la participación social comunitaria, los grupos, actividades culturales, todas esas cuestiones. (Entrevista 6, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Se resalta la importancia de dispositivos alternativos al paradigma manicomial, orientados a promover prácticas que impulsen una concepción de salud mental centrada en la garantía de derechos. Esta perspectiva propone una mirada amplia, que entiende la salud mental como un componente transversal a la vida de las personas y que, en esa dirección sean múltiples las aristas a trabajar en Salud/Salud Mental.

¿Cómo describen los profesionales una “práctica de salud mental”?

Entendemos a toda praxis como desencadenada por una teoría y viceversa. A su vez, nos apoyamos sobre la base de lo propuesto por las autoras Stolkiner y Ardila Gómez (2012):

Por otro lado, renunciamos a la idea de que, en primer lugar, se enuncia el concepto y de tal enunciación, luego devienen sus “aplicaciones”. La producción de nociones, teorías y/o discursos es inherente a las prácticas sociales y sólo por razones metódicas es dissociable de ellas. (S/p)

En los múltiples relatos de los profesionales encontramos que la categoría “prácticas” no podría estar dissociada de los paradigmas teóricos que fundamentan a las mismas. Por otra parte, ubicamos a los propios discursos como generadores de prácticas y en retroalimentación constante.

Extraemos una frase que consideramos significativa para documentar lo argumentado previamente:

La práctica yo la pienso, no es posible la práctica sin la teoría y viceversa, no hay práctica ahí posible si no tenemos como la teoría, la formación, incluso eso, no la pienso en el hacer concreto, tiene que ver con la praxis en general. (Entrevista 5, Lic. Trabajo Social, 2024)

A continuación, en el presente apartado nos abocaremos a describir el universo de significaciones que los profesionales arman alrededor de la categoría “práctica de salud mental”.

Yo creo que es como una intervención que se realiza con el otro para mejorar su calidad de vida, creo que eso es una práctica de salud mental, ya sea calidad de vida en cuanto una condición más digna de vida. (E1, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

En el fragmento expuesto anteriormente, encontramos como “práctica” se utiliza en sinónimo de “intervención”. Puntualmente se describe “una práctica de salud mental” como una intervención, la misma es dirigida específicamente a un otro, conllevan “objetivos” que se delimitarán para mejorar la calidad de vida de ese otro, que específicamente en estas situaciones, acuden a un servicio público de salud mental, lo que conlleva que este otro sea considerado un sujeto de derechos.

Pensar más una práctica desde el hacer, si no hay una lectura clínica de un porqué, el para qué y para dónde de esa situación no es posible. (Entrevista 5, Lic. Trabajo Social, 2024)

Una práctica de salud mental se describe como una acción, que se encamina a buscar mejores condiciones de vida en los sujetos que acuden a los servicios de salud, posicionando a estos sujetos como sujetos de derecho. Entendemos como estas acciones, delineadas previamente por su equipo de salud, compuesto por profesionales de diversas disciplinas, no serán acciones llevadas a cabo aleatoriamente, sino que buscarán ser pensadas, co-pensadas (conjunto a los usuarios), delineadas y ejecutadas respondiendo a un objetivo: promover la calidad de vida en los usuarios.

Desde la experiencia de otros profesionales podemos encontrar cómo ubican a las prácticas de salud mental como relacionadas al “hacer más cotidiano”, al conjunto de acciones que se pueden desarrollar espontáneamente por el transcurrir en un servicio.

Como profesional yo creo que una práctica es todo, toda acción u omisión en el vínculo con un usuario, ya sea con un usuario, un compañero, otro empleado del hospital, con cualquier persona. Digo desde el modo en que saludamos eso ya es una práctica, que puede ser una buena práctica o puede ser algo que marque esto que te decía recién respecto a la salud mental digamos, que marque algo que puede no estar bueno. (Entrevista 6, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Siguiendo con la línea descrita en el apartado anterior, donde la salud mental correspondía a un proceso, compuesto por múltiples dimensiones, hallamos en este relato como una práctica de salud mental puede ser un conjunto de acciones amplias. Dado que, las prácticas corresponden a diversas acciones de la cotidianidad tal como pueden ser la manera en que se recibe a los usuarios, el primer contacto que se tiene con los profesionales, el trato que se comparte entre profesionales, el grado de respeto que se maneja en los vínculos que se establecen dentro de estas relaciones profesional-usuario/ profesional- profesional/ comunidad- profesional, entre otras.

Son prácticas diarias, siempre bregan en ese sentido para mejorar o aliviar algún sufrimiento subjetivo, generalmente en salud mental el sufrimiento no se ve tanto sino que se percibe, y eso conlleva una acción. (Entrevista 8, Prof. Enfermería, 2024)

Desde nuestro marco teórico describimos a las prácticas en salud mental como prácticas sociales. Stolkiner (2021) Reconoce:

Existe un campo de prácticas sociales que se denominan “de salud mental”. En él coexisten y antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción formas hegemónicas y alternativas, se imbrican ideologías y teorías. Es en este espacio donde se devela en su forma más clara el carácter indefectiblemente político de toda práctica en salud. (p. 51-52)

Desde lo descrito por los profesionales, localizamos que las prácticas en salud mental no estarán únicamente relacionadas a cuestiones orgánicas/ biológicas de lo “mental”. A partir de los relatos, podríamos describirlas como toda aquella acción que se encamine a la búsqueda de calidad de vida en los usuarios que asisten a un dispositivo de salud mental. Acciones planificadas, co-pensadas y dirigidas al proceso salud-enfermedad- cuidado y las dimensiones que componen al mismo. Cómo serían las antes descritas dimensiones sociales, económicas, políticas, comunitarias de los sujetos.

Creemos que es interesante plantearlas como acciones integrales, cuyo objetivo se encuentre en mejorar las condiciones de vida de los sujetos que asisten a servicios de salud mental, y que las mismas tengan las características de integralidad y participación, entendiéndose como prácticas sociales- ético políticas en las cuales se desenvuelve el quehacer tanto de los profesionales como de los usuarios de los servicios.

Asimismo, encontramos como los profesionales describen a las prácticas de salud mental como prácticas de “acompañamiento”.

Una práctica cuidada... esté, acompañada. (Entrevista 2, Tec. Acompañamiento terapéutico, 2024)

Ayudarlo y estar ahí, eso es una práctica, sea médica, sea psicológica o como en mi caso un acompañamiento de sentarme, así como estamos nosotras bajo un árbol y escuchar. Ósea, todo lo que uno le pueda dar al otro, que al otro le permite descargar lo psíquico, me parece que es una práctica de salud mental. (Entrevista 3, Tec. Acompañamiento Terapéutico, 2024)

Los profesionales caracterizan las prácticas como situaciones en las cuales acompañan a los usuarios, pudiendo atender diferentes escenas, ya sea mediante la escucha, una palabra, el acompañamiento físico a la hora de realizar trámites, asistir a actividades por fuera de los límites del hospital y el dispositivo. Todo este conjunto de acciones se enmarca en “una práctica de salud mental”.

Cabe destacar que, a la hora de describir estas situaciones donde los usuarios son “acompañados” se recalca la idea de concebir a los mismos como sujetos autónomos. El acompañamiento no estaría imbricado a la obediencia de directivas por parte de los profesionales hacia los usuarios, sino más bien a una presencia, un estar, un saber por parte de los mismos de que hay alguien a quien pueden acudir a la resolución de determinadas tareas, pero el objetivo de este acompañamiento será la búsqueda de autonomía por parte de las personas involucradas.

De manera análoga encontramos al “acompañamiento” íntimamente relacionado con la “escucha”.

Creo que es como el primer paso y el más importante es la escucha, porque es lo que obviamente le da participación a la persona, a la persona que está con el padecimiento o viene a buscar una ayuda. (Entrevista 8, Lic. psicología, 2024)

La escucha permitiría esta co-construcción entre el profesional y el usuario de una demanda, donde se pueda poner en alto aquello que al sujeto lo implica.

