Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Maestría en Políticas Sociales Tesis de Maestría en Políticas Sociales

2019

Hegemonía, representaciones y sentidos en disputa aceoca de las prácticas en salud mental : el caso de los profesionales de salud del CAPS Jorge Newbery, Mar del Plata

Fernández Sapino, Adriana

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/380

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL

MAESTRIA EN POLÍTICAS SOCIALES

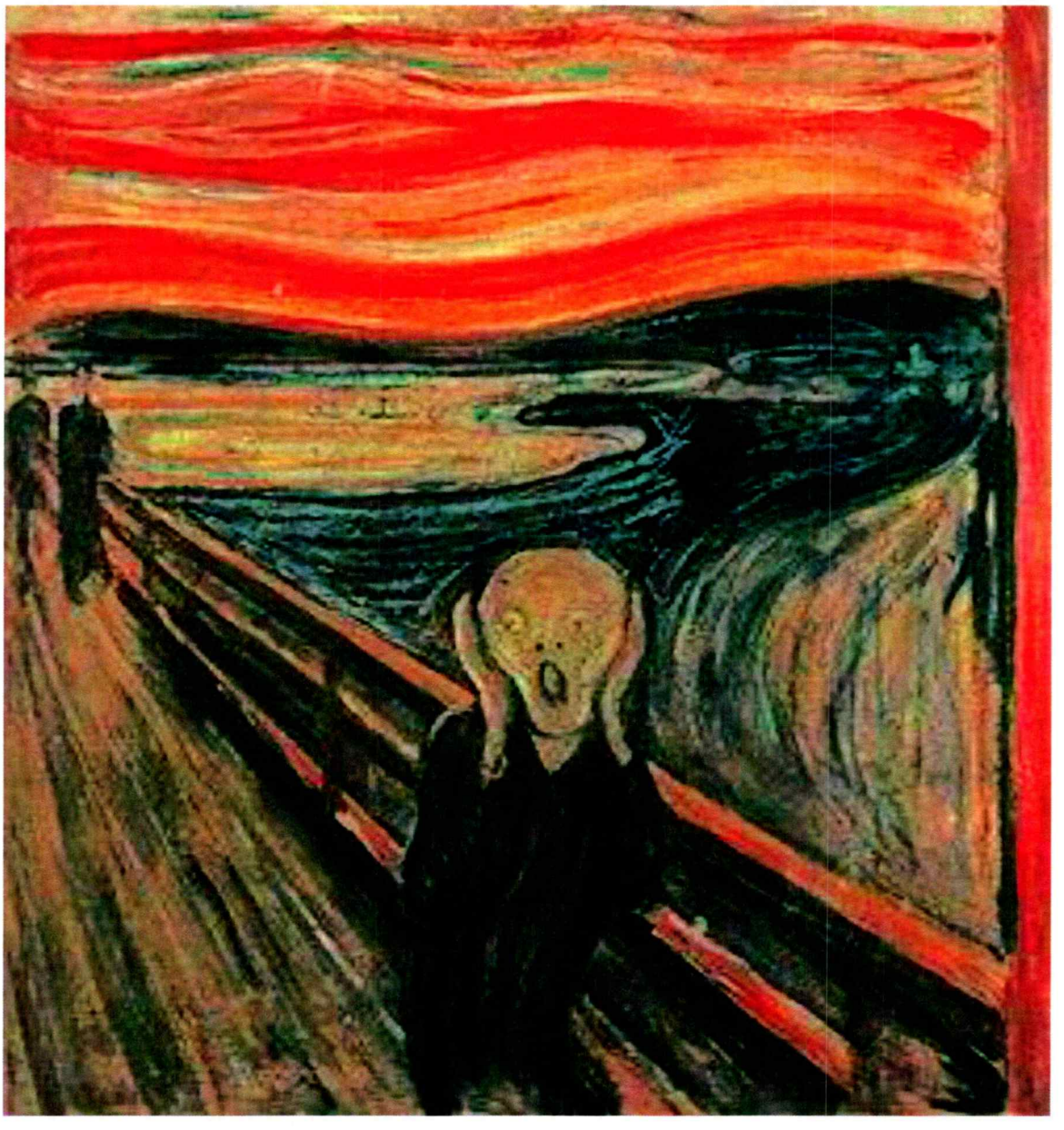
TESIS

Hegemonía, representaciones y sentidos en disputa acerca de las prácticas en Salud Mental. El caso de los profesionales de Salud del CAPS Jorge Newbery, Mar del Plata.

DIRECTOR: Dr. Enrique Andriotti Romanín

Autora: Esp. Adriana Fernández Sapino

Mar del Plata, Noviembre 2019



-"Paseaba por un sendero con dos amigos -el sol se puso- de repente el cielo se tiñó de rojo sangre, me detuve y me apoyé en una valla muerto de cansancio -sangre y lenguas de fuego acechaban sobre el azul oscuro del fiordo y de la ciudad - mis amigos continuaron y yo me quedé quieto, temblando de ansiedad, sentí un grito infinito que atravesaba la naturaleza"- El grito, 1893. Edvard Munch

¿Por qué razones en la vida cotidiana y en el ejercicio de ciertas disciplinas es tan difícil comprenderse y transformarse mutuamente, entre individuos que piensan y creen de manera diferente, o entre sujetos instruidos en disciplinas que abordan los mismos problemas? Es constatable que el diálogo, o los debates entre disciplinas, no muestran en general modificar mucho a sus protagonistas, más empeñados en afirmar lo que ya saben o creen, que en escuchar y comprender otras razones u otros saberes..."

Emiliano Galende

...Así, el lenguaje como actividad constituye algo nuevo, "crea algo que no existía con anterioridad"...

Cristina Lafont.
La razón como lenguaje.

"Los conceptos son usos de palabras".

Wittgenstein

A mi círculo del *nosotros*:
Ricardo, Marisa, Magunchi, Pelipipa y Sergio.

Resumen. Este trabajo de tesis es un estudio de tipo descriptivo de los sentidos en disputa acerca de las prácticas profesionales y las representaciones sociales referidas al sujeto de intervención presente en los profesionales de la Salud del sector público de atención primaria de Salud Mental del Caps Jorge Newbery de la ciudad de Mar del Plata, partido de General Pueyrredón. Para ello, se registran diferentes instancias del proceso de atención de salud que se promueven en el contexto de la institución así como los programas preventivos involucrados de las personas de la comunidad del barrio Newbery. La estrategia metodológica utilizada es de tipo cualitativa y para ello se trabajó con entrevistas en profundidad a los profesionales específicamente de Salud Mental del dispositivo de referencia así como a otros profesionales y del área de salud relacionados. Específicamente, esta investigación busca responder sobre cuáles son las principales representaciones acerca de las prácticas profesionales de los agentes de Salud Mental en el Caps Jorge Newbery de la ciudad de Mar del Plata, partido de Gral. Pueyrredón. En esta línea, de manera complementaria indagaremos en las tensiones entre paradigmas en las prácticas profesionales de Salud Mental que se presentan en los agentes de salud del Caps Jorge Newbery a fin de aproximarnos a la construcción de subjetividades y las condiciones de enunciación y reproducción de las representaciones sociales en el campo de la Salud.

Palabras clave: Salud Mental, hegemonía, paradigma, prácticas profesionales, representaciones sociales, subjetividad.

Resumen en inglés.

This thesis is a descriptive study about the tensions emanating from the hegemonic components, social representations and senses in dispute of the professional practices, the social representations about the subject of intervention present in the health professionals of the public health care sector Primary Mental Health Caps Jorge Newbery of the city of Mar del Plata, General Pueyrredón. For this, different instances of the health care process that are promoted in the context of the institution will be registered, as well as the preventive programs involved of the people of the Newbery neighborhood community. The methodological strategy adopted for such purposes will be of a qualitative nature and for this, in-depth interviews will be carried out with the specifically Mental Health professionals of the reference device, as well as with other professionals and the related health area. Specifically, this research will seek to answer which are the main representations about the professional practices of Mental Health agents in the Caps Jorge Newbery of the city of Mar del Plata, party of Gral. Pueyrredón. In this line, in a complementary way we will investigate the tensions between paradigms in the professional practices of Mental Health that are presented in the professional health agents of the Caps Jorge Newbery in order to approach the construction of subjectivity in the Mental Health agents of said Caps and think about the conditions of enunciation and reproduction of social representations in the field of health.

Key words: mental health, hegemony, paradigm, professional practices, social representations, subjectivity.

Índice general

Págs.

Resumen y palabras claves..... 5

Agradecimientos..... 9

Introducción..... 11

Antecedentes del tema 12

La trastienda de la investigación..... 23

CAPÍTULO PRIMERO..... 26

Salud Mental. Las otras miradas 27

Acercándonos a la Salud Mental como campo de intervención..... 32

Salud Mental, medicalización, desmanicomialización y paradigma positivista 33

CAPÍTULO SEGUNDO..... 39

El sistema de salud..... 40

Recorriendo la Salud Mental en Mar del Plata..... 43

CAPÍTULO TERCERO..... 47

El Caps Jorge Newbery. La hegemonía desde dentro..... 48

El corazón de *la Newbery* está arriba..... 57

CONCLUSIONES..... 72

BIBLIOGRAFÍA..... 78

Agradecimientos. A partir de la propia historización y entramado de lazos sociales es que uno puede comenzar a construir-se y reconstruir-se. Esta producción responde a un entretejido de lazos que nos refleja en decires y prácticas del hacer profesional y personal. Para emprender cualquier tarea, se hace necesaria la construcción de la misma con un sinnúmero de *manos* y *corazones* que hacen posible que ésta se lleve a cabo. Y en ningún caso la tarea de la investigación es aquella que pueda realizarse en soledad. Los necesarios para entramar ideas, acciones, preguntas, respuestas, más preguntas; para poder entretejerlas y que se plasmen luego, con sistematicidad, en un escrito. Por tanto esta tesis es el resultado de un proceso en el que muchas personas colaboraron de una u otra manera y que en un gesto de honestidad intelectual y afectuosa quiero nombrar, para hacerles llegar pública y sentidamente mi agradecimiento:

-En primer lugar a mi Director *Dr. Enrique Andrioti Romanín*, quién desde un primer momento creyó en mí, con su escucha inicial en los primeros esbozos de este trabajo; que supo con sabiduría, paciencia –mucha paciencia- empuje, ser y motor, conducirme hasta la culminación de este trabajo de investigación y abrir nuevos interrogantes.

-A los directivos y equipo de profesores de la Maestría en Políticas Sociales, con los cuales transité el camino de la construcción del conocimiento, destacando aquellos que dejaron una huella tanto en el intercambio como en el crecimiento profesional y personal: *Dr Alfredo Carballeda, Dra. Viviana Ibañez, Dra. Malu Canestraro, Dra. Bibiana Travi, Dr. Alejandro del Valle, Dra. Canestraro.*

-A mis *compañerxs* de Maestría, que a lo largo de estos tres años pudimos entrelazar desde la interdisciplina saberes propios y construir comunes, además de buenos momentos de compañerismo entre asados y lecturas compartidas.

-Muy especialmente hacer un reconocimiento al Secretario Técnico, Mg. *Pablo Voet*, por su sonrisa cálida, su tolerancia ante las innumerables demandas, y la resolución práctica de las situaciones cotidianas.

-A mi compañerxs de cursadas, *Mg. Dante Boga* siempre dispuesto a despejar dudas y generar construcción de conocimiento, *Mg. Mefi* también con su disposición y ganas de solidarizarse.

-A la *Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social*, que durante tantos años ayudó a construir y reconstruir mi *ser* docente, trabajo que tanto me enorgullece.

-A la cantidad innumerable de *estudiantes* que pasaron por las aulas de las unidades de aprendizaje de las cuales formo parte del equipo docente; sin ellos no podría construir nuevos saberes.

-A los *profesionales del Caps Jorge Newbery* que en forma libre y desinteresada cooperaron en la construcción de este trabajo, entramando sus conocimientos y labor cotidiana.