Es como la única vía posible para construir una demanda y además eso le da el derecho al usuario a construir cuál es su propio problema y no llegar yo como psicólogo a decirle “che mira tu problema es este, vas a tener que hacer esto” no? (Entrevista 8, Lic. Psicología, 2024)

Este acompañamiento que describe a las prácticas de salud mental sería una característica que guía al trabajo con los usuarios, sujetos de derechos, donde su voz y opinión cuenta a la hora de delinear estrategias. Entendiéndolo como una brújula para el ejercicio profesional situándonos desde el cuidado.

De la teoría a la práctica: Construyendo formas de abordar la salud mental...

En el presente apartado, describiremos conjuntos de acciones e intervenciones llevadas a cabo por los profesionales del equipo que revelan un claro posicionamiento y cuerpo conceptual en consonancia con lo propuesto en la Ley Nacional De Salud Mental N°26.657. Entendidas las prácticas de salud mental como prácticas sociales dirigidas específicamente a un otro, que las mismas conllevan objetivos y buscan reproducir un discurso en un tiempo y lugar determinado, haciendo partícipes a diferentes actores sociales, es que consideramos que este conjunto de acciones amplias se encuentra comprometidas en la protección de derechos de los usuarios de servicios de salud mental.

En esta línea de ideas, observamos que la LNSM constituye una herramienta jurídica que guiará las prácticas de salud mental promoviendo la accesibilidad al sistema de salud manteniendo su eje en el cumplimiento de los derechos humanos. Consideramos a su vez, a la salud mental como una dimensión transversal al transcurso vital de los usuarios y esto hace que la gama de acciones que se encaminan hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos puede ser amplia y que se construye con la participación de estos en el proceso de salud- enfermedad- cuidados.

Por consiguiente, para el desarrollo de una atención en salud mental que sea integral y participativa, creemos fervientemente que las prácticas de salud mental que desarrollen los equipos de atención deben enlazar dimensiones sociales, subjetivas, políticas, culturales y económicas de los actores involucrados.

Además, encontramos que el abordaje de problemáticas insertas en el campo de la salud mental corresponde a un objeto complejo.

Fundamentamos que la búsqueda de una “clínica ampliada”, entendiéndolo tal como lo describen los profesionales, en relación con las prácticas que componen al proceso salud- enfermedad- cuidado no implica la eliminación de los límites disciplinarios entre los diferentes profesionales que conforman un “equipo de trabajo”. Más bien, se propone un enfoque en el que las diversas disciplinas pertinentes, aboguen por un trabajo colaborativo orientado a desarrollar procesos interdisciplinarios que fomenten la integralidad y la horizontalidad de estas. En palabras de García López (2004):

El ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, por tanto es un lugar donde concurren diferentes profesionales, diferentes modelos teóricos de intervención, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones y mandatos institucionales e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención. (p. 273)

Siguiendo con la descripción de las prácticas en salud mental y en relación con lo esbozado en la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, en su artículo Número 8, la atención en el campo de la Salud Mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario, compuesto por profesionales y técnicos, con su debida acreditación, provenientes de campos pertinentes al que hace referencia nuestro objeto. La interdisciplina lleva a una comprensión amplia de las situaciones que se presentan ante los equipos profesionales de dispositivos de atención en salud mental. Esta percepción se verá reflejada en las prácticas llevadas a cabo por los mismos.

Prima eso, entendiendo que la complejidad de la situación con la que trabajamos no puede ser abordada desde un solo lugar, desde un solo modo y demás. (Entrevista 5, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

El diálogo entre disciplinas construye relaciones que determinarán criterios pertinentes para el abordaje de las problemáticas, traducéndose en modelos de atención, desarrollo de prácticas, políticas y gestión de los dispositivos. Según lo expresado por García López (2004):

La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o una problemática determinada. (p. 278)

En este sentido, los profesionales que componen al dispositivo argumentan:

Yo creo que un equipo interdisciplinario es poder aprender a mirar de varias formas una misma situación, creo que no es volcar solamente lo que cada uno sabe, sino entenderlo y trabajar en conjunto y que un poco se borra ese límite de “mi laburo llega hasta acá” “yo puedo hacer esto” si pones tu saber, pero es como entre todos armamos un plan. (Entrevista 1, Lis. Terapia Ocupacional, 2024)

Yo considero que la interdisciplina es esto, es una misma situación abordada desde diferentes miradas que se complementan, pero que tienen un objetivo común. (Entrevista 6, Lic. Trabajo Social, 2024)

De acuerdo con lo descrito anteriormente y las narrativas suscitadas en los profesionales, el equipo interdisciplinario conlleva un trabajo de aprendizaje en conjunto por parte de estos, donde cada una de las disciplinas aporta su punto de vista desde su propia formación en la materia, para llegar a la elaboración de una práctica que denote la conjunción de las diferentes teorías. En línea con esta idea, García López (2004) expone: “Se habla de un tipo de organización para trabajar: la perspectiva grupal. Esta nueva perspectiva de organización va a implicar un cambio en la manera de observar e intervenir” (p. 280)

A partir de lo expuesto, podemos relacionarlo con lo narrado por parte de los profesionales a partir de las siguientes citas:

También lleva a que cada intervención o estrategia planteada, digamos, lleva su tiempo armarla y su tiempo llevarla a la práctica porque como hay tantas visiones distintas,

hasta que se arma algo, lleva su proceso y lo que se arma en general es muy bueno. Pero sí, justamente por esa interdisciplina. (Entrevista 3, Tec. Acompañamiento Terapéutico, 2024).

Hay un trabajo previo y arduo de pensar la situación, desde obviamente la interdisciplina, no borra las disciplinas, porque vos desde ese lugar vas a aportar a la lectura de la situación, siempre pensando en el otro que atendemos obviamente. (Entrevista 5, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Los profesionales describen a la elaboración de estrategias interdisciplinarias como un proceso que conlleva tiempo, revisión y aprendizaje por parte de estos. En el desarrollo de las mismas, cada materia disciplinaria realizará su aporte, implicando a los mismos productores en un proceso que se caracteriza por estar “sostenido” y “acompañado” por sus pares.

Es súper importante conocer que hace mi compañero, hasta donde llega su formación, para qué es mejor él y para qué soy mejor yo, esas cuestiones que bueno hacen después a la grupalidad del equipo, que están buenos para ir reconociendo y potenciando nos. (Entrevista 6, Lic. Trabajo Social, 2024)

Además, se describe la importancia del reconocimiento de las propias disciplinas, en cuanto a su potencial y límites, conocer sobre el trabajo y el desempeño tanto del profesional como de su par, para ir conformando este proceso de trabajo interdisciplinario dentro del equipo.

A partir de lo descrito, la interdisciplina permite abordar al objeto de estudio desde diferentes perspectivas, lo que enriquece la gama de acciones que se pueden pensar, proponer, definir y concretar. Haciendo posible un abordaje amplio que incluya las múltiples dimensiones que hacen a la salud mental, siguiendo la línea de lo propuesto en el primer apartado.

Al ser un equipo tan amplio tenemos la posibilidad de tener varias disciplinas, entonces se apuntala las gestiones desde un documento, una sube, esto que te digo, un usuario hacerle un almanaque con imágenes porque solo lee unas palabras. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

Los trabajadores también describen, ciertas dificultades que se presentan a la hora de llevar a cabo la interdisciplinariedad, tanto a lo que refiere al aporte de ideas como al trabajo que se materializa

entre personas. Entre ellas podemos ubicar la puja de poder, propias de un campo de estudio, características personales de los trabajadores, connotaciones sobre las diferentes disciplinas y las particularidades propias de las coyunturas histórico-sociales que se atraviesan en cada momento en particular.

Hay que dejar de lado mucho la soberbia, el egocentrismo de uno, a veces hay que ceder y poder construir entre todos, para mí lo más rico de esta experiencia es trabajar con otros de otras disciplinas, cuestionar, ¿porque vamos a hacer eso? y así me lo han hecho a mí, y así poder construir todo entre todos, pero el trabajo interdisciplinario lleva más tiempo, te enoja, te frustra. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

Tal como lo describe la autora García López (2004) “habrá que tener muy en cuenta las diferencias profesionales tales como: pertenecer a diferentes disciplinas, modelos teóricos, niveles jerárquicos, satisfacción en el grupo, alianzas, triangulaciones, etcétera” (p. 279). Al momento de trabajar en equipos humanos los profesionales encuentran las exigencias de que su trabajo estará en constante revisión por compañeros, entendiendo que se debe coexistir con la diferencia y que esta puede ser tanto una connotación negativa como también hace a la riqueza de ideas que se presentaran.