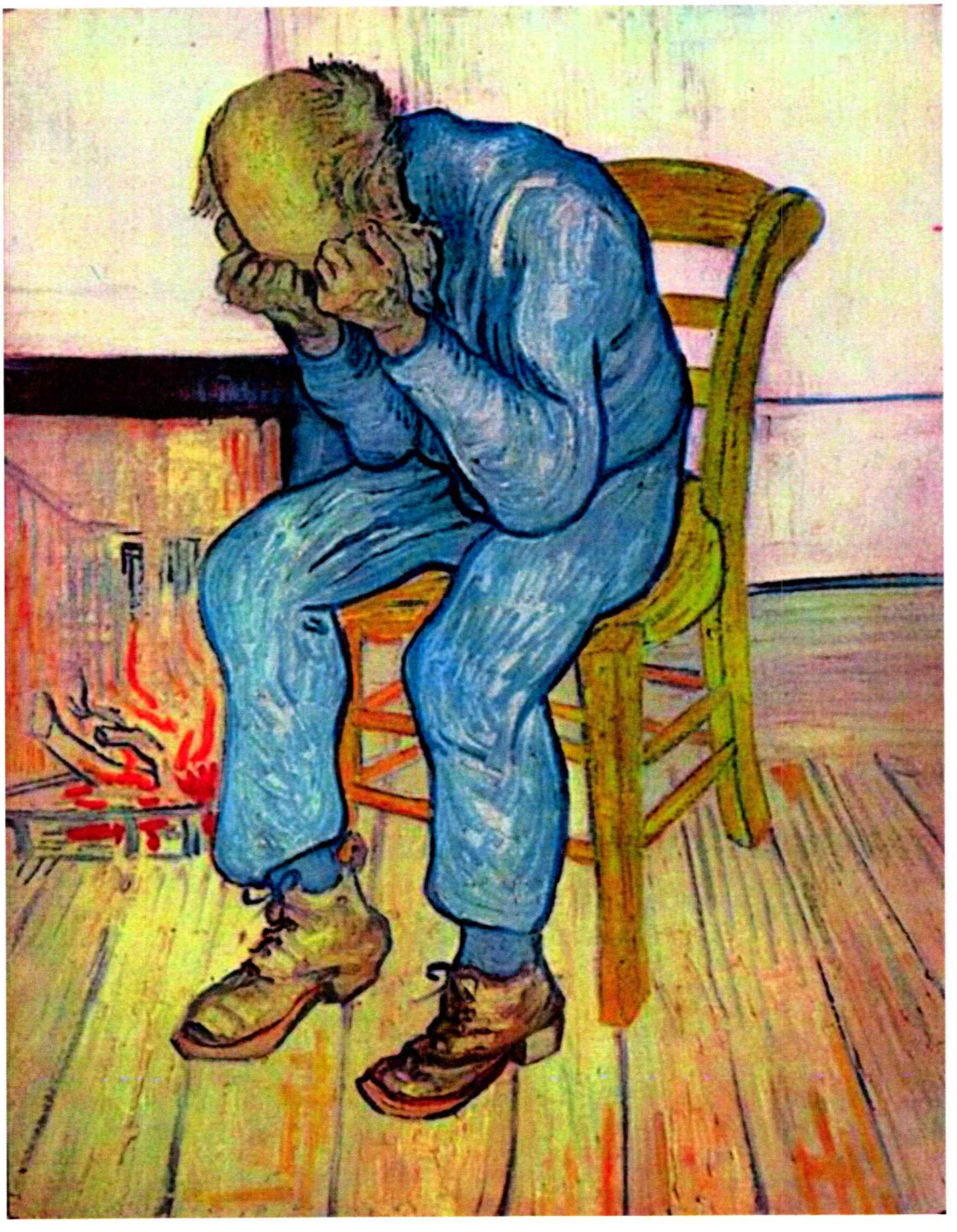
-Al equipo interdisciplinario de Grupored –dispositivo terapéutico-social- y la Bandared –banda musical con personas en situación de discapacidad-, que hace más de diez años colaboro en su construcción y ellos en la mía.

-A mi Facultad de origen, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires, que me dio la base de armando de quién soy.

-Sentidamente a mi padre y mi madre.

-Y por supuesto a mi familia amada, Magdalena, Felicitas y Sergio que con infinita paciencia y horas de permanecer frente a la computadora, supieron comprender lo importante de este nuevo desafío.

* * * * * *



Anciano en pena, 1890 Vincent van Gogh.

Introducción.

Largo tiempo atrás, encontrándome en el Hospital Municipal "Dr. Mariano Cassano" de la ciudad de Miramar, provincia de Buenos Aires, trabajando en consultorios externos como Psicóloga Clínica, título que había obtenido años antes en la Universidad Nacional de Buenos Aires, intentaba reconstruir prácticas de escucha a personas sufrientes. Rápidamente me encontré con personas que repetían acríticamente discursos pertenecientes a modelos ajenos a ellos mismos, pero que los atravesaban y constituían. En sus discursos sobrevolaban saberes hegemónicos que eran sostenidos por las intervenciones y prácticas en Salud que allí mismo se realizaban y que se reificaban en diagnósticos, psicofármacos y otras herramientas clínicas, denotando la presencia de representaciones sociales dominantes acerca de ciertas prácticas en Salud Mental. Tiempo después, una persona, usuaria del sistema de Salud Mental, que ocasionalmente se había acercado desde el Caps Jorge Newbery del partido General Pueyrredón, me manifestó su sufrimiento y en sus palabras pude revivir ecos de una práctica discursiva hegemónica similar a la que había escuchado tantos años antes en la ciudad de Miramar.

Las preguntas que en aquel entonces me hacía (y que todavía me hago) tienen que ver con pensar la Salud Pública como proyecto en disputa y la consecuente formación académica de profesionales que en ningún caso es ingenua. El sufrimiento de los usuarios del sistema de salud y las representaciones presentes en las prácticas profesionales sostenidas por los agentes de Salud Mental nos exige aproximarnos a las tensiones entre paradigmas presentes en las prácticas de los profesionales de Salud.

La Salud y en particular la Salud Mental, como campos en construcción y de disputa, campos de producción de subjetividades, subjetividades que nos obligan a interpelarnos desde lo histórico político-cultural, qué de nuestra época allí está en juego, y la histórica segregación que de ella emana. Por tanto, el objetivo general de esta tesis es analizar a partir de un estudio de caso, las tensiones hegemónicas y las representaciones sociales acerca del sujeto de

intervención presente en profesionales en el campo de la Salud del sector público de atención primaria, específicamente en la Salud Mental del Centro de Atención Primaria de la Salud, Caps Jorge Newbery de la ciudad de Mar del Plata, partido de General Pueyrredón, Provincia de Buenos Aires.

Las principales preguntas que busca responder esta investigación refieren cuáles son las principales representaciones acerca de las prácticas profesionales de los agentes de Salud Mental en el Caps Jorge Newbery de la ciudad de Mar del Plata, partido de Gral. Pueyrredón. En esta línea, de manera complementaria indagaremos en las tensiones entre paradigmas en las prácticas profesionales de Salud Mental, a fin de aproximarnos a la construcción de subjetividad en los agentes de Salud Mental del Caps Jorge Newbery y pensar las condiciones de reproducción de las representaciones sociales en el campo de la salud.

Antecedentes del tema.

El análisis de las representaciones sociales acerca de la Salud Mental retoma una problemática de las ciencias sociales: como las personas se representan sus prácticas y sus maneras de mirar el mundo.

La teoría de las representaciones sociales encuentra en la obra de Durkheim una primera elaboración. En su libro *Las reglas del método sociológico*, publicado originariamente en 1895, hace referencia que "la vida social está hecha, toda ella, de representaciones y las representaciones individuales y colectivas, no se pueden estudiar científicamente más que a condición de estudiarlas objetivamente" (Durkheim, 1994: 20)

Para este autor la importancia de la sociedad como productora de representaciones colectivas, expresa la preeminencia del pensamiento colectivo en relación al individual, mostrando la especificidad de aquél sobre este. Este concepto de representación colectiva, como producción mental distinta de la

individual, que está conformado por otra sustancia y con sus propias reglas. La representación colectiva entonces, se aparece como con cierta distintividad teórica por sobre lo individual-psicológico. Este proceso conlleva un mecanismo de coacción social, generando una asimilación a las pautas culturales por parte de los individuos de una sociedad. Sin embargo para Durkheim este proceso implica una apropiación del individuo de las representaciones colectivas, estas no implican una dimensión conflictual sino más bien, son el soporte de la experiencia compartida.

La perspectiva durkheniana acerca de las representaciones sociales será cuestionada con posterioridad a la segunda guerra mundial. Una de las principales elaboraciones fue la de Serge Moscovici quien, a mediados de los años sesenta del siglo XX, retomó el concepto de representaciones colectivas de Durkheim, poniendo el acento en la designación de fenómenos múltiples que se observan y estudian a variados niveles de complejidad, individuales y colectivos, psicológicos y sociales" (Jodelet, 1999: 469). En este sentido, Moscovici buscó alejarse del determinismo sociológico durkhemniano, dado que sostiene que tanto la sociedad, los individuos y sus representaciones son construcciones sociales y no constructos impuestos externamente a la manera de los hechos sociales (Castorina, 1998):

> Las representaciones sociales son entidades tangibles. Circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos, de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas. Sabemos que corresponden, por una parte, a la sustancia simbólica que entra en su elaboración y, por otra, a la práctica que produce dicha sustancia, así como la ciencia o los mitos corresponden a una práctica científica y mística. (Moscovici, 1979: 27)

De este modo, el autor referenciado estableció una diferencia entre las representaciones colectivas y las son mecanismos explicativos de una clase general de ideas y creencias, mientras que las representaciones sociales son fenómenos a ser explicados, acerca de cómo las personas sociales construyen la

realidad y le dan sentido propio a los distintos fenómenos que de ella emanan. Herramienta tal, que utilizan las personas para apropiarse de su realidad. Pero además, nos aproxima a la *visión de mundo* que las personas o grupos tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que los sujetos utilizan para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales.

La representación social de un objeto, según el sistema teórico de Moscovici, se genera cuando las personas hacen referencia a este mismo objeto de forma explicativa, basado en el conocimiento que tienen de la realidad circundante y sus sistemas explicativos teóricos también devenidos de procesos comunicativos, cognitivos y de pensamiento social. Se trata entonces de una modalidad particular de conocimiento, cuya funcionalidad es la elaboración de los comportamientos y sus formas comunicacionales. De esta forma, se asumen las representaciones sociales como un sistema de creencias socialmente compartidas. La representación conforma un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas debido a las cuales las personas hacen comprensible la realidad física y social, integrándolas en una relación cotidiana de intercambios lingüísticos y extralingüísticos que se liberan en lo que conforman su imaginación. En resumen, la idea directriz según la cual el grupo elabora conjuntamente creencias y opiniones sobre algún objeto o tema social relevante, a través de una dinámica de comunicación y elaboración.

En este aspecto resulta clave la perspectiva acerca del sujeto. Tomando algunos conceptos de la teoría constructivista (Piaget, 1986) que ha definido al conocimiento desde la perspectiva misma del sujeto del conocimiento como agente. El entorno que se conoce es aquél en el cual el sujeto hace cosas, así es que el conocimiento es acción; conocer algo es incluirlo en un sistema de acción. Entonces el mundo conocido es aquel sobre el cual el sujeto puede actuar. Al mismo tiempo el entorno que se conocer es relativamente inanimado e inerte. Así es como se le presenta al niño cognoscente. Esta nueva ruptura epistemológica (González-Saibene, 2017) se ha trasladado en cierta medida al análisis del desarrollo del conocimiento social, particularmente y en específico el

conocimiento social que consistiría en saber cómo hacer cosas sociales. Considerando que el entorno social también interviene sobre las personas que habitan en él, los individuos no sólo actúan respecto del entorno sino que también están sujetos a su acción, en un proceso dinámico. Entonces el conocimiento del mundo no sólo debe ser un conocimiento acerca de cómo hacer cosas en el mundo, sino que también debe ser un conocimiento acerca de la acción del medio sobre las personas, ya que ellas son también objetos y blancos de la acción del entorno (Castorina, 1998).

Denise Jodelet (1999) afirma que el concepto de *representaciones sociales* designa una forma de conocimiento específico: el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales marcados socialmente. De manera más amplia, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales son así, modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del contexto social, material e ideal. Para este autor, el conocimiento del sentido común tiene carácter social porque está socialmente elaborado. Incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal. Los procesos que describen el funcionamiento y la generación de las representaciones sociales son según Jodelet (1999), la objetivación y el anclaje. Estos procesos (objetivación y anclaje) designan la actividad social y cognitiva que permiten la construcción y generación de dicho conocimiento social. La objetivación es la operación que da imagen y estructura; sirve para materializar ideas y significados, hace corresponder cosas/ideas con las palabras. La concreción de un objeto abstracto se conforma de tres partes:

1.- Construcción Selectiva: constituye la descontextualización y selección de la información según criterios culturales.

2.- Esquematización: construcción de una estructura conceptual, de un conjunto gráfico comprensible con la información seleccionada.

3.- Naturalización: los elementos del esquema figurativo son concretizados, adquieren estatus de *evidencia*, son integrados al sentido común. Un ejemplo de ello es decir: el inconsciente es inquieto.

Y el anclaje que es el enraizamiento social de la representación. Antes de la formación representativa, la construcción de la representación del nuevo objeto se integra a un conjunto de sentidos y saberes preexistentes (familiarización con lo extraño).