Construyendo y re-construyendo redes...

Tal como lo prevé la LNSM, en su artículo N°7, los sujetos que acuden a servicios y efectores para recibir atención en salud mental tienen derecho a estar acompañados durante el proceso de tratamiento por familiares, afectos o quien la persona designe para tal fin. También se busca favorecer la integración familiar, laboral y comunitaria de la persona. Así mismo, en su artículo N°9, se orienta a que el proceso de atención se dirija a un reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales.

Tal como lo expresan los trabajadores entrevistados:

Se constituye como un abordaje que puede ir al domicilio, hacer una intervención en el domicilio, rastrear qué tipos de redes hay ahí, que vecinos pueden captar si esa persona está en su casa, si lo están viendo bien, si ven que alguien lo visita. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

La atención la hacemos acá con entrevistas, y hacemos y tratamos de pensar pero también es en la comunidad, haciendo redes con la comunidad. (Entrevista 2, Tec. Acompañamiento Terapéutico, 2024)

La presente normativa busca fomentar que los usuarios reciban atención en salud mental preservando e incluso reforzando sus vínculos, entendiendo que la salud mental se compone por dimensiones sociales, culturales e históricas y que las prácticas en salud mental tampoco pueden ser separadas de su carácter social. Los profesionales describen, cómo su conjunto de intervenciones se encamina en pos de poder “rastrear” una red. Encontrar esa red en la cual el sujeto se inmiscuye y así ir pensando y diagramando posibles estrategias de abordaje.

Creo que lo primero que hacemos y ya nos sale de forma inconsciente es que una vez que tomamos una situación, lo primero que hacemos es tratar de ver en qué red está ese usuario y con qué referentes contamos, en la comunidad en la que está. (Entrevista 7, Lic. Psicología, 2024)

Desde la perspectiva de redes se trabaja en pos de promover canales de participación encontrando a los sujetos como actores potenciales en el proceso salud- enfermedad- cuidado. La participación de (y en) la comunidad constituye una dimensión de suma relevancia a la hora de concebir y diseñar prácticas en el ámbito de la salud mental. Entendiendo que la comunidad serán los sujetos tanto participativos como destinatarios de estas.

Tejer una red que ya está pero que quizás poderla poner por ahí en alza, para que esa persona pueda construirse y poder construir lazos más territoriales si se quiere y más cercanos a su domicilio, pero no solo físico sino también de vínculos, y que otros actores aparezcan en situaciones de salud mental. (Entrevista 5, Lic. Trabajo Social, 2024)

Desde la cita antes mencionada, podemos encontrar como los trabajadores entienden que las redes preexiste al momento de su intervención como equipo de salud, pero que es necesario “ponerlas en alza”, de alguna manera restituirlas y poder construir (y re- construir) lazos, que posiblemente, se encontraban debilitados. Creemos que se debe trabajar para promover estas relaciones vinculares que, entendemos, serían en beneficio para el proceso de salud- enfermedad- cuidados.

En este sentido se comprende que una red en salud se caracteriza a partir de relaciones vinculares, es decir, relaciones donde las personas se conectan. Tal como describen Stolkiner y Bang (2013):

La unidad de una red sería la unidad de vínculo, en tanto que la unidad básica de vínculo es la relación entre sujetos. El término sistema de salud resulta homogeneizador; redes, en cambio, asume la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas. (p. 131)

A partir de la cita antes mencionada, entendemos que una red en el campo de la salud mental se compone por sujetos heterogéneos, es decir, que responden a diferentes niveles de organización. Dentro de una red no se buscará diferenciar a las personas por su jerarquía organizacional para poder promover acciones en salud, sino que se promoverán vínculos entre los diferentes niveles que se plantean dentro de “un sistema de salud” donde se produzcan intercambios dinámicos entre los integrantes.

Entendemos que las redes se conforman a partir de la trama de vida de las personas, las mismas pueden ser múltiples y se encuentran dinámicamente en cambio, atendiendo su configuración a las diferentes situaciones desarrollando así múltiples modos de abordajes.

Consideramos destacar como Dabas (S/F) se refiere a la categoría de redes:

En tanto la red es la trama de la vida, los vínculos entre las personas y/u organizaciones relacionadas con el actor poseen vinculaciones preexistentes entre ellas, con una historia de prácticas de sostén, ayuda, acompañamiento, provisión de diversos recursos, entre tantas otras que se recuperaban, renovaban y abrían la posibilidad de experiencias nuevas en función de una situación inédita. (p. 6)

Las redes se componen por los múltiples recorridos que los sujetos llevan a cabo durante su transcurso vital, incluyendo así historias de vida, lugares de residencia, gustos e intereses personales. En cada red se pone en juego “algo” del sujeto. No hay una red única y posible, sino que se irán forjando por cada uno de los propios devenires.

La red nos permitirá construir prácticas de salud mental, primeramente, por el carácter vincular (y social) que las mismas poseen, al mismo tiempo por la dinámica de interacciones que promueve, caracterizándose por su elasticidad y flexibilidad, lo que autoriza atender a diferentes problemáticas que se posicionan en el campo de la salud mental. Estas características, permitirían

cambiar el foco de atención e ir construyendo intervenciones según el momento en que se nos convoque. Armar y desarmar nuevas redes respondiendo a la demanda de los sujetos usuarios de servicios de salud mental.

Otra característica que definen los profesionales es la “artesanalidad” que presentan las redes. La definen así desde su construcción, en sentido a cómo estas se van tejiendo dentro del territorio social donde se desea intervenir.

“Siempre bien artesanal” las redes que vamos tejiendo como muy de a poquito. Y siempre es “ah bueno yo trabaje con esta TS tengo buena onda” y bueno le escribo yo, como buscando todas las alternativas posibles para que eso se vaya sosteniendo y sea más liviano digamos, sobre todo con otras instituciones que por ahí es lo más complejo. (Entrevista 6, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Quizás nos cuesta más con los centros de salud cuando no conocemos a alguien, si, digamos que es algo más artesanal. La realidad es que por ahí las articulaciones dependen mucho de la voluntad por así decir, una palabra que no me gusta mucho. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

Al hablar de “Lo artesanal”, desde la narrativa de los profesionales, hace referencia a que una red se va construyendo en el camino, el transitar de los diferentes actores involucrados, lo que permitirá ir adquiriendo diferentes herramientas vinculares que posteriormente podrían ser utilizadas al momento de delimitar estrategias e intervenciones, como una forma de llevar a cabo una práctica de salud mental.

También se tiene en cuenta la “voluntad” a la hora de construir redes, podemos entenderla, a partir de lo citado previamente, como la predisposición de los diferentes actores involucrados a la hora de participar en estas prácticas. Tal como lo plantea la profesional, enlaza el significante voluntad a un sentimiento que no es de su agrado, pero entendemos que dadas la complejidades de las problemáticas que se presentan en el campo de la salud mental, y no dejando de lado el contexto actual que se vive en las instituciones públicas y el contexto socio- histórico que atraviesa el país donde estas mismas se insertan, muchas veces los profesionales se encuentran en situaciones desbordadas, donde los recursos humanos, económicos, vinculares y espaciales no promueven, y a su vez obstaculizan estrategias de construcción redes.

Las redes interinstitucionales son complejas, pero no siempre no se pueden dar. Hay muchas experiencias muy buenas y de eso nos tenemos que agarrar para seguir sosteniéndonos, a veces cuesta más eso sí pero se puede hacer. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

Para finalizar este apartado, entendemos que la complejidad de la construcción de redes responde a que la misma caracteriza a nuestro objeto de estudio y el campo en que se inserta. No obstante, desde la narrativa de los profesionales se remarca la importancia de poder sostener estas prácticas, de retomar las “buenas experiencias” para ir en búsqueda de nuevas, que favorezcan el entramado y la construcción artesanal de las mismas, en pos de promover la integración familiar, laboral y comunitaria de los sujetos que asisten a servicios de salud mental, e impulsar prácticas de salud mental con un carácter indiscutidamente social.