Ahora bien, siguiendo con la línea que plantea Bourdieu (2011) de una manera no sacralizada, al considerar al campo de la Salud Mental como un subcampo dentro de la Salud en general, pero señalando que 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. En este sentido, *el éxito* de la Salud Mental sería su propia extinción para incorporarse en prácticas sociales de *salud-situaciones/críticas-cuidado* en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida como contrapuesta a la concepción hegemónica de corte positivista. Y a ese respecto Gramsci (1972) define el concepto de hegemonía como aquel que *"se refiere a un proceso en el que los grupos dominantes en las sociedades se unen para formar un bloque y mantener un liderazgo sobre los grupos subordinados"* (Apple, 1996:39).

La noción de hegemonía según Gramsci (1972) nos muestra un campo social conflictivo, donde los grupos dominantes se ven obligados a recurrir a un esfuerzo permanente de convencimiento ideológico para mantener su dominación. A través de ese esfuerzo de convencimiento donde la dominación económica se transforma en hegemonía cultural, y adquiere máxima eficacia cuando se convierte en sentido común. El campo cultural no es un simple reflejo de la economía, tiene su propia dinámica. Las estructuras económicas no son

suficientes para garantizar la conciencia; la conciencia debe ser conquistada en su propio campo.

El modelo que referenciamos, de sesgo hegemónico, genera a su vez en el campo de la Salud Mental la división, la sectorización, la reducción, la fragmentación, así como la simplificación de los conocimientos mediante las disciplinas académicas que a su vez son reglas generales partiendo de los lineamientos cartesianos y que llegan hasta nuestros días (Galende ,2008), conformando el modelo médico biologicista, positivista, racionalista según Angelino y Rosato (2009), propio del proceso de manicomialización, (Amarante, 2009) que ocupa a la Salud Mental.

El paradigma de la ciencia clásica del cual nos ocupamos, es el consistente en de la división parcelaria de los problemas y de los saberes, el del reduccionismo, el cual ha empezado a desmoronarse en la medida que hoy surge y se difunden nuevos paradigmas, por ejemplo el de las ciencias de la Complejidad. En los últimos años, Morin (2007) hace referencia a que científicos y pensadores críticos, han tomado conciencia de que los fenómenos -en cualquier manifestación de la realidad, incluso en sus microdimensiones- y las relaciones entre ellos, son constitutivamente complejos y que dicha complejidad tiende a aumentar al integrarse en unas o en otras composiciones, al relacionarse unos con otros, generando nuevos niveles de realidad. Esos males de referencia se cristalizan tanto en la formación y en la vida profesional como académicas con consecuencias de poda tecnológica y empobrecimiento de las prácticas clínicas como educativas, devenidas por estos efectos en quehaceres fuertemente deficitarios en sus componentes de isonomía y democraticidad. El viejo paradigma corresponde a un mundo estático, simple, determinista, racional y ordenado. El nuevo Paradigma de la Complejidad descubre en la naturaleza y la sociedad, entre los humanos y los demás seres vivos que proliferan los desórdenes, que a veces son origen de nuevos órdenes, todos ellos trenzados por fenómenos complejos en los que los determinismos lineales de causa-efecto

corresponden a limitaciones espacios-tiempos cortos, circunscriptos, estables y cerrados; es decir al margen de las situaciones determinadas, se multiplican los azares y atravesados por movilidades múltiples, abiertas al devenir. El viejo Paradigma que llamaremos de la Simplicidad, Morin (2007), legitimó el establecimiento de saberes fraccionados, apoyándose además, en la utilidad que se le brindaba a la industrialización en sus primeras etapas con necesidad de especialistas, así como su expansión hasta los años 70 aproximadamente.

La metodología del nuevo paradigma de la Complejidad propone la confluencia creciente entre disciplinas, sin prescindir de sus especificidades, su interpenetración al aprehender-comprender-explicar-gestionar-generar cada hecho complejo tal como realmente es y está compuesto por factores históricos, bióticos, sociales, tecnológicos, que se heterogeinizan de una u otra forma.

Siguiendo a los pensadores más clarividentes no nos cabe duda alguna que los hechos, el conjunto de los fenómenos las relaciones entre ellos, la trama de sus complejidades no pueden explicarse mediante saberes simples, son imprescindibles los conocimientos inter y transdisciplinarios.

La transdisciplinariedad en relación con los fenómenos complejos aspira ayudar conocimientos-puentes, y construyendo puntos de encuentros, confluencias y permeabilidades que generen metaconocimientos, según Vilar (1997).

Esta nueva racionalidad no pretende ser omnisapiente, oponiéndose a las concepciones *totalitarias*. La idea de totalidad se enriquece cuando se vuelve incapaz de cerrarse en sí misma cuando se vuelve compleja en el policentrismo de las partes relativamente autónomas. Entonces el principio de globalidad es imprescindible para la transdisciplinariedad.

La teoría de las estructuras disipativas, conocida también como teoría del caos, tiene como principal representante al químico belga Ilya Prigogine, quién ha aportado a las teorías sociales, planteando que el mundo no sigue estrictamente el modelo del reloj, previsible y determinado, sino que tiene

aspectos caóticos. El observador no es quien crea la inestabilidad o la imprevisibilidad con su ignorancia: ellas existen de por sí. Los procesos de la realidad dependen de un enorme conjunto de circunstancias inciertas, que determinan por ejemplo que cualquier pequeña variación en un punto del planeta, genere en los próximos días o semanas un efecto considerable en el otro extremo de la tierra. La idea de caos en la psicología y en el lenguaje. Ilya Prigogine (1979) comenta que no puede comprenderse un sistema complejo más que refiriéndose a su historia y a su transcurso. Nos centramos en la teoría del caos, debido a que es un marco explicativo para comprender y analizar la compleja realidad disciplinar dentro del transcurrir de los objetos de estudio.

Las disciplinas y profesiones provienen de la diferenciación académica de ámbitos del saber sobre lo humano repartido metodológicamente en saberes diferentes. Así estudiamos el cuerpo por un lado, la psiquis por otro, la vida social, etc., en facultades diferentes, desde un circuito racional. Nuestras instituciones académicas están organizadas sobre los principios kantianos de las *facultades*, a pesar de que el conocimiento práctico exige todo el tiempo el traspasamiento de estas "facultades". Naturalmente el título de grado obtenido en dichas instituciones no contiene una preparación para el trabajo y la integración disciplinaria, ni mucho menos de la formación inter y/o transdisciplina a la que hacemos referencia. *"Los procesos de reforma pretenden actuar en primer lugar en el cambio disciplinario, la inclusión de otras disciplinas en condiciones de igualdad y cooperación, momento interdisiciplinario como pasaje a la construcción de un campo unificado por la transdisciplina".* (Galende, 2008: 168)

A su vez es Galende (2008) quien refiere que la Salud Mental es necesariamente interdisciplinaria ya que los fenómenos de los cuales se ocupa la Salud Mental responden a relaciones complejas y a determinaciones múltiples. Se hace necesario superar las categorías simples de causalidad para ampliar el campo en el cual se visualizan las relaciones complejas, y esto requiere de conocimientos ya establecidos por otras disciplinas.

Estos intentos de reforma plasman con claridad la lucha hegemónica, puja vigente en la actualidad y cuyos escenarios de lucha situados se dan en diversos planos del ámbito universitario, con la producción de conocimiento y profesional, reproduciendo prácticas en Salud. En palabras de Bourdieu (1990) el campo académico, es el espacio de disputa para determinar las condiciones y los criterios de los rótulos y jerarquía legítimas, de determinar qué propiedades son pertinentes, efectivas para funcionar como capital eficaz capaz de garantizar los beneficios específicos del campo.

En ese sentido hemos rastreado diversas propuestas que son asimilables a la ideología del modelo paradigmático transformador.

Con respecto al estado actual de la cuestión nos referimos al trabajo presentado en la Universidad de Venezuela por la Lic. Leticia Barrios Graziani, *Visión crítica de las teorías postracionalistas en la educación,* quien realiza una crítica de la modernidad versus la postmodernidad, reivindicando la diversidad, lo individual, lo cotidiano y construyendo un modelo opuesto a los valores modernos. Dicha autora comenta que en el campo educativo la postmodernidad se expresa en el postracionalismo, cuyo centro de atención será la superación de las verdades dogmáticas del modelo racional; la crítica a la visión autoritaria y represiva de la educación y a su carácter de simple transferencia, así como, al pensamiento racional para abarcar otras esferas de la vida intelectual.

La autora sostiene que las corrientes postracionalistas han resultado dilemáticas, muchas de ellas se desenvuelven acordes con el pensamiento neoliberal y de mercado, lo cual genera una distorsión en la formación y en los valores de los estudiantes.

> Los nudos críticos de las teorías postracionalistas se aprecian en primer lugar, en la excesiva importancia que le otorga a los aspectos intuitivos y emocionales, relegando el pensamiento racional a una situación despreciable, y en segundo lugar, al psicologismo extremo que conduce inevitablemente al desequilibrio entre el homo politicus y el homo psychologicus (Barrios Graziani, 2005, p. 8)

Las teorías postracionalistas discuten las rigideces, en este caso del modelo educativo y su incapacidad para captar múltiples aspectos de las capacidades del sujeto. Tal como Barrios Graziani (2005) señala la configuración de un paradigma alternativo al modelo racionalista, está basado en una concepción humanista, que se inspira y se sustenta en las visiones integradoras holísticas y positivas del ser humano. Este paradigma evolucionará hacia posturas de corte antiracional e individualista que lo hacen muy cuestionable no solo en el campo de la educación sino de la salud en general. Lo cual hace necesario reivindicar alternativas diferentes a este paradigma basadas en un racionalismo equilibrado y en una concepción que sea a la vez humanista y solidaria.

En el mismo orden de cosas, Pérez Luna (2003) nos habla de la propuesta de tomamos la mirada transdisciplinar que atraviesa la pedagogía desde la perspectiva de la complejidad. Como él sostenemos el devenir de un sujeto pedagógico activo, democrático y con propuestas de dialogicidad hacia el discurso universitario. La mencionada propuesta transdisciplinar nutre polidimensionalmente al sujeto. Según el autor "la propuesta transdisciplinar es cruce de saberes que acoge el concepto de transversalidad como búsqueda de una totalidad definida desde una perspectiva de complejidad." (Pérez Luna, 2003, p. 87 y 94).

El paradigma de la simplicidad de referencia en los textos de Morin está en un todo opuesto a nuestra propuesta desde la mirada en el modelo transformador en el campo de la Salud Mental, dado que consideramos que la mirada transdisciplinar de dicho desde la perspectiva epistemológica transformadora contribuye al devenir de sujetos pensantes, productores de su propia subjetividad en el interjuego con el discurso hegemónico.

En dichos ámbitos del campo de la salud y más específicamente en la Salud Mental, los principios democráticos, ciertamente más declamados que practicados, pero insertos con fuerza en todos los tramos de su discurso, con el modelo de empoderar a las personas, el cual, bien entendido, obliga a la

aceptación y al enfoque interesado en las perspectivas del *otro* diferente; en este caso, de quien se dirige al sistema dominante y lo interpela para que cambie. Dicho de otro modo, como menciona Toselli (2012) bastará con catalizar los procesos de democratización institucionales para combatir las ideologías dominantes en el campo de la salud, así como en el seno de los ámbitos universitarios, que luego decanta en las prácticas profesionales.

Siguiendo con el marco legal y la concepción democrática de la Salud para todos teniendo en cuenta a un *otro* diferente, nos encontramos con el primer tratado de corte internacional de derechos humanos del siglo XXI y la concreción de declaraciones e instrumentos legales de personas que se encuentran excluidas: la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo, Ley Nº 26378/08. Este instrumento de derechos adopta una concepción sobre las personas en situación de discapacidad a partir de la cual no es solamente la deficiencia que afecta a la persona, la que determina su exclusión, sino la influencia de las barreras sociales, culturales, físicas y cognitivas las que impiden o dificultan el ejercicio de los derechos y el desarrollo de una vida lo más plena posible. En sus principios generales la Convención recoge el nuevo paradigma que hacen a la consideración de la persona como ciudadano empoderado de derechos, entre ellos: respeto por la dignidad inherente, autonomía individual, la no discriminación, la inclusión, la accesibilidad, el respeto por la diferencia, el reconocimiento de la personalidad. En su artículo 2º menciona aspectos como la comunicación, lenguaje, discriminación por motivos de discapacidad, ajustes razonables y diseño universal.

Profundizando en el tema que nos ocupa, la Salud Mental, el marco jurídico que la regula es la Ley de Salud Mental 26657/10, Cámara de Senadores y Diputados de la Nación Argentina. Dicha ley considera que las denominaciones como *trastorno mental y enfermedad mental*, responden al hecho que la psiquiatría importó la pretensión de estudiar los hechos

psicológicos como hechos físicos, tarea emprendida principalmente por el positivismo biológico y por el modelo cartesiano (Carpintero, 2011). La ley plantea un cambio de paradigma desde el modelo positivista hegemónico racionalista al modelo transformador basado en la complejidad. Los hechos, el conjunto de fenómenos, las relaciones entre ellos, sus complejidades no pueden explicarse mediante los conocimientos simples. El principio de la complejidad se funda sobre la predominancia de la conjunción compleja; siendo una tarea cultural, histórica, profunda y múltidimensional.

La trastienda de la investigación.

La presente investigación se enmarca desde la perspectiva metodología cualitativa por considerarla como la más apropiada, siguiendo un diseño de tipo exploratorio-descriptivo. Se caracteriza por ser de sesgo inductivo ya que sus estudios comienzan por formulación de interrogantes, con diseño de investigación claramente flexibles; considerando reducir el impacto del investigador a su mínima expresión y entendiendo el efecto que produce sobre las personas; holística, ya que los grupos y escenarios no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.

La metodología cualitativa valora las perspectivas de los investigados sobre sus mundos intentando captar a las mismas, reconociendo ante todo la existencia de múltiples realidades; visualiza la investigación como un proceso interactivo entre investigador e investigado; y es principalmente descriptiva dependiendo de las palabras y los componentes de las personas como fuente de datos primaros; siendo más multiforme y temporal que jerárquica; le otorga un gran valor a la validez de la investigación aunque ésta no es entendida como un concepto absoluto sino que siempre está contextuada. Con respecto al tipo de estudio exploratorio-descriptivo proponemos alcanzar una visión general, aproximativa, del tema que nos ocupa, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto la estructura o comportamiento de grupos

homogéneos de fenómenos. A través de la triangulación de datos, recurriendo a numerosas fuentes como el cuestionario, encuestas anónimas, y entrevistas en profundidad, propendiendo a la rigurosidad producto de la interpretación de los datos a los cuales se arribe.

"Extracción de la piedra de la locura". El Bosco o de un seguidor del maestro. 1475-1480

Capítulo 1

1. Salud Mental, las otras miradas.

Cada sociedad crea a sus enfermos y sus respectivos *procesos de cura*. De hecho, es desde lo social que se dictamina quién se sale de la norma y cómo debe reencauzarse el *anormal* (Rosato, 2009) para que, entre otras cuestiones seguir instituidos. Los distintos discursos que circulan sobre lo que es la salud/enfermedad en general y la Salud Mental en particular y cuál es su recorrido para atenuarla, son una construcción de índole social de un determinado período epocal (Carballeda, 2013), con correspondencia a una determinada línea ético, política, económica e ideología.

Tales decires y ciertos simbolismos generan no sólo materialidad, es decir, se cristalizan en instituciones, en prácticas biomédicas, en dispositivos (Fanlo, 2011) terapéutico-sociales, en etiquetamientos, en diagnósticos, que no sólo hacen huella en la persona que lo lleva sino en el simbolismo pertinente para su reproducción. Para Emiliano Galende (2015) "toda sociedad produce una subjetividad situada en su tiempo histórico y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental. El daño mental se comprende en relación a los códigos simbólicos que cada sociedad, en cada momento histórico, pone en juego". Es decir, que la persona esté en situación de salud o enfermedad, pertenezca a la zona estadística de normalidad o no, no depende sólo de las alteraciones y/o trastornos, de su personalidad sino también de las actitudes, juicios, prejuicios y valores que tiene la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones, y ya que las alteraciones mismas dependen de ellas. Por lo tanto, podríamos afirmar que el término "enfermedad mental" es de difícil y errática definición por su alto sesgo valorativo.

Las distintas valoraciones de los síntomas y procesos psico-afectivos, cognitivos del comportamiento, utilizados para designar a una persona en su condición de sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico (Carpintero, 2011). Todo núcleo social marca una diferencia entre el sujeto que

padece una alteración crónica de su conducta y el que sólo altera su comportamiento en determinadas situaciones, que son aceptadas socialmente y no se salen de la normas como pueden ser por ejemplo, los rituales religiosos. Hay cuestiones y temas que siendo atemporales y, en algunos casos, tabú para el conjunto social, y el paso de los siglos no fue suficiente para desechar del imaginario social el prejuicio de "*la peligrosidad*" y el consecuente confinamiento de las personas como *enfermos mentales* en instituciones de reclutamiento psiquiátricas a fin de contenerlos, tratarlos y preservar así el orden social (Foucault, 2008). Esta idea de *peligrosidad* se constituye en el fundamento de las intervenciones que se implementan con la modalidad asilar y la idea de asociar el tratamiento tanto con el aislamiento, como la segregación social justificada por el juicio de peligrosidad, la consecuente necesidad de control y vigilancia asilar (Foucault, 2002), la idea de irreversibilidad y cronicidad en las personas padecientes de sufrimiento mental.

Dada la mirada del Paradigma de la Complejidad (Vilar,1997) consideramos importante rastrear sesgos racionalistas y positivistas dentro del discurso profesional de aquellos que generan dichas intervenciones en las prácticas, para generación de propuestas de innovación democráticas y dialógicas no sólo a profesionales de la Salud Mental sino al colectivo social involucrado.

Con respecto al marco legal que enmarca nuestra investigación, la ley de Salud Mental N°26.657, antes mencionada, destaca algunos aspectos como: establecer la defensa de los derechos de los usuarios modificando el Código Civil para impedir las internaciones de personas por su "peligrosidad". Se reemplaza el criterio de internación, por la constatación de "riesgo cierto e inminente". Otro aspecto relevante es la conformación del equipo interdisciplinario. Con la sanción de la ley ya no es el psiquiatra el eje del tratamiento en Salud Mental sino que está a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos o trabajadores capacitados. Incluyéndose

las áreas de psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otros campos pertinentes.

Como refiere Samaja (2004) la principal consecuencia del modelo propuesto es que nos pone de nuevo ante una tarea difícil pero posible: investigar qué es la salud. Utilizamos esta cita del epistemólogo Juan Samaja ya que refleja adecuadamente la perspectiva que orientará nuestra conceptualización. Es decir, no intentamos arribar a una definición de Salud Mental acabada, cerrada que guíe nuestra práctica pedagógica en la materia en cuestión, sino cuestionar incluso la necesidad de conceptualizarla, oponiéndonos a su ontologización para adentrarnos en el análisis de la relación de los componentes hegemónicos y el paradigma de la complejidad.

Serroni-Copello (1997) sostiene las características evasivas de la Salud Mental a las que hacemos referencia:

> La usamos para describir configuraciones mentales muy distintas; luego, es imprecisa. La usamos en contextos que acaban determinando su significado; luego, es relativa. La usamos en una misma situación con diferentes significaciones; luego, es polisémica. La usamos en situaciones diferentes con significaciones no menos diferentes; luego, es ambigua. Y fuera de usarla en una misma situación o en situaciones diferentes, en muchas ocasiones, además, no terminamos de entender si es lícito o ilícito emplearla; luego, es vaga.

Nuestro recorrido considera que el campo de la Salud Mental es un subcampo dentro de la Salud en general, pero se lo ha referido como el espacio paradigmático dentro de la concepción biologicista-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. El éxito de la Salud Mental sería su propia extinción para incorporarse en prácticas sociales de salud-situaciones críticas-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida como contrapuesta a la concepción hegemónica de corte positivista.

El término hegemonía deriva del griego *eghesthai* que significa *conducir, ser guía, ser jefe*. No obstante, se contempla que provenga de la acepción del verbo eghemoneno, que significa *guiar, preceder, conducir*, y del cual deriva *estar al frente, comandar, gobernar.*

El concepto de hegemonía ocupa un lugar central en los debates teóricos y políticos contemporáneos y ha ejercido gran influencia en el desarrollo de los estudios culturales en diversas partes del mundo.

Hegemonía según Gramsci (1972) nos muestra un campo social conflictivo, los grupos dominantes se ven obligados a recurrir a un esfuerzo permanente de convencimiento ideológico para mantener su dominación. A través de ese esfuerzo de convencimiento donde la dominación económica se transforma en hegemonía cultural, y adquiere máxima eficacia cuando se convierte en sentido común. El campo cultural no es un simple reflejo de la economía, tiene su propia dinámica. Las estructuras económicas no son suficientes para garantizar la conciencia; la conciencia debe ser conquistada en su propio campo.

Mónica Szurmuk y Robert McKeelrwin (2009) refieren tres elementos que deben destacarse en la formulación gramsciana del concepto de hegemonía. Primero, el carácter dinámico del proceso que conduce a la hegemonía; en otras palabras, la hegemonía no es un "momento" estático en el proceso histórico, sino el resultado de un continuo cotejo de formas complejas y articuladas de dominación y resistencia. Segundo, esta formulación subraya la importancia de entender el papel activo de los grupos subalternos dentro del proceso histórico: sin una adecuada comprensión de esta función, el análisis de las formas en que se ejerce el poder resulta claramente insuficiente. Tercero, la noción gramsciana de hegemonía nos permite pensar en la articulación entre formas económicas, jurídicas y políticas de poder, por un lado, y las dinámicas de intercambio y conflicto cultural e ideológico, por otro.

Analizado hasta aquí el concepto de hegemonía veremos cómo genera diferencias en el campo de la Salud Mental mediante la división, la sectorización,

la reducción, la fragmentación, así como la simplificación de los conocimientos a través de las disciplinas académicas que a su vez son reglas generales partiendo de los lineamientos cartesianos y que llegan hasta nuestros días Galende (2008), conformando dicho Modelo médico biologicista, racionalista como dice Angelino y Rosato (2009), propio del proceso de desmanicomialización, del cual nos ocuparemos más adelante.

El paradigma de la ciencia clásica, el de la división parcelaria de los problemas y de los saberes, el del reduccionismo, ha empezado a desmoronarse en la medida que hoy surge y se difunde el nuevo paradigma, el de las ciencias de la Complejidad. En los últimos años, Morin (2007) hace referencia a que científicos y pensadores críticos, han tomado conciencia de que los fenómenos - en cualquier manifestación de la realidad, incluso en sus microdimensiones- y las relaciones entre ellos, son constitutivamente complejos y que dicha complejidad tiende a aumentar al integrarse en unas o en otras composiciones, al relacionarse unos con otros, generando nuevos niveles de realidad. Esos males de referencia se cristalizan tanto en la formación y en la vida profesional como en las intervenciones de los profesionales de la salud, con consecuencias de poda tecnológica y empobrecimiento de las prácticas, devenidas por estos efectos en quehaceres fuertemente deficitarios en sus componentes de isonomía y democraticidad. El viejo paradigma corresponde a un mundo estático, simple, determinista y ordenado. El nuevo Paradigma de la Complejidad, y por lo tanto transformador descubre en la naturaleza y la sociedad, entre los humanos y los demás seres vivos que proliferan los desórdenes, que a veces son origen de nuevos órdenes, todos ellos trenzados por fenómenos complejos en los que los determinismos lineales de causa efecto corresponden a limitaciones espacios-tiempos cortos, circunscriptos, estables y cerrados; es decir al margen de las situaciones determinadas, se multiplican los azares y atravesados por movilidades múltiples, abiertas al devenir. El viejo Paradigma, que llamaremos de la Simplicidad, legitimó el establecimiento de saberes fraccionados, apoyándose además, en la utilidad que se le brindaba a la industrialización en sus primeras

etapas con necesidad de especialistas, así como su expansión hasta los años 70 aproximadamente.

2. Acercándonos a la Salud Mental como campo de intervención.

Ardilla Gomez y Stolkiner (2012) interpelan al uso cientificista del término Salud Mental. Estas autoras lo discuten, oponiéndose a su ontologización y/o su generalización, pues de su enunciación confusa derivan aplicaciones y prácticas en el campo. "La producción de nociones, teorías y/o discursos es inherente a las prácticas sociales, sólo por razones metódicas es disociable de ellas". La complejidad u obstáculo epistemológico pareciera estar en "lo mental" cuando la propia noción de salud encubre profundos debates sobre la propia noción de salud que, incluso, implica la vulgaridad del concepto: "Hagamos más drástico el enunciado kantiano: no hay ciencia de la salud. Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente al alcance de todos (...). Hay una profunda imbricación entre el lenguaje *científico* y el *vulgar*, de modo que los términos de uno terminan circulando en el otro o metaforizando en los discursos de otras ramas científicas y formando parte de prácticas sociales diversas" (Stolkiner, 2013).

Además, estos autores nos recuerdan que las corrientes y tendencias del campo de la Salud como el Higienismo Mental, el enfoque técnico de Salud Pública y la Salud Comunitaria, entre otros, han sido propuestas políticas y técnicas por parte de complejas articulaciones entre el Estado, lo social y las políticas en salud que se han manifestado en el campo de la Salud Mental de manera particular (Canguilhem, 2004; Ardila Gomez & Stolkiner, 2012).