Salud mental y Derechos Humanos: el papel transformador de la LNSM...

En consonancia con lo que venimos describiendo sobre las prácticas de salud mental y su relación a lo dictaminado en la LNSM desde la narrativa de los profesionales, nos parece importante pronunciarnos hacia la categoría de “Sujetos de Derechos”.

Tal como lo plantea la LNSM, su objeto es asegurar el derecho a la protección de la salud mental conllevando el pleno goce de derechos humanos de aquellas personas que son usuarias de servicios de salud mental. A partir de esta Ley, el Estado Argentino reconoce a las personas con padecimiento mental una serie de derechos que se articulan a las dimensiones social, económica, política, que hacen al proceso salud- enfermedad - cuidados. Entendemos que, la concepción de sujeto que se promulga desde la Ley y que rige los principios con los que deben trabajar los servicios y efectores de salud es de “Sujetos de Derecho”. Según Barrenechea, Obermann y Tallarico (2011) a partir de la LNSM:

La Nueva Ley de Salud Mental se articula con ambos campos: desde el campo normativo, se encuentra al discurso jurídico, enmarcando una nueva noción en lo referente al enfermo mental, ahora entendido como una persona con capacidad jurídica, como sujeto autónomo; al mismo tiempo, desde la dimensión clínica esto promueve una nueva concepción que transforma la mirada respecto de la salud mental. (p. 7)

En afinidad con esto, los profesionales que componen al DAS narran que desde su experiencia en las RISaM son formados a partir de estos principios.

Pensamos ya todos como de forma automática, como sujeto de derecho digamos, que es lo que nosotros nos venimos formando en general durante toda la residencia. (Entrevista 7, Lic. Psicología, 2024)

Con relación a esto, y con lo anteriormente expresado, un Sujeto de Derechos desde la concepción que trabajan los profesionales es un “otro que tiene voz”. Una persona la cual no es considerada un objeto de prácticas, sino un sujeto activo en las prácticas y estrategias que se llevan adelante para el tratamiento de su proceso de salud- enfermedad y cuidados. A diferencia de otros momentos históricos, donde las personas eran objetos de prácticas y se las consideraba “incapaces” para poder participar en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, desde el DAS con esta concepción de sujeto, se busca que el mismo desarrolle su propia autonomía, sin descuidar sus capacidades y limitaciones, acompañando y reflexionando, respetado las propias decisiones de vida de los usuarios. Tal como Describen Barrenechea, Obermann y Tallarico (2011) previamente mencionadas, La LNSM produjo un “salto que va desde el loco como incapaz y considerado un objeto, hacia un sujeto entendido como persona jurídica, a la que se le reconocen derechos y obligaciones es el resultado de una larga historia en nuestro país” (p. 7)

En este orden de ideas los profesionales narran:

Trabajamos con sujetos que la están pasando muy mal, y en ese sentido nosotros tenemos que ser muy responsables, cautelosos y comprometidos con nuestra tarea, con la situación del otro y sí, siempre, esto que hoy te decía, todas estas prácticas que llevamos a cabo es para garantizar derechos. (Entrevista 5, Lic. Trabajo Social, 2024)

No queremos dejar pasar por alto, que, aunque se promueva la perspectiva antes descrita, los profesionales desde su posicionamiento que lo describen como responsable, cautelosos, en compromiso con la ética profesional no dejan de advertir que hay momentos en los que los sujetos dadas las condiciones de sus padecimientos pueden poner en peligro su vida y las de terceros. Es allí donde la Ley se presentifica para seguir asegurando y protegiendo derechos, pero amparando prácticas que por un momento y situación determinada, considerándola limitada en el tiempo acuda a estrategias terapéuticas de carácter “restrictivo” en pos de un beneficio para el sujeto. Tal como lo expresa una terapeuta ocupacional:

Nosotros advertimos, acompañamos, tratamos de reflexionar respecto a ese punto, pero bueno se respeta la decisión que tome el usuario, siempre y cuando no implique un riesgo cierto e

inminente por supuesto a ver, nosotros siempre nos paramos desde nuestra responsabilidad ética. (Entrevista 6, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Para problematizar lo anteriormente descrito, a partir del momento en que un Estado se asume como garante y protector de derechos es responsabilidad y obligación de este diseñar y promover políticas públicas en consonancia con esto. Y desde la ciudadanía posicionarse en un lugar participativo donde el diálogo y a partir del trabajo mancomunado de todos los sectores de la sociedad se busque garantizar la accesibilidad a estos a personas que transcurren por un momento donde sus derechos se pueden encontrar vulnerabilizados. Las autoras Barrenechea, Obermann y Tallarico (2011) afirman:

Esta Ley pretende que aquel que está excluido, sea re contextualizado a la sociedad, fomentando la creación de nuevos dispositivos alternativos; y aquel que tenga algún padecimiento mental en el futuro no sea segregado sino reconocido como persona, como sujeto de derecho, inserto en una sociedad teniendo en cuenta que para su recuperación necesita de las redes sociales de apoyo, de un entorno afectivo y contenedor y de leyes y políticas de Estado que acompañen y aseguren su recuperación o tratamiento. (p. 9)

En la actualidad, los profesionales del equipo remarcan:

A veces uno también da por supuesto, naturaliza cosas y tiene un montón de derechos en un momento de la historia que por ejemplo no sé, el hospital da bolsones de comida, ahora no se están dando estos bolsones, hay un roperito acá con donaciones de ropa y hay veces que no hay nada, entonces desde el derecho a vestirse, nosotros también naturalizamos el derecho a comprar ropa, a poder elegir lo que nos ponemos, y no, acá hay un montón de cosas que no están garantizadas más allá del derecho a la salud. (Entrevista 4, Lic. Psicología, 2024)

El diagnóstico como herramienta de abordaje en salud mental:

En el siguiente apartado nos abocaremos a describir las experiencias de los profesionales con relación al uso de diagnósticos al momento de delinear estrategias de intervención. La LNSM propone en su artículo N°3 que en toda situación se parte de la presunción de capacidad de las personas y que la elaboración de diagnósticos en el campo de la salud mental no puede llevarse a cabo exclusivamente

sobre la base de A) status socio- económico, político o pertenencia a un grupo social, racial o cultural, B) por demanda de familiares, creencias religiosas, valores morales, sociales, políticos o culturales, C) a partir de la orientación sexual de la persona, D) por antecedentes personales de ingresos a internaciones y servicios de salud. Así mismo, a partir de la existencia de un diagnóstico en salud mental no se puede presumir la incapacidad de los sujetos y que estos mismos deben elaborarse de manera interdisciplinarias, adaptándose a las situaciones particulares de cada momento.

Siguiendo esta línea, los profesionales narran que el diagnóstico es un elemento esencial a la hora de delinear intervenciones concretas, debido a que les ofrece una base sobre la cual posicionarse para llevar a cabo estrategias de abordaje.

Las intervenciones que hacemos no podemos desconocer si hay un diagnóstico en salud mental, no por eso vamos a diagnosticar o por eso van a ser limitantes o no vamos a hacer nada porque tienen un diagnóstico en salud mental. (Entrevista 5, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Ahora bien, el dispositivo al estar conformado por un equipo interdisciplinario, los diagnósticos quedan relegados a las disciplinas de medicina y psicología para su elaboración. Sin embargo, todas las disciplinas hacen de su uso para delimitar estrategias de intervención, considerando que trabajando en el campo de la salud mental no se puede llevar a cabo las mismas prácticas con personas que poseen diferentes “estructuras psíquicas” según lo relatado, argumentando que podrían producir efectos iatrogénicos en los sujetos. A continuación mencionamos una cita que lo enuncia:

Si uno no conoce la teoría, y el modo de funcionamiento de determinados padecimientos, bueno la intervención puede ser también muy iatrogénica, en ese sentido, delimitar un diagnóstico y a partir de ahí tomamos las precauciones que hay que tomar para generar las intervenciones. (Entrevista N° 7, Lic. Psicología, 2024)

En función de lo planteado, encontramos que, para pensar diferentes estrategias de abordaje, no se puede desconocer un diagnóstico en salud mental. Esto no quiere decir que el estado del mismo sea inmodificable y que sean usados en pos de restringir derechos.