A pesar de los cuestionamientos al uso de esta nomenclatura del sistema de salud en tanto servicio-sector hospitalario, nos centraremos en introducir a la Salud Mental como campo y derecho universal humano que debe ser garantizado en la elaboración, implementación y desarrollo de Políticas Públicas desde el marco de Derechos Humanos.

Apoyándonos en la cita "es un campo bastante polisémico y plural en la medida que trata del estado mental de los sujetos y de las colectividades que, del mismo modo, son condiciones altamente complejas. Cualquier especie de categorización está acompañada del riesgo de un reduccionismo y de un aplastamiento de las posibilidades de la existencia humana y social" (Amarante, 2007, p. 21).

Y además en el artículo 3 de la Ley de Salud Mental Nº 26.657/10: 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.

3. Salud Mental, medicalización, desmanicomialización y paradigma positivista.

Uno de los males más graves de la Salud Mental, tanto en de la enseñanza de la Salud Mental en el nivel superior, así como las prácticas que de ella derivan, es el reduccionismo de corte dogmático. Consistente en la existencia de *escuelas* en el sentido de agrupamientos de personas creyentes abocadas a la tarea de su difusión y preservación, más que a su crítica, modificación, transformación y abarcamiento de la realidad social compleja.

Este problema guarda estrecha relación con otro de similares características: la tendencia al reduccionismo biologicista, postura que se conoce con el nombre de «medicalización de la Salud Mental» mencionada por Enrique Carpintero (2011) y Daniel Frankel (2008). Dogmatismo y medicalización tienen un tronco común: el borramiento de zonas válidas de la disciplina por efecto de convicciones parcializantes y hegemónicas. Por lo que usaremos el término «escolasticidad» para englobar también el sesgo medicalista. En palabras de Foucault (2008) es quien plantea que la enfermedad es en una época

determinada y en una sociedad aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado.

Enrique Carpintero (2011) menciona al término medicar como un acto médico. La medicalización refiere a factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las industrias de tecnología médica y farmacológica. La medicalización es un término usado para demostrar los efectos en la medicina de la mundialización capitalista. Las grandes industrias redefinen la salud humana acorde a una subjetividad sometida a los valores de la cultura dominante.

En el campo de la Salud Mental la medicalización a partir de la hegemonía ha adquirido una perspectiva neopositivista. En palabras de Galende (2015) la medicalización del sufrimiento mental de las personas hace que frente al malestar psíquico se lo acepte como enfermedad y se le demande atención médica y remedio. Tal estado de cosas, quizás tolerable o inocuo en distintas áreas del pensamiento, genera en el campo de la Salud Mental consecuencias dañosas en sus aplicaciones, quizás con peores efectos en el campo psico y sociopraxiológico, Galende (2008) menciona que se generan podas tecnológicas empobrecedoras, y hay un fuerte detrimento de la eficacia clínica, con la consecuente naturalización en el deterioro de la formación y deformación profesional en la Enseñanza Superior como en las prácticas del sector público y privado.

Entonces a la hora de conceptualizar a la Salud Mental encontramos claros terrenos de disputa entre las disciplinas llamadas tradicionales intervinientes: Psicología, Psicopatología, Psiquiatría, Trabajo Social, Sociología, Terapia Ocupacional, Psicopedagogía, Enfermería, entre otras, así como aquellas corrientes alternativas tales como Yoga, Teatro, espacios recreativos y lúdicos terapéuticos; visualizándose múltiples corrientes en pugna sin encontrar puntos de encuentro claros. Cuando se hace alusión al concepto, éste aparece simplemente, como categoría residual producto de la reflexión sobre la enfermedad mental y la cura. Refiere Arrué (2001) que no podemos

disponer de una ciencia de la Salud Mental, sino posiblemente una Psicología y Psicosociología de la enfermedad mental.

Lo antes dicho posiblemente encuentre fundamento en lo expuesto por Canguilhem cuando afirma que "definir un concepto significa formular un problema. Ahora bien, la formulación de un problema requiere la presencia simultánea y racionalmente organizada de cierta cantidad de otros conceptos que no son necesariamente aquellos que figuran en las teorías que habrán de traer un esbozo de solución" (Caguilhem, 1971, p.17).

El paradigma positivista también llamado hipotético-deductivo cuantitativo, empírico-analista racionalista, data en el siglo XIX y tiene como fundamento filosófico el Positivismo. La investigación positivista asume la existencia de una sola realidad; parte de supuestos tales como que el mundo tiene existencia propia independiente de quien lo estudia y que está regido por leyes, las cuales permiten explicar, predecir y controlar los fenómenos. (González Morales, 2003, p.127).

El positivismo formulado por Auguste Comte en el siglo XIX ha sido en gran parte superado. El positivismo que hablamos hoy presenta otros matices y diferencias. Algunos filósofos de la ciencia en el siglo XX han considerado a este autor como el primer sociólogo que propone aplicar un método positivo: la sociedad y el individuo tomados como objetos del conocimiento científico. Según Emiliano Galende (2015) surge la crítica hermenéutica a esta ciencia positiva donde sitúa en el centro del conocimiento al sujeto quedando afuera del conocimiento científico tal como lo plantea A. Comte. Sin duda, la cultura intelectual actual ya no es positivista, pero venimos de la cultura positivista y creemos en la realidad empírica de los hechos.

Con respecto al concepto de *desmanicomialización,* podemos decir que es una actitud, actitud que destruye muros y rejas, Cohen (1994) llegando hasta la transformación de las propias mentes construyendo una nueva cultura para "el diferente", y para que esto se pueda concretar la intervención debiera

ser comunitaria y sectorial. El profesional de la Salud Mental, centrado muchas veces en el modelo médico biologicista, se presenta tradicionalmente como una figura sobre la cual convergen las funciones de médico, juez y policía, (Galende, 1983). El discurso psiquiátrico bajo el lema de desmanicomializar, encubre prácticas asistenciales, individuales, biologicistas, positivistas, con una alta dosis de administración de psicofármacos y externación de las personas convertidas en pacientes sin seguimiento alguno y con alto grado de recidiva. Con la desmanicomialización se intenta así desplazar el eje ideológico-institucional centrado en el modelo hospital-enfermedad, hacia el modelo salud-persona-derechos humanos-comunidad. Todo esto contemplado, no en su totalidad, pero si en sus ejes troncales en la Ley de Salud Mental antes referida, donde en relación a las estructuras manicomiales se prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados.

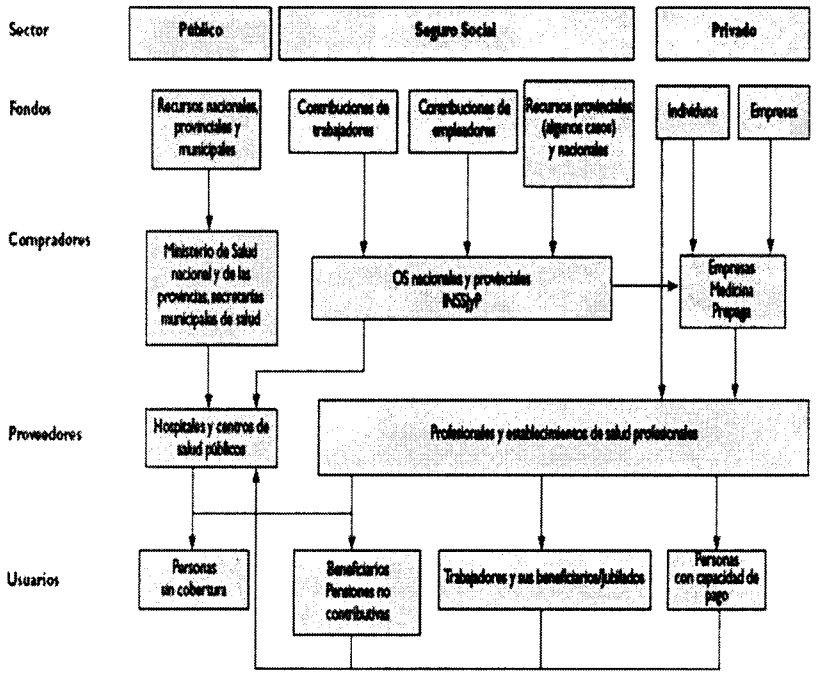
La idea de analizar este concepto, desmanicomialización, es apostar a traspasarlo a otras instituciones de carácter dogmático, y con altísimos componentes positivistas, donde la dialogicidad en todos los sentidos posibles, queda sin posibilidad de llevarse a cabo dado la normativa instituida, y el carácter antidemocrático de dichas instituciones, en tal caso podemos mencionar ciertos Servicios de Salud, la Universidad por mencionar algunos.

Vincent van Gogh chambre à coucher dans l'hôpital en Arles (1889)

Capítulo 2

1. El sistema de salud.

El sistema de salud en la Argentina se encuentra estructurado en torno a tres subsectores: el Estatal, en sus niveles nacional, provincial y municipal; el de Obras Sociales y el Privado. Dentro de este último se encuentran las empresas de medicina prepaga (seguros privados) y una compleja red de prestadores que son contratados por el subsistema de Obras Sociales. La heterogeneidad (Testa, 1997) en las normas particulares para cada organización, en la captación de recursos, en las formas de utilización y en los derechos reconocidos a la población a cargo, es parte de la estructura para plantearnos.



OS: Obras sociales, INSSJyP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

Siendo el sector estatal de acceso universal pero atiende prioritariamente alrededor de un 35% de la población del país que sólo cuenta con su cobertura, aunque el 40% de sus usuarios tiene cobertura de otro tipo. Las empresas de medicina prepaga cubren el 10% de la población y el resto tiene cobertura de Obra Social (55%). Existe una parte de la población que cuenta con doble cobertura y una parte de los cubiertos por Obras Sociales acceden al sistema de seguros privados pagando un extra a partir de la reforma de los años 90

(Stolkiner, 2011). Debido a que la motivación de esta investigación es el abordaje del subsistema público de salud, se profundizará en los diferentes apartados, en una descripción, contextualización e historización más detallada de dicho subsector.

Podemos mencionar que no fue el avance de la medicina constituyéndose desde su propia especificidad, sino el surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, lo que impulsó la incorporación del Estado a las cuestiones de Salud. La intervención del Estado en la Salud fue impulsada por las epidemias y catástrofes tanto naturales -sequías, inundaciones, terremotos-, como humanas - guerras, revoluciones, etc-. Es en Argentina que los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas.

Por lo tanto el progreso técnico de la medicina facilita pero no garantiza, de por sí, la calidad de la salud de la población. Más aún, pueden coexistir y de hecho coexisten mercados de salud muy desarrollados con alta especificidad de tecnología médica y resultados de salud en la población general relativamente deficitarios.

En principio las acciones de Estado se orientaban más a cuidar la salud, ahora bien, en el Estado moderno las acciones se inclinan más hacia curar la enfermedad y sofocar los sufrimientos tanto físicos como de orden psíquico. La historia de la Salud Pública muestra que los modelos centrados en la curación son relativamente recientes. El Estado tradicional centraba su intervención en salud y en aspectos preventivos, especialmente en la regulación del medio ambiente y los estilos de vida. En un primer momento la función del Estado en salud fue policíaca. Aquel modelo higienista de intervención del Estado estaba más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. En el siglo pasado grandes sanitaristas, como lo fue Oswaldo Cruz en Brasil (Azevedo, 2010), formaban brigadas que perseguían a los habitantes para vacunarlos hasta en contra de sus voluntades. El primer rol del Estado con

relación a la salud ha sido con funciones de control más que de proveedor, financiador y regulador del mercado de salud.

En la Argentina, hasta 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como área de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio.

Los esfuerzos para disminuir la inequidad en salud se han focalizado en el acceso a los servicios. Es decir, se han preocupado para que hubiera la misma cantidad y la misma calidad de servicios de salud para todos y cada uno de los habitantes. La lucha contra las inequidades constituye el mayor desafío de todos los sistemas de salud.

La política de salud es un ámbito privilegiado para alcanzar la equidad porque es uno de los instrumentos más poderosos para corregir las desigualdades en la distribución de la renta que genera el mercado. Además, en un orden mundial en el cual aumenta la exclusión, la búsqueda de la equidad en salud es fundamental porque los excluidos de la producción y el consumo son mucho más vulnerables al proceso de enfermedad y muerte que quienes están integrados al mercado. Pero un sistema de salud equitativo no alcanza para resolver problemas de equidad anteriores a la asistencia médica tal como la falta de agua potable y saneamiento, de vivienda adecuada, de educación y alimentación, por mencionar algunos. Aun en sistemas de salud equitativos los resultados de salud tienden a mantener las desigualdades sociales que se corresponden con la sociedad.

El sector Salud es uno de los más potentes dentro los sectores sociales para disminuir fácilmente los determinantes sociales que hace que las enfermedades sean más frecuentes en las personas en situación de vulnerabilidad que en el resto. Si los servicios funcionan mejor, si aumentan su efectividad con fármacos esenciales y atenciones programadas desde el

embarazo hasta la hipertensión, la diabetes, o procesos traumáticos de los ciclos vitales, las personas en situación de vulnerabilidad pueden disminuir notablemente las consecuencias sociales que parecieran naturalizadas.

La igualdad en el acceso a los servicios de salud es condición necesaria pero no suficiente para alcanzar la equidad. La desigualdad es identificada como obstáculo para el crecimiento económico. Las sociedades de mayor crecimiento en el mundo actual son las que han logrado una mayor equidad dentro de ellas. Distribuir salud, educación, ingresos y alimentos, es el corazón de una política de Estado que intenta disminuir las injusticias que crea el Mercado.

El dogma del Mercado como único motor de las sociedades ha fracasado. En nuestro país ese fracaso representa una enorme deuda social y sanitaria acumulada.

Las características particulares del bien a proteger (la salud) requieren una activa participación del Estado para establecer normas de equidad en la distribución y el acceso.

El papel del Estado resulta primordial en la protección de un derecho como la salud, y no sólo por las características sociales sino también por las particulares fallas a las que se encontraría sometido el sistema en caso de estar librado a las leyes habituales del mercado.

En la Argentina el papel de rectoría en términos de política sanitaria nacional es ejercido por el Ministerio de Salud y Ambiente, que se interrelaciona con los respectivos ministerios provinciales en el marco del COFESA.

Todos los países tienen una agencia nacional de salud (ministerio, secretaría, etc.), cuya responsabilidad esencial es la rectoría, la cual puede resumirse como el trazado de los grandes lineamientos de la política sanitaria, en términos de prevención de enfermedades, planeamiento y formación de recursos

humanos, condiciones de gestión de los establecimientos de salud, control de enfermedades transmisibles, control de alimentos y productos farmacéuticos.

Algunas de las actividades de regulación y control son ejercidas, además de por el ministerio, por organismos con distintos grados de descentralización que dependen de él, como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

2. Recorriendo la Salud Mental en Mar del Plata.

Tomando en cuenta que la conceptualización histórica de la Psicopatología, proveniente del campo semántico de la Psicología y Biología (Medicina), que se encuentran atravesando, desde hace tiempo, una crisis epistemológica, y en particular nos referimos a la psiquiatría positivista, a la luz del conocimiento científico actual que ubica al *sufrimiento mental* como un fenómeno complejo en el cual intervienen diferentes variables y le otorgan un carácter inter y transdisciplinario. Su utilización, y reconocimiento performativo, se restringe a la descripción de los hechos psíquicos excluyendo tanto a la persona que los padece como al entorno que interviene en su producción, así como el lenguaje que lo constituye. Por otra parte, la Higiene Mental, se corresponde con el modelo higienista de principios del siglo XX en su carácter preventivo y psico educativo, partiendo de nociones en desuso como las de la degeneración sostenidas por los alienistas franceses de fines del siglo XIX, por ejemplo. El Higienismo fue una poderosa corriente de pensamiento dentro de la Medicina y Pedagogía. En el mismo confluye una preocupación genérica por la salud pública y el intento de explicar el origen y mecanismos de determinadas enfermedades endémicas y epidémicas.

La comuna de Mar del Plata no se encuentra ajena a este derrotero histórico-político. Mar del Plata se encarga de brindar la asistencia sanitaria esencial con la tecnología disponible, en manos de equipos de profesionales

calificados, para poner al alcance de todos servicios básicos a un costo que el gobierno local y el país pueden soportar. La atención primaria de la salud forma parte del Sistema Nacional de Salud y se ofrece en 32 CAPS situados en distintos barrios de la ciudad.

Entendiendo que la actividad profesional de los equipos de Salud Mental en instituciones públicas a nivel municipal en la ciudad de Mar del Plata, están en directa influencia sobre las concepciones teóricas, factores políticos y económicos sobre la misma. Así es que lo que sucede en la realidad es un deterioro de la Salud Pública de los últimos 50 años. Esto ha llevado a la medicalización y manicomialización del padecimiento subjetivo.

Los Caps en la ciudad de Mar del Plata trabajan en diversas tareas tales como asistencia, prevención y promoción; específicamente ese es el orden de demanda y posterior atención en la que generan sus intervenciones. Este es uno de los problemas que detentan las intervenciones en lo social a nivel local, que la asistencia sobrepasa la promo-prevención. La agenda diaria de trabajo tiene que ver con estos tres ejes: asistencial, prevención y promoción de la salud. Por ello hay una predominancia hegemónica, una idea hegemónica.

Dentro de este marco, considerando que los centros de atención primaria de la salud son un componente fundamental para implementar la estrategia de atención primaria y el modelo del Plan Federal de Salud 2010-2016(1) y asumiendo que las mejoras en el área contribuyen a disminuir las inequidades en salud.

Según los dichos de una Trabajadora Social que hace 15 años que trabaja en Caps de Gral Pueyrredón, en Atención Primaria de Salud y habiendo sido directora de los mismos. Por lo tanto, podemos comentar que no es lo mismo el trabajo cotidiano en asistencia, el control de salud que el estado de enfermedad.

(1) Consejo Federal de Salud, Plan Federal de Salud 2010-2016. Capítulo 6: Modelos para el Desarrollo Institucional. Ministerio de Salud de la Nación

Se ha complejizado mucho la asistencia de Salud. Han crecido en forma exponencial las enfermedades crónicas no transmisibles por ejemplo, hipertensión, cardiopatías, entre otras. Y desde el 2005 se hay desarrollado innumerables Programas, que hoy día no están en vigencia en su mayoría en el Partido de Gral Pueyrredón. Dado la masiva concurrencia a los Programas, estadísticamente se van descubriendo distintas enfermedades, por ejemplo el Programa de Desarrollo Infantil, al concurrir niños/as al mismo se pueden detectar padre/madre o personas a cargo con cardiopatías. Y así ocurren hallazgos de problemas de salud no esperados, en algún momento esto se acompañó desde las autoridades con el ingreso del doble de personal de salud, por ejemplo Trabajadores Sociales; lo mismo ocurrió con Pediatras y Médicos Generalistas. En el caso de los Enfermeros, hay ingreso en forma permanente. Dado que se jubila uno e ingresa otro; no así con los otros profesionales. En la actualidad ha ocurrido que se han jubilando de oficio, los concursos de ingreso se preparan pero no ingresa otro profesional. La mayor movilidad se ve en los pediatras, porque se ha registrado que generalmente tienen otra especialidad, por ejemplo ocurre que los profesionales son pediatra y dermatólogo, o bien están en la actividad privada. El sueldo en relación a hace algunos años atrás bajó mucho y eso también influye. Hay mucha gente convencida que trabajar en estos lugares es un aporte a la Salud Pública. Pero a partir de la atención por la introducción de Programas de Salud la atención ha aumentado y a su vez se ha complejizado.

En todos los Caps funcionan todos Programas en forma simultánea y eso está bien ya que eso genera una descentralización de la atención. Salvo en casos muy puntuales que viene de la mano de la capacidad de algún profesional que además se dedica a algo muy específico; por ejemplo en el Newbery hay un médico que trabaja un Programa Nacional con personas del colectivo trans-travesti, sobre las inequidades en salud por temas de género. O por ejemplo no todos los centros de salud trabajan la interrupción legal del embarazo, se trabaja en red, con todo programado. En general los centros tienen sus particularidades, algunos hacen reuniones de equipo con ateneos, otros trabajan por activación de

problemáticas. Se trata de trabajar en equipo interdisciplinar, sino se trabaja con quién tiene disposición y con quién puede. La modalidad es flexible, y no es ideal, no hay un modelo teórico a seguir. A veces se activan unos profesionales y a veces otros. La forma de intervención en equipo en la mayoría de las instituciones de salud de la ciudad de Mar del Plata es conocerse y generar la confianza para poder trabajar, y los Trabajadores Sociales son profesionales de mucha flexibilidad, de mucha de historia profesional con intervenciones sociales.

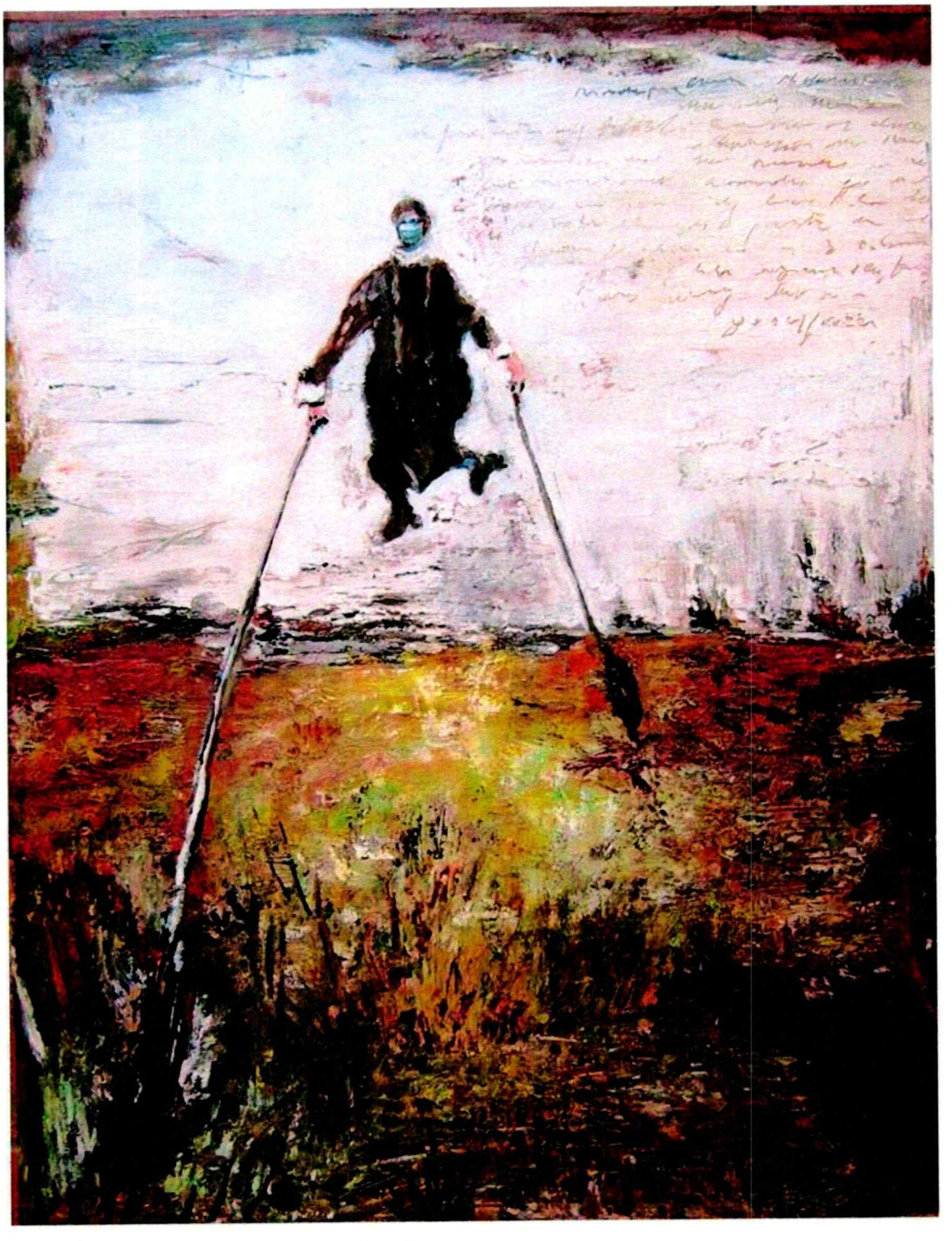
La elección de la institución a analizar respondió al acuerdo de la misma a ser parte de esta investigación, previo contacto con informantes claves que nos ofrecieron un panorama general sobre los posibles establecimientos a relevar; y un primer contacto con los mismos antes de la presentación del Plan de Trabajo.

Ahora bien, ¿cómo se replican los fundamentos teóricos antes mencionados en el seno de las instituciones de Salud Pública, más específicamente en el Caps Jorge Newbery de la ciudad de Mar del Plata? Observamos que tal perspectiva se puede expresar en algunas de estas formas:

1.- en Programas de Salud ampliada y generalista que presentan rasgos híbridos por la convivencia de nuevos y viejos enfoques o perspectivas.

2.- mediante iniciativas y enfoques o bien centrados en elecciones reduccionistas de parcialidades teóricas o bien promotores del pensamiento crítico por parte de los profesionales dentro de las teorías de salud mental vigentes;

3.- mediante el sostenimiento de algunos discursos positivistas correspondientes a modelos paradigmáticos frente a la aparición de sesgos del Modelo Transformador.