Posicionándonos desde una perspectiva de derechos, los profesionales describen que son necesarios a la hora de seguir tratamientos farmacológicos, poder acceder a un certificado único de

discapacidad (CUD), como así también son requerimientos de las obras sociales para garantizar derechos a las personas con padecimiento mental. Tal como lo expresan:

El diagnóstico lo necesitamos por el CUD por ejemplo, acá la mayoría de los usuarios que tenemos tienen certificado de discapacidad, incluso las obras sociales cuando vos quieres hacer un pedido, tenes que tener un diagnóstico, el diagnóstico tiene que ser médico, y tiene que ser del DSM V, el usuario tiene que tener un diagnóstico. (Entrevista 3, Tec. Acompañamiento Terapéutico, 2024)

En la cita antes mencionada, se evidencia que una de las características que deben tener los diagnósticos es que se encuentren en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, una herramienta taxonómica y de diagnóstico publicadas por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Desde otra narrativa, encontramos:

Se tiene en cuenta por una cuestión de medicación, o alguna intervención en concreto. (Entrevista 1, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Según lo antes mencionado, podemos ver que el diagnóstico, aun en el campo de la salud mental, para determinadas situaciones sigue siendo un instrumento de prácticas más en consonancia de la línea médico hegemónica.

No obstante, los profesionales del equipo, se posicionan desde una lógica de la salud mental con una concepción integral, consideran que los diagnósticos pueden definirse como “un dato más” del usuario, y que es necesario saber para delinear estrategias, tanto como dimensiones subjetivas, económicas, sociales, culturales que hacen al proceso salud- enfermedad y cuidados.

Diagnóstico si es un dato más que no es el único dentro de los datos, y no caracteriza a la persona, no siempre se hace una referencia de acuerdo al diagnóstico y hay muchos ejes digamos que se abordan en el momento de tomar un paciente, como llega, en que estado cae y porque cae así. Y ahí bueno, hay un montón de ejes que se pueden tomar de acuerdo a que es lo que está pasando. (Entrevista 8, Prof. Enfermería, 2024)

Nos destinamos más a pensar los otros indicadores que nos pueden ir marcando como otro ritmo, las otras particularidades bueno, quien es , que le gusta con quien vive, puede salir del

barrio o no puede salir del barrio, todas las otras cuestiones que hacen más a la subjetividad de esa persona más allá del diagnóstico, lo tenemos en cuenta sí. No nos basamos solo en eso para pensar las coordenadas de trabajo. (Entrevista 5, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Entendemos al diagnóstico como una herramienta que guía el quehacer de los profesionales, y aunque es considerado un elemento aglutinador, en el campo de la salud mental se buscaría encontrar esos elementos diferenciales que hacen a la construcción del caso a caso y permiten llevar modalidades de abordaje que incluya todas las dimensiones del ser en su particularidad inscripto como un sujeto de derechos.

Consentimiento informado y derechos de los usuarios en el marco de la LNSM:

En el siguiente apartado describimos el modo en que el consentimiento informado se constituye en una herramienta fundamental para garantizar la autonomía y la participación activa de los usuarios en los procesos de salud-enfermedad-cuidados. A partir de las narrativas de los profesionales y de lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental, se examina cómo estas dimensiones se entrelazan para consolidar prácticas comunitarias que reconocen a las personas como sujetos de derechos.

Entendemos que, a partir de lo descrito en apartados precedentes, uno de los objetivos de las intervenciones en salud mental que llevan a cabo los profesionales es “garantizar la autonomía de los usuarios”. De esta manera lo expresa un psicólogo del dispositivo:

Se intenta que la autonomía y la construcción de la problemática que se va a abordar desde el equipo sea con el usuario. (Entrevista 7, Lic. Psicología, 2024)

Tal como describen los autores De Pena, Lema y Silva (S/F) a la categoría de autonomía: “Es un principio que parte del reconocimiento del usuario de los servicios de salud como un sujeto de derechos y como un agente moral, capaz de decidir por sí y para sí” (p. 97-97). A partir de este atributo de la persona, se considera que ciertas acciones de la cotidianidad permiten la elaboración de un proyecto de vida, y es una característica que posibilitará el desarrollo de un transcurrir vital digno. Este estado de autonomía tiene la cualidad de no ser absoluto o permanente en un individuo, sino que puede sufrir oscilaciones debido al transcurrir por determinados procesos, como puede ser un padecimiento mental.

En esta línea de ideas, la autonomía se relaciona íntimamente con la capacidad de una persona de tomar decisiones llevando a cabo un proceso de comprensión y conocimiento de la información. En

el campo de la Salud Mental, consideramos que la toma de decisiones de un usuario de salud mental en relación a su proceso de salud- enfermedad- cuidados hace parte del conjunto de derechos que se garantizan en la LNSM, sin descuidar que en algunas circunstancias la autonomía personal puede transcurrir por estados donde no esté garantizada.

Revisando los artículos N° 3 de la LNSM destacamos que se parte de la presunción de capacidad de todas las personas y el artículo N°5 amplía, que, un diagnóstico en salud mental no autoriza a presumir riesgo e incapacidad de las personas, sino que este estado sólo puede ser definido a raíz de un diagnóstico interdisciplinario en un momento y situación determinada. El artículo N°42 agrega que las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad no pueden extenderse por más de tres años y las mismas deben ser específicas en cuanto a funciones y actos que se limiten, resguardando la máxima autonomía personal cuando sea posible.

A su vez, encontramos a la “competencia” como cualidad central al momento de la toma de decisiones en un proceso de salud- enfermedad- cuidados. Los autores De Pena, Lema y Silva (S/F) la definen como:

La competencia refiere a la posibilidad por parte del consultante de valorar adecuadamente la información que se le aporta para iniciar a partir de allí un proceso de evaluación de su situación de salud, de los cursos de acción posibles y seleccionar entre ellos el que responde a sus motivaciones personales. (p. 101- 102).

Por otro lado, entendemos que, al momento de transitar por un padecimiento mental, estas cualidades personales pueden no estar garantizadas en un sujeto, y atendiendo el caso a caso es allí donde desde la LNSM el Estado acude a resguardar sus derechos. Y donde también, el equipo de salud valorará cada situación en particular haciendo uso de sus recursos clínicos como son la escucha y el intercambio de información. Tal como se expresa en el artículo N° 10, el consentimiento informado rige para todo tipo de intervención, con la única excepción y garantía de lo establecido en la Ley. En relación a esto, los profesionales expresan:

Dentro de este marco, entendemos que el consentimiento informado es una herramienta considerada un derecho inalienable del usuario de servicios de salud mental, atendiendo por un lado a la condición jurídica del sujeto, como también a su dimensión singular. Lo cual, esto hace que en cada momento del proceso de salud- enfermedad-cuidados estas dimensiones sean consideradas variables y respondan a las necesidades y derechos de cada uno de los usuarios. El consentimiento informado, garantiza el resguardo de los derechos de usuarios a someterse a un tratamiento con su debida

aceptación y esta misma debe incluir las facultades de que sea bajo discernimiento, intención y libertad. Pudiendo recurrir a un tercero en las excepciones amparadas por la LNSM. El artículo N°7 en su inciso J) de la mencionada Ley ampara el derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible sobre derechos que asisten y demás información inherente a la salud de la persona y el tratamiento recibido a partir de las normas de consentimiento informado, además, el inciso K) agrega que la persona tiene derecho a tomar decisiones con respecto a su atención y tratamiento recibido. Además, dicha información debe ser propiciada por medios y tecnologías adecuadas para la comprensión de cada persona.