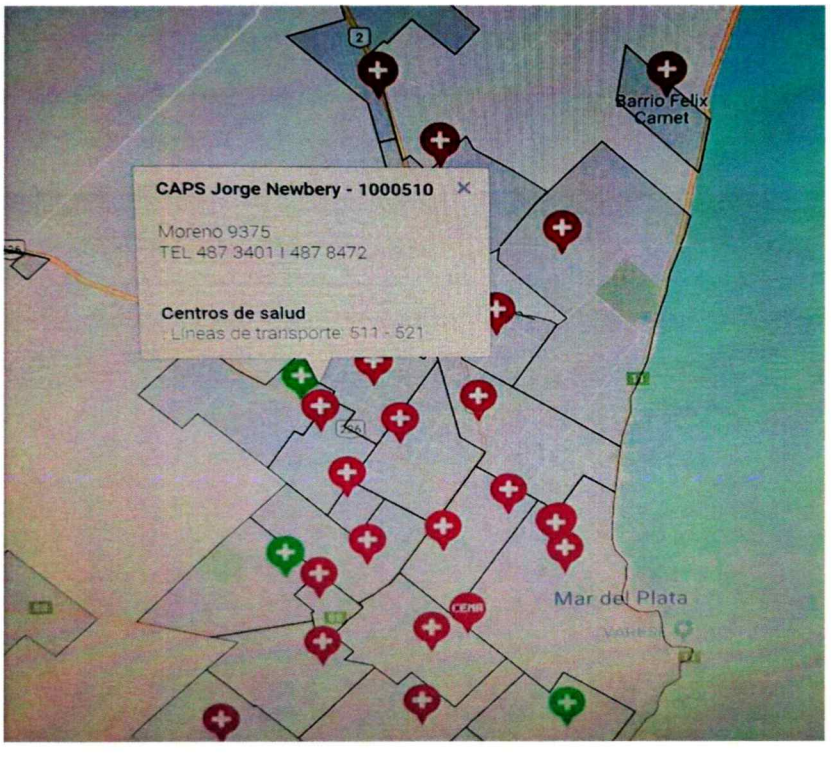


Josef Förster, 1930. Sufrimiento en el encierro.

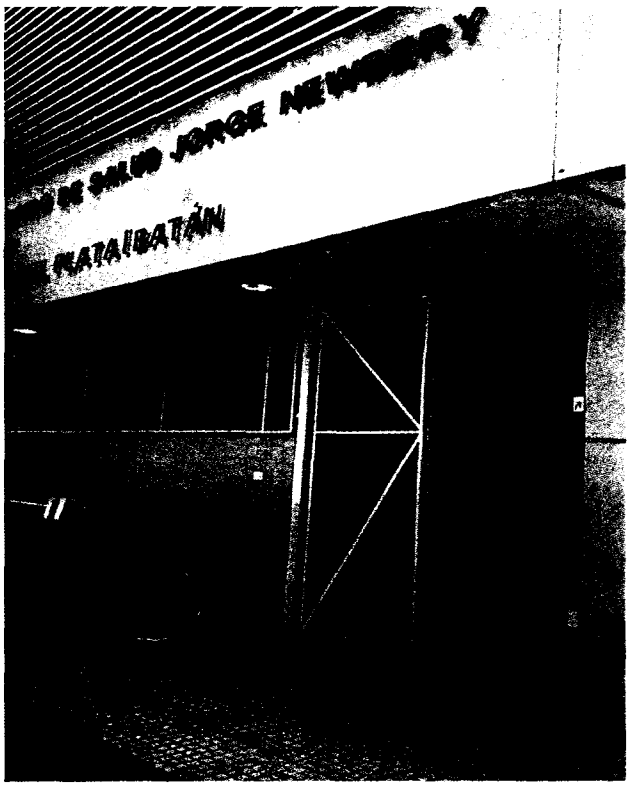
Capítulo 3

1. El Caps Jorge Newbery. La hegemonía desde dentro.

El Caps -Centro de Atención Primaria de la Salud- Jorge Newbery se encuentra emplazado en el barrio de igual denominación, en la calle Moreno al 9300 entre las calles Portugal y República Árabe Siria a una cuadra de la plaza Jorge Newbery. Sus horarios de atención al público son de lunes a viernes de 7 am a 17.30 hs pm, permaneciendo cerrado los fines de semana. Se encuentra dentro de una zona espaciosa y con significativa circulación de vehículos y personas a lo largo de todo el año, según informaciones recabadas. El referido Centro de Salud fue ampliado y remodelado en el año 2014, quedando en la actualidad *con una superficie que alcanza los 400 metros cuadrados, dicha ampliación generó nuevos espacios, tanto de pediatría como de enfermería, además de un Sum (salón de usos múltiples) y área de Salud Mental.* Cabe referenciar que el barrio homónimo es uno de los más extensos de Mar del Plata, en el partido de Gral. Pueyrredón, ubicado en la zona oeste de la ciudad, que los últimos años ha recibido innumerable cantidad de personas migrantes.



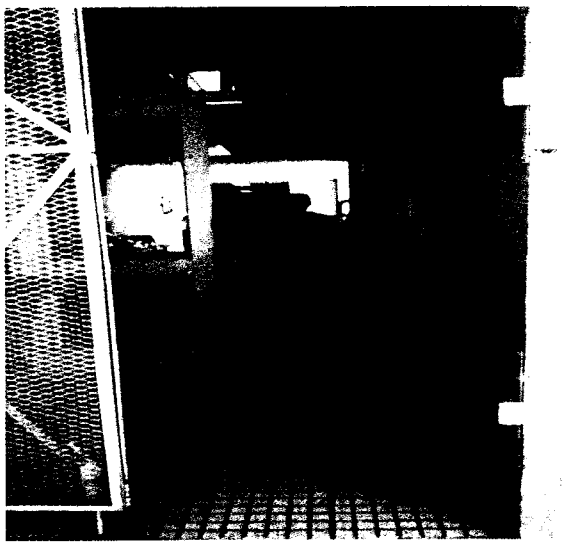
En el barrio de referencia se concentran en 220 manzanas más de 15.000 personas y sigue en permanente crecimiento. En el barrio viven familias desde hace varias generaciones y otras que cada vez más, se van instalando, muchas de la mano de familias residentes, a través de nuevos asentamientos, con grupos familiares que se mudan desde otros barrios y otros que vuelven habiéndose mudado y vuelto a mudar en varias oportunidades, tal es el caso de los vecinos del lindero barrio Libertad, o bien del barrio 9 de Julio, según las información suministrada por el mismo centro de salud.



En todas las oportunidades que visitamos el Caps de referencia, pudimos observar en la cuadra donde se encuentra ubicado, situado en la mitad de la misma, a lo largo y durante toda la mañana, un número significativos de autos estacionados en forma desprolija y casi sin respetar las normativas de tránsito vigentes. Esta situación la podríamos pensar como, no sólo por la gran cantidad de profesionales que trabajan en el mismo en ambos turnos ya que el número asciende a 35, así como la gran cantidad de usuarios del sistema de salud que ofrece; sino también nos pinta un paisaje de familiaridad y despreocupación que

genera una distinción peculiar en la zona. A partir de esta observación podemos inferir que las personas estacionan como "*en casa*", en forma *descontracturada*, denominador común que volvemos a encontrar traspasando la puerta del mismo, en cuanto a la familiaridad del trato y el entorno.

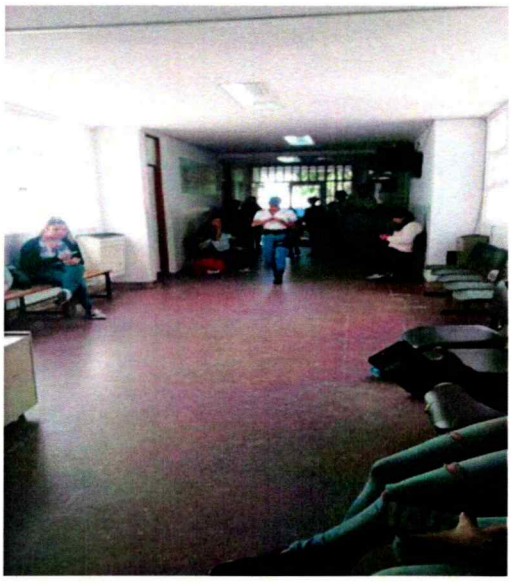
Desde la vereda se puede observar, en el acceso de entrada, un lugar cubierto con una gran cantidad de rejas pintadas de color blanco, tanto en el portón de dos hojas, como en las pequeñas ventanillas ubicadas a lo largo de la institución en el frente, y a una considerable altura, que las personas de estatura estándar, no pueden ver qué ocurre dentro. El ingreso desemboca en un hall recibidor que generalmente permanece vacío, y nos enfrenta con la segunda puerta de entrada también de doble hoja, ésta ya sin rejas. Al traspasar la segunda puerta nos encontramos generalmente con un ambiente relajado, cómodo, amplio y familiar. Donde la policía comunal, que hace las veces de seguridad en la institución y de personal informante de los primeros requerimientos del ingresante novato, poniendo otros tiempos en vigilar la puerta de ingreso como es habitual en otros Centros de la región, generalmente no se encuentra en la recepción ni entrada al Sum, sino que en varias oportunidades se la vio caminando o interactuando con un teléfono celular, o bien intercambiando información y relatos con los usuarios, en la parte posterior del salón, destacando el trato afable con los actores sociales del Centro.



Según los dichos de los profesionales, *"la Newbery"* refiriéndose amigablemente al Caps referenciado, es un dispositivo que tuvo su auge hace 15 años atrás, donde ingresaron en su planta nuevos profesionales con una mirada transformadora especialmente en el campo de la Salud Mental, tales como psicólogos Lic. Sullivan, Lic. Nancy Gonzalez y Trabajadores Sociales, conformándose un equipo de Salud Mental de lógica interdisciplinar. En la época del intendente Elio Aprile se encontraba en la institución el Lic Alfredo Stazzone en gestión, luego concursó Lic. Susana Rodríguez, y luego Santiago Gonzalez, todos psicólogos, marcando un rumbo en esta lógica referida.

Según los datos referidos por la Terapista Ocupacional del Centro de Salud referenciado, el antecedente de este modelo de intervención fue fundado por el Médico Galé, un psiquiatra de especialidad en intervenciones materno-infantiles en Hiemi (Hospital Interzonal especializado materno infantil), con fuerte impronta psicoanalítica, construyendo un Departamento Interdisciplinario, con Terapistas Ocupacionales, Trabajadores Sociales, también Psicólogos y Fonoaudiólogos. Con el objetivo de la atención temprana infantil domiciliaria, con fuertes intervenciones comunitarias. Salían a la comunidad, tal como marca la experiencia desmanicomializadora y transformadora de Río Negro en manos de los Psiquiatras Cohen y Natella (2007); ahora bien este tipo de intervención, comenta la entrevistada, se corta abruptamente durante la dictadura militar, se suspenden los cargos y no se realizan más domicilios. En los 90 asume una Jefa de Departamento que decide que la gente del Hiemi de referencia, vaya a los Centros de Salud, Caps, estos profesionales eran Terapistas Ocupacionales que fueron al barrio Las Heras, comenzando a realizar sus intervenciones en primer lugar con los profesionales psicólogos, en esta nueva forma de atención-intervención cuidado de la salud. Así comenzaron a transformar ciertas prácticas individualistas con lógicas reduccionistas biologicistas en un trabajo de equipo interdisciplinario de miradas transformadoras en Salud Mental, trabajando con el Otro que irrumpe (Carballeda, 2013), en este caso los profesionales de la Psicología con fuerte lógica sesgada desde por ejemplo la teoría psicoanalítica, generando una tensión en este sentido por ser una práctica tradicional y ortodoxa

en la ciudad contrastando con la necesidad colectiva de intervenciones comunitarias.



Siguiendo con el recorrido del Caps Newbery por dentro, a partir de la referida puerta de ingreso al Caps, comenzando desde el lado izquierdo, vemos otro salón, de dimensiones más reducidas, que es sede de la administración, donde se encuentra el personal de coordinación y secretaría, las personas que allí trabajan tienen como tarea la organización general del Caps, pero fundamentalmente el otorgamiento de los turnos, ya que es norma interna que los usuarios de los servicios de salud ofrecidos no deben ser atendidos por demanda espontánea sino a través de turnos programados, cuestión que puede ser observada entre algunas disciplinas de la institución, pero que en reiteradas oportunidades no se respeta, ni por parte de los profesionales ni los usuarios del servicio. Cabe señalar que hemos tratado de entrevistarnos en varias oportunidades con el personal administrativo, pero todas las veces recibimos una respuesta negativa por falta de tiempo o disponibilidad, hasta que en la última oportunidad nos fue informado que la persona en cuestión se encontraba de licencia médica.