En relación a la obtención del consentimiento informado, la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013) expresa:

La obtención del consentimiento informado implica para el profesional psicólogo, brindar información sobre los alcances de la intervención para la cual es solicitado en relación con: a) el propósito y naturaleza de la actividad profesional, b) responsabilidades mutuas, c) protección de la confidencialidad y limitaciones de la misma consignadas en el presente código, d) probables beneficios y riesgos, e) alternativas posibles, f) opción de rehusar o retractarse en cualquier momento. (p. 5-6)

En esta línea de ideas, los profesionales del equipo reparan sobre el consentimiento informado y nos narran:

El consentimiento es muy importante y la información también, lo que se transmite y que la persona lo entienda, lo entienda y lo comprenda para poder mejorar el tratamiento siempre, y si no es la persona, bueno un familiar o la persona que esté a cargo, o el equipo que lo va a continuar. (Entrevista 8, Prof. Enfermería, 2024)

Los profesionales entienden que la participación es una característica que hace a la construcción de prácticas de salud mental, diferenciándose de prácticas provenientes del campo médico- hegemónico. Tal como lo plantean las autoras Stolkiner y Bang (2013) y en relación a lo propuesto en apartados anteriores cuando trabajamos la descripción del trabajo de redes en el campo de la salud mental:

La perspectiva de redes permite introducir la dimensión activa del sujeto y las relaciones de poder presentes en la participación en salud, aspectos invisibilizados en los enunciados tecnocráticos. Colaborar en un proceso sentido como ajeno no es lo mismo que constituirse en sujeto activo de toma de decisiones en lo referentes a los propios procesos de salud-enfermedad- cuidados. (p.133)

Sucedee pues, que autonomía, participación y consentimiento informado se transforman en pilares que permitirán construir prácticas de salud mental de corte comunitario, donde los sujetos de derechos se desarrollan como sujetos activos y su voz es tomada en cuenta a la hora de delinear estrategias de intervención en conjunto, siempre que esté la posibilidad, con los profesionales. Nos parece importante resaltar la siguiente frase de un profesional:

Se les da participación, además creo que es la forma de que se sostenga el tratamiento, sino termina siendo una práctica más de corte manicomial, “se hace lo que yo digo porque vos tenes el problema que yo digo, y te curas con lo que yo te digo. (Entrevista 7, Lic. Psicología, 2024)

Trabajo intersectorial en Salud Mental: enfoques y prácticas a partir de las narrativas de los profesionales:

En el siguiente apartado nos detendremos a describir la categoría de “trabajo intersectorial” a partir de las narrativas de los profesionales. Tal como se plantea en la LNSM (2010) en su artículo N° 9, los procesos de atención en salud mental, preferentemente, deben llevarse a cabo por fuera del ámbito de internación hospitalaria, y debiendo adecuarse a los pilares de intersectorialidad e interdisciplinariedad, en consonancia a principios de atención primaria de la salud. En esta línea de ideas, el abordaje intersectorial corresponde al conjunto de prácticas que llevan a cabo los profesionales e instituciones, en el que buscan fomentar el trabajo articulado en pos de abordar al objeto salud mental desde una perspectiva de atención que se corresponda al proceso de salud-enfermedad-cuidados. Desde lo narrado por los profesionales podemos destacar:

Se puede articular también con otros lugares que no sean el hospital, se trabaja intersectorialmente con otras instituciones depende el interés del usuario, se le buscan las

opciones, y se evalúa con la persona que es lo que mejor le va a venir. (Entrevista 1, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

Tal como lo describen, el trabajo intersectorial sería poder establecer esos posibles enlaces con otras instituciones, sectores, organismos del Estado, conjuntos de la sociedad que sean pertinentes para el abordaje de problemáticas en salud mental. Entendiendo que las mismas resultan un objeto complejo en su conjunto y no se puede aislar y tratar las dimensiones componentes por separado.

Cómo podemos citar, otros de los profesionales remarcan que “su idea de trabajo” no es actuar aisladamente, lo que podríamos relacionarlo con lo propuesto en apartados anteriores sobre la salud mental como una dimensión que hace al conjunto global de la vida de las personas, entendiendo que una institución pública de salud debería ir en pos de procesos de atención que busquen integrar la salud mental al conjunto de acciones que van en busca de calidad de vida para los sujetos. Una “acción intersectorial” se define por Otalvaro y López (2017) como:

Se puede entender la acción intersectorial para la salud como una relación y proceso, entre un actor del sector salud con uno o más actores de otros sectores, que se han constituido para llevar a cabo acciones en un tema con el fin de conseguir resultados en salud de una forma más efectiva y sostenible de lo que sería problema con la sola acción del sector salud. (p. 82)

Tal como enuncian los profesionales, se busca trabajar articuladamente promoviendo estrategias de participación a los diferentes actores sociales. Se enumeran centros de salud allegados al territorio del sujeto, hospitales de referencia, sectores del poder judicial como son el Órgano de Revisión, Defensoría del Pueblo, Juzgados, y aquel actor social que sea pertinente en cada caso.

Debe señalarse, que esta caracterización de las acciones en salud mental como lo es la intersectorialidad se corresponde directamente con la complejidad que hace al objeto de estudio. Tal como lo expresan los autores Cunill- Grau et. Al (2013):

La colaboración intersectorial adquiere especial relevancia debido a una mayor comprensión sobre la multidimensionalidad de las causas que influyen en la vulnerabilidad social, pobreza y exclusión, bajo un marco que comienza a considerar la protección social como un derecho humano. (p. 36)

En esta línea de ideas, los profesionales describen la complejidad que atañe al abordaje de problemáticas en salud mental, resaltando la premisa de que no sería posible atender a las demandas de la comunidad sin el accionar conjunto de la misma. Resaltando en estos tiempos que se atraviesan y un contexto de extrema individualización del ser humano la importancia del abordaje para los problemas sociales desde una perspectiva integral, comunitaria y de derechos humanos.

Para finalizar este apartado citaremos una consideración final de unas de las profesionales que nos pareció pertinente y no queríamos dejar pasar por alto:

La comunidad somos todos y la salud mental es esto una construcción, que no es individual, que es colectiva y que es multifocal digamos, tenemos que encender una lucecita en cada lugar en el que estemos, y con cada acción que hagamos para poder llegar a construir realmente que es la salud mental. (Entrevista 6, Lic. Terapia Ocupacional, 2024)

CONSIDERACIONES FINALES:

El presente trabajo tuvo como objetivo general describir y analizar las narrativas de los profesionales del equipo interdisciplinario del Dispositivo de Atención Socio-Comunitaria (DAS), inserto en un hospital público de la ciudad de Paraná (Entre Ríos), en relación con las prácticas de salud mental a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (LNSM). A partir de este propósito, se plantearon dos objetivos específicos: (1) describir y caracterizar la conformación y prácticas en salud mental del equipo interdisciplinario del DAS, y (2) describir y analizar las narrativas de los profesionales del DAS sobre sus concepciones de salud/salud mental, sujeto y prácticas, en relación con los procesos de transformación promovidos por la LNSM. Para abordar estos objetivos, se consideró pertinente un diseño metodológico de investigación de campo, con un enfoque cualitativo y descriptivo, que permitió recuperar las voces de los actores desde una perspectiva situada. La recolección de la información se realizó mediante entrevistas y observación no participante, posibilitando un acercamiento profundo y contextual a las prácticas cotidianas del dispositivo. Posteriormente, los datos obtenidos fueron analizados a través de la técnica de análisis de frases significativas, herramienta que favoreció la construcción de categorías interpretativas y el reconocimiento de sentidos compartidos y singulares en torno a las prácticas de salud mental.

A partir del análisis del material, se construyeron dos ejes centrales que orientaron la organización e interpretación de la información. El primer eje, “Descripción y caracterización acerca de la conformación y prácticas del equipo interdisciplinario del DAS”, permitió reconstruir la dinámica de funcionamiento del dispositivo, su modalidad de trabajo y las particularidades que adquirió el dispositivo a partir de la historia de su constitución. El segundo eje, “Concepciones de salud mental desde las narrativas de profesionales del equipo del DAS, sobre salud/salud mental, sujeto y prácticas, en relación con los procesos de transformación a partir de la LNSM N.º 26.657”, posibilitó identificar los sentidos y perspectivas que los actores otorgan a sus prácticas, en estrecha vinculación con los cambios impulsados por la normativa nacional. Estos ejes, en conjunto, constituyen las dimensiones analíticas desde las cuales se abordó el estudio, permitiendo articular las experiencias singulares de los profesionales con los marcos normativos y conceptuales que atraviesan el campo de la salud mental.

El análisis del primer eje permitió identificar que el DAS se constituye como una estrategia concreta de transformación del campo de la salud mental, en tanto se erige como alternativa al modelo manicomial y al circuito de internaciones reiteradas —la denominada “puerta giratoria”— que históricamente predominó en Argentina. Las narrativas de los profesionales evidencian que este

dispositivo se configura como un espacio comunitario, interdisciplinario y de atención integral, alineado con los principios que promueve la LNSM.

Un elemento clave en la configuración de las prácticas del DAS es la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), que aporta dinamismo al dispositivo a través de la formación en servicio de nuevas generaciones de profesionales. Si bien los residentes enriquecen las intervenciones y promueven una mirada plural, los relatos dan cuenta de tensiones vinculadas a la rotación y al recambio, lo que puede afectar la continuidad de los vínculos terapéuticos. Esto plantea uno de los principales desafíos actuales: lograr sostener la referencia y el acompañamiento en los procesos de los usuarios, más allá de la rotación de profesionales.

En este sentido, las prácticas en el DAS se destacan por su anclaje en la vida cotidiana de los usuarios: gestiones administrativas, visitas domiciliarias, acompañamiento en tratamientos médicos, provisión de medicación, y articulación con instituciones del territorio. Dichas prácticas reafirman la centralidad de lo comunitario y la importancia de intervenir más allá de los muros hospitalarios, contribuyendo a la construcción de redes sociales de apoyo que favorezcan la inclusión.

El segundo eje de análisis evidenció cómo la LNSM introdujo un cambio de paradigma en la concepción del sujeto en salud mental, dejando atrás la mirada que lo consideraba un “objeto de prácticas” para reconocerlo como un sujeto de derecho. Tal como señalan los profesionales, esta concepción permea tanto las prácticas del DAS como la formación en las RISaM, constituyéndose en un eje transversal del quehacer cotidiano.

Los relatos destacan que pensar a los usuarios como sujetos de derecho implica otorgarles voz, reconocer su autonomía y acompañarlos en la construcción de su propio proyecto de vida, aun en la coexistencia de padecimientos y limitaciones. Se trata, entonces, de prácticas que buscan potenciar capacidades, respetar decisiones y promover la participación en los procesos de atención, en contraste con modelos históricos que se apoyaban en la exclusión y el tutelaje.

En este marco, los profesionales enfatizan la responsabilidad ética que conlleva garantizar derechos, reconociendo a la vez que existen situaciones donde, por riesgo inminente, se deben implementar medidas de carácter restrictivo. Sin embargo, estas prácticas son concebidas como último recurso, acotadas en el tiempo y siempre orientadas a la protección y restitución de derechos, en consonancia con los principios de la LNSM.

Otra dimensión abordada en este eje refiere al uso del diagnóstico en salud mental. Los profesionales coinciden en que se trata de un recurso necesario, especialmente para la organización de

tratamientos farmacológicos, la gestión del Certificado Único de Discapacidad (CUD) y la cobertura por parte de las obras sociales. Sin embargo, subrayan que en el campo de la salud mental el diagnóstico no debe funcionar como etiqueta limitante, sino como un dato más dentro de un entramado complejo en el que se incluyen factores sociales, subjetivos, económicos y culturales.

De este modo, el diagnóstico es entendido como una herramienta orientadora que, lejos de definir de manera rígida la identidad de las personas, permite delinear estrategias de abordaje adecuadas y evitar prácticas iatrogénicas. La apuesta del equipo interdisciplinario es entonces equilibrar el uso del diagnóstico con la centralidad de la singularidad de cada sujeto, reafirmando la perspectiva integral y de derechos.

Otro aspecto relevante señalado en las narrativas refiere a la importancia del consentimiento informado y de la autonomía de los usuarios como pilares para la construcción de prácticas respetuosas y comunitarias. Los profesionales reconocen que la participación de los usuarios en la definición de tratamientos no solo fortalece su autonomía, sino que contribuye a la sostenibilidad de los procesos de cuidado.

Al mismo tiempo, se reconoce que la autonomía no es un atributo fijo, sino que puede verse afectada por determinadas situaciones o padecimientos. En tales casos, los profesionales apelan a sus recursos clínicos y éticos para garantizar el mayor nivel posible de autonomía, aun cuando deban tomarse decisiones excepcionales. La conclusión que se desprende es clara: la autonomía, la participación y el consentimiento informado son condiciones fundamentales para diferenciar las prácticas comunitarias del paradigma manicomial.

Finalmente, el análisis del segundo eje permitió destacar el papel central del trabajo intersectorial como condición indispensable para las prácticas en salud mental. El equipo del DAS enfatiza la necesidad de articular con centros de salud, escuelas, organizaciones barriales, instituciones judiciales y otros actores sociales, entendiendo que los problemas de salud mental son fenómenos complejos que requieren respuestas integrales y comunitarias.

Desde esta perspectiva, la salud mental se construye como un proceso colectivo, multifocal y comunitario, en el que la responsabilidad no recae exclusivamente en el sistema de salud, sino en el entramado social en su conjunto. Tal como lo expresan los profesionales, la salud mental se convierte en una construcción social compartida, que exige la participación activa de la comunidad para garantizar inclusión, accesibilidad y calidad de vida.

En suma, esta investigación permitió dar cuenta de que la LNSM produjo un profundo impacto en las concepciones y prácticas del equipo interdisciplinario del DAS, configurando un modo de atención que, aunque enfrenta tensiones y desafíos, se orienta hacia la promoción de derechos, la inclusión comunitaria y el reconocimiento de la singularidad de los sujetos.

El análisis de las narrativas de los profesionales reveló que el DAS no solo encarna los principios de la Ley, sino que también se constituye en un espacio de formación, reflexión y producción de prácticas innovadoras, que tensiona y resignifica los modos históricos de atención en salud mental.

A modo de cierre, podemos afirmar que el recorrido realizado evidencia que la plena implementación de la LNSM no se reduce a la sanción de un marco normativo, sino que requiere de prácticas concretas, equipos interdisciplinarios comprometidos y políticas públicas sostenidas, que hagan posible el pasaje del sujeto-objeto al sujeto de derecho. El DAS, en este sentido, se presenta como una experiencia valiosa y ejemplificadora dentro del campo de la salud mental en Argentina.

Desde mi lugar como estudiante de la universidad pública, la realización de este trabajo significó no sólo un proceso de investigación, sino también un posicionamiento ético y político frente al campo de la salud mental. La universidad, como espacio de formación crítica, me brindó herramientas para comprender la importancia de construir conocimientos situados y comprometidos con la transformación social, en estrecha vinculación con la salud pública como ámbito privilegiado para garantizar el derecho a la salud. En este recorrido reafirmó mi compromiso, como futura psicóloga, con el respeto y la protección de los derechos humanos, entendiendo que toda práctica en salud mental debe orientarse a la dignidad, la autonomía y la inclusión de las personas. Asimismo, considero que este TIF aporta al campo de la Psicología al recuperar y analizar las narrativas de los profesionales de un dispositivo comunitario, visibilizando sus desafíos, tensiones y potencialidades. Este aporte busca contribuir a la reflexión colectiva sobre las prácticas actuales, en diálogo con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, y reafirma la necesidad de sostener equipos interdisciplinarios comprometidos con un modelo de atención respetuoso, integral y de derechos. De este modo, reafirmó la defensa de la universidad pública como espacio de producción de saberes críticos, de la salud pública como un derecho irrenunciable, y de los derechos de los profesionales que, día a día, sostienen con su trabajo la construcción de un sistema de salud mental más justo, inclusivo y democrático.

BIBLIOGRAFÍA:

- Agamben, G. (2011). *¿Qué es un dispositivo? y otros ensayos* (J. A. Padilla, Trad.). Adriana Hidalgo Editora.
- Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinareidad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2(2), 123-146. Universidad Nacional de Lanús.
- Ardila, S., & Galende, E. (2011). El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 11, 39-50. <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/documentos/saludmentalycomunidad1.pdf>
- Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar>
- Avilés, S. T. (2022). *Narrativas de mujeres de mediana edad respecto a la sexualidad con el advenimiento de la menopausia* [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Entre Ríos]. Paraná.
- Bang, C., Lazarte, V., Chaves, F. A., & Casal, M. (2022). Prácticas de salud/salud mental y producción de cuidado durante la pandemia de COVID-19. *Saúde em Debate*, 10(1), 194-202.
- Barrenechea, C. R., Obermann, M. F., & Tallarico, M. E. (2011). Del incapaz al sujeto de derecho. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Bauman, Z. (2002). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Siglo XXI.
- Bianchi, M. P. (2022). *Pandemia: Narrativas sobre infancia de docentes de un jardín de infantes público de la ciudad de Santa Fe* [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Entre Ríos]. Paraná.
- Bion, W. R. (1972). *Experiencias en grupos*. Paidós.
- Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. En *Sociología y cultura* (pp. 109-114). Grijalbo.
- Brunetti, M. (2011). El trabajo interdisciplinario a partir de la Ley Nacional de Salud Mental. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Caminou, J. P. (2020). Dispositivos sustitutivos al manicomio: Aportes para pensar otras realidades posibles. *De Prácticas y Discursos*, 9(14).

- Carcovich, P. (2015). *La lógica manicomial. Un análisis de los imaginarios que despierta la locura en los trabajadores del hospital general*. Universidad Nacional de Rosario. Dirección Provincial de Salud Mental, Ministerio de Salud de Santa Fe.
- Carpintero, H., & Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria: Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70, 1957-1983* (Vol. 1). Editorial Topía.
- Chase, S. (2015). Investigación narrativa. Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Manual de investigación cualitativa* (Vol. IV). Gedisa.
- Cohen, H. (2022). La Ley de Salud Mental en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(5).
- Comes, Y. (1999). *Atención primaria de salud y sistemas locales de salud*. Ficha de cátedra UBA, Segunda Cátedra de Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, UBA. https://drive.google.com/file/d/1_MSkVuad_bad0KPd3g8yrcL4gTv1eR5J/view?usp=sharing
- Connelly, M., & Clandinin, J. (1995). Relatos de experiencia e investigación narrativa. En J. Larrosa et al., *Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación*. Laertes.
- Cunill-Grau, N., Fernández, M., & Manríquez, M. T. (2014). La cuestión de la colaboración intersectorial y de la integralidad de las políticas sociales. *Polis*, 36. <http://journals.openedition.org/polis/9503>
- Dabas, E., & Najmanovich, D. (s.f.). *Una, dos, muchas redes. Itinerarios y afluentes del pensamiento y abordaje en redes*. <https://drive.google.com/file/d/0ByTFPO-ahlgLZmzczMjJ4aEI2MGM/view?usp=sharing>
- Del Cueto, A. M. (2013). *Salud mental comunitaria*. Fondo de Cultura Económica.
- De Pena, L., Lema, S., & Silva, C. (s.f.). Consentimiento informado en salud mental. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp. 93-108).
- Deleuze, G. (1990). *Michel Foucault, filósofo* (Cap. ¿Qué es un dispositivo?). Gedisa. <https://drive.google.com/file/d/1CR7CNy0vICMPP00ubuieqZT4khOve9Mj/view?usp=sharing>
- Díaz, R., & Badano, M. R. (s.f.). *Análisis de la entrevista. Frases significativas*. http://www.fts.uner.edu.ar/catedras03/tfoi/mat_catedra/analisis_entrevistas_frases_significativas.pdf
- Entre Ríos. (1994). *Ley Provincial de Salud Mental N.º 8806*. Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Entre Ríos. <https://www.hcdiputados.gov.ar>
- Escalante Gómez, E. (2013). La perspectiva ricoeuriana y el análisis de las narrativas. *Fundamentos en Humanidades*, 14(27), 175-192. Universidad Nacional de San Luis.
- Escobue, S. (2015, agosto). Las cosas por su nombre: ¿Por qué HESM? *Sin chaleco*, 125, 1-2. <https://drive.google.com/drive/folders/1Z56LA6mjrpOGTDbOeqodgqTq4JBnvV4p>

- Faraone, S., & Iriart, C. (2020). Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: La pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 41-52.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de ética*.
- Ferrara, F. (1985). Conceptualización del campo de la salud. En *Teoría social y salud* (pp. 9-19). Catálogo.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa* (Cap. 3). Morata.
- Foucault, M. (2006). El gran encierro. En *Historia de la locura en la época clásica* (pp. 36-59). Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Galende, E. (1994). El sistema de la salud mental. En *Por una crítica a la razón psiquiátrica. Psicoanálisis y salud mental*. Paidós.
- Galende, E. (2020). *Conocimiento y prácticas de salud mental* (1.ª ed.). Lugar Editorial.
- García López, R. (2004). Salud mental comunitaria: ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 273-287.
- González Pla, F., & Salomone, G. Z. (2016). El consentimiento informado en el campo de la salud mental: De la pauta deontológico-jurídica a la dimensión clínica. *Anuario de Investigaciones*, 23, 219-225. Universidad de Buenos Aires.
- González Rojas, J. M. (2016). La narrativa en el proceso de investigación y su alcance en el ámbito clínico. *Revista CONAMED*, 21(Supl. 2), 81-84.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa* (Cap. 9). Morata.
- Lores Arnaiz, M. A. del R. (1986). El concepto de salud: Concepciones y paradigmas. En *Hacia una epistemología de las ciencias humanas* (pp. 173-180). De Belgrano.
- Méndez, C. (1998). *Metodología: Guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas*. McGraw-Hill.
- OPS/OMS. (2005). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. <https://drive.google.com/file/d/0ByTFPO-ahlgLRDBvWmtQS0F0c3c/view?usp=sharing>
- Otaño Castro, G. J., & López, A. (2017). La acción intersectorial por la salud: Una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud. En *Gestión territorial de la*

salud: Perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica (pp. 79-94). Universidad de Antioquia.

- Pimentel, L. A. (2013). *Teoría narrativa* (pp. 1-27).
- Reyes, M. D. (2019). *Estrategias de intervención interdisciplinaria en sujetos con discapacidad intelectual y su adecuación a la Ley de Salud Mental N.º 26.657* [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Entre Ríos]. Paraná.
- Ricouer, P. (1976). *Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning*. Texas Christian University Press.
- Romano, S., Novoa, G., Gopar, M., Cocco, A., De León, B., Ureta, C., & Frontera, G. (2007). El trabajo en equipo: Una mirada desde la experiencia en equipos comunitarios de salud mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 135.
- Salum, J. E., Stolkiner, A. I., & D'Agostino, A. M. E. (2022). La noción de dispositivo en el campo de la salud mental. *Revista de Psicología*, 21(2), 29–47. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe144>
- Stake, R. E. (2007). *Investigación con estudios de caso* (4.ª ed.). Morata.
- Stolkiner, A. (1988). Prácticas en salud mental. *Revista de Investigación en Enfermería*, 6(1), 31-61.
- Stolkiner, A. (1999a). La interdisciplina: Entre la epistemología y las prácticas. *Revista El campo Psi*, 3(10), 1-2.
- Stolkiner, A. (1999b). Interdisciplina II: Lo transdisciplinario como momento o como producto. *Revista El campo Psi*, 3(10), 1.
- Stolkiner, A. (2018). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. *Soberanía Sanitaria*, 4, 34-38. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-leynacional-de-salud-mental/>
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en salud mental* (1.ª ed.). Noveduc.
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*.
- Stolkiner, A., & Bang, C. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 24(46), 123-143.