El Sum central es un salón de medianas dimensiones, de forma rectangular, con bastante iluminación tanto de una de las ventanas que comunica al patio interno, como la luz que proviene de la entrada. El salón correspondiente a la Secretaría se encuentra con gente en permanente circulación y actividades tales como el llenado de planillas, o bien el uso de computadoras. En el espacio referido se observa movimientos de profesionales y no profesionales de entrada y salida, siendo tal vez el lugar de mayor circulación de personas de toda la institución. Ya que este salón es visitado por los profesionales de las diversas disciplinas, en forma periódica para chequear los turnos, derivaciones y qué personas deben atenderse entre otras actividades.

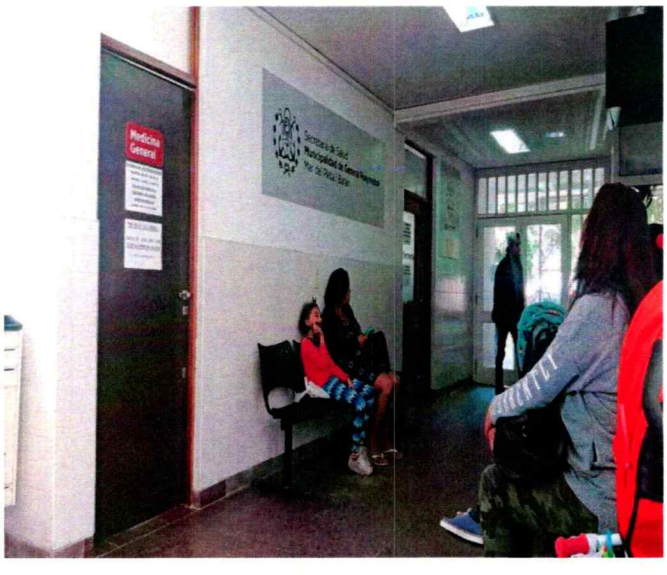
Inmediatamente seguido de la puerta de entrada se encuentra una ventanilla por la cual se realiza la atención al público, pero es llamativo que muy pocos usuarios paran allí, en general pareciera que cada uno que entra sabe a dónde tiene que dirigirse. En el mostrador del mismo, en el sector derecho, se encuentran folletos sobre algunos de los *Programas de Salud* que funcionan en el Centro de referencia, en especial de Salud Reproductiva, además de un dispenser para servirse en forma gratuita de preservativos y folletos explicativos a ese respecto, a su lado otra caja con un cartel que reza: *gel íntimo*, y otra más forrada de forma colorida con una ranura en su parte superior y otro cartel que pide *sugerencias* para temas de realización de talleres comunitarios. Cabe señalar que en todas las oportunidades que estuvimos circulando por el Sum referenciado o bien realizando las observaciones pertinentes, en ninguno de los casos se pudo

observar ninguna persona o bien acercándose a dicho lugar o bien tomando algún folleto explicativo.

Es un punto a tener en cuenta que temas de tamaña relevancia en la salud colectiva como lo es tanto la salud reproductiva, o bien las sugerencias para intervenciones comunitarias para la realización de talleres relacionados con las problemáticas que involucran a los actores sociales, se encuentren en un rincón del mostrador, como olvidados del circuito cotidiano, parece un mandato institucional cumplido pero descuidados hasta por la misma endo-comunidad institucional. *"Los preservativos son entregados por el médico generalista, la gente de la comunidad no tiene el hábito de tomarlos por cuenta propia"* fue el comentario de algunos de los profesionales entrevistados. No podemos dejar de interpelarnos acerca de la tensión sobre la posibilidad de autogestión sobre la salud y por otro lado la habituación de necesitar que un médico, los administre.

Siguiendo la recorrida, frente a la administración, se encuentra el sector de *Enfermería*, en el cual se observa una circulación constante de actores de la institución. Se observa en forma frecuente una permanencia de fila de personas esperando ser atendidas por las dos profesionales enfermeras que allí se encuentran por lo general, que abren sucesivamente la puerta del salón de referencia, en un llamativo ángulo de 45°, y desde allí se pregunta qué necesita la o las personas que siguen en la fila, para su posterior distribución.

También pudimos registrar un flujo permanente de los demás profesionales a la Enfermería, pidiendo vacunas e inyecciones, entre otras intervenciones, para usuarios que están atendiendo o eventuales derivaciones. Se encuentra al lado del consultorio de Medicina General lo que lo hace



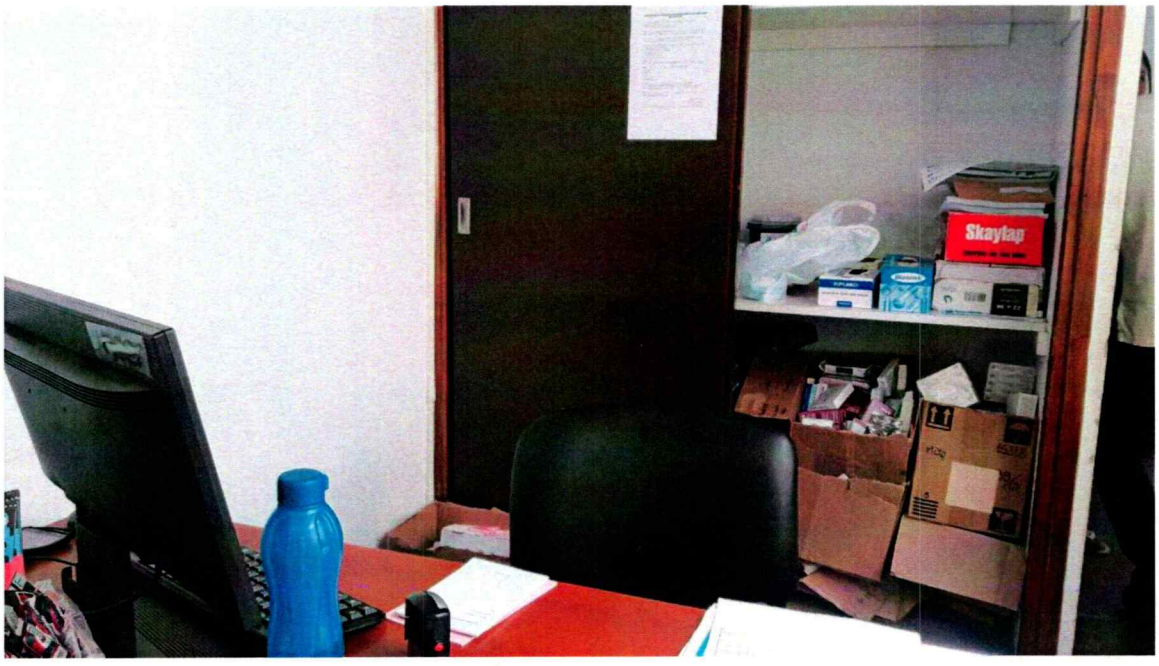
más accesible a la demanda permanente de profesionales, usuarios y administrativos. Un comentario recurrente entre las profesionales de enfermería entrevistadas fue que la gente concurre en la situación de agudo del problema, costándole sobremanera la prevención del mismo. Comentan además que es una comunidad particular, y las problemáticas de violencia de género han ido aumentando a lo largo del tiempo, así como el consumo problemático de sustancias en especial del alcohol y el auto-lacerarse (cutting) de las personas en situación de adolescencia.

A partir de la observación y entrevistas pudimos inferir que el espacio referenciado es una zona de poca intimidad, contrariamente a lo que podría esperarse, dado que se atienden algunas situaciones de urgencia o bien aplicaciones de inyecciones y alguna de las veces la puerta permanece abierta. Según los dichos de las enfermeras entrevistadas, ellas están *"para todo y para todos, todo el tiempo"*. Los usuarios del servicio en particular no parecen registrar molestias en la adecuación a la lógica puertas abiertas. Una de las enfermeras al momento de la entrevista se encontraba en situación previa a la jubilación, comentando que sentía que este lugar era *"su vida y su segundo hogar"*. Se pudo observar que tanto el estilo de intervención del lugar referenciado así como las prácticas institucionales dependen en gran medida del estilo personal y su representación de las intervenciones en salud que de ella emanan, más allá de los Programas que las enmarcan a aplicar.

Siguiendo con el trayecto espacial del Caps nos encontramos luego, con el desarrollo ambiental del Sum general, una gran *sala de espera* bien luminosa, de grandes dimensiones y forma rectangular. Amoblada con sillas de metal con asientos y respaldares acolchados unidas por las patas, pocas, cuatro por línea, a ambos lados, donde siempre hay un número reducido de personas tanto sentadas como paradas a su alrededor, además de carros de bebés y niños distribuidos casualmente por aquí y por allá, a veces entorpeciendo la circulación del Sum. Estas personas esperan ser atendidas por alguno de los tres médicos

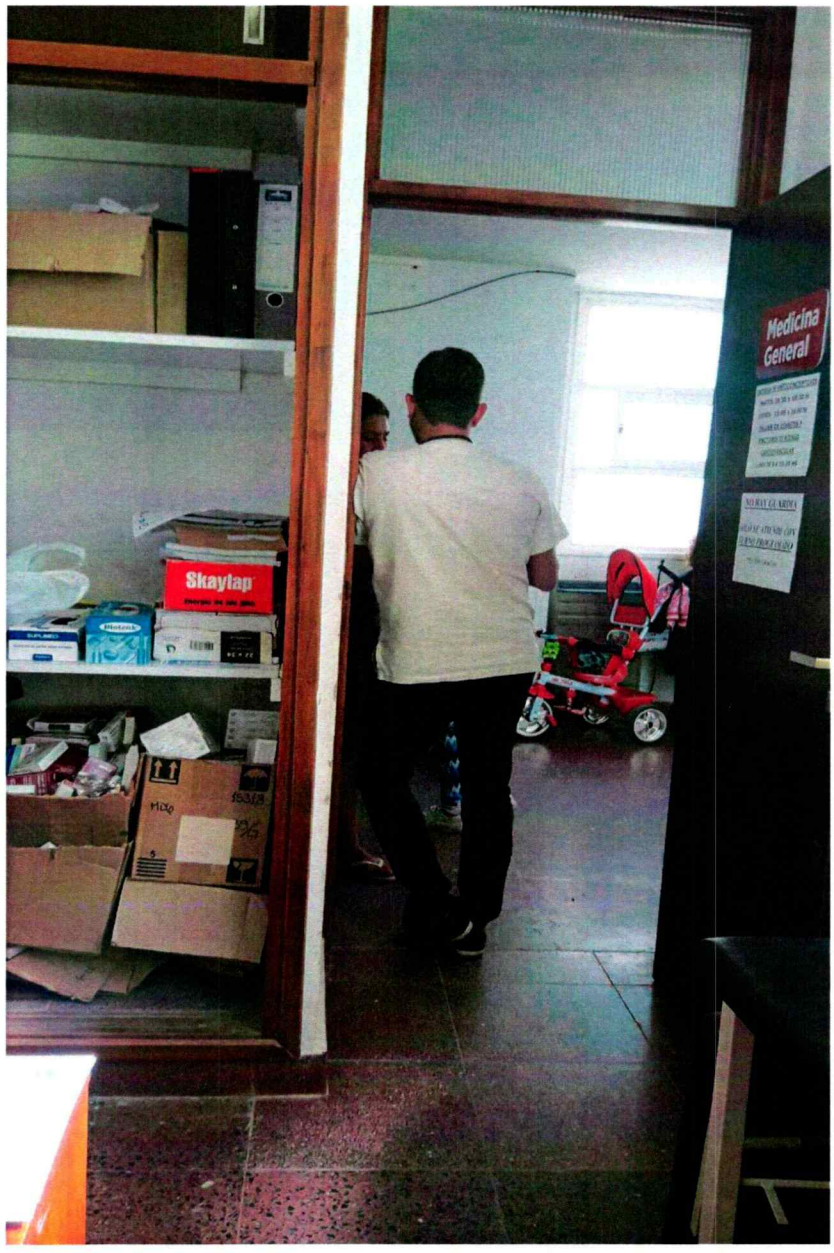
generalistas, que se turnan según los días de la semana, según sus agendas personales.

Además se puede observar en el suelo de baldosas, juguetes de plástico, algunos bastante deteriorados, decolorados por el paso del tiempo y de manitos de niños/niñas que los siguen y siguen tocando. Los y las médicos y médicas generalistas sostienen un discurso contra-hegemónico tanto en la intervención-atención de sus *pacientes* –término que pone en tensión el modelo referido desde su etimología: (s. XV) del latín *patiens*, *patientis*, participio presente de *pati* 'sufrir, aguantar'-, durante las entrevistas realizadas para la presente investigación. Son profesionales que se los observa con variadas ocupaciones en forma simultánea, atendiendo a personas dentro del consultorio y mientras la puerta del mismo permanece abierta se atiende a aquellos que se asoman por diversas preguntas y requerimientos.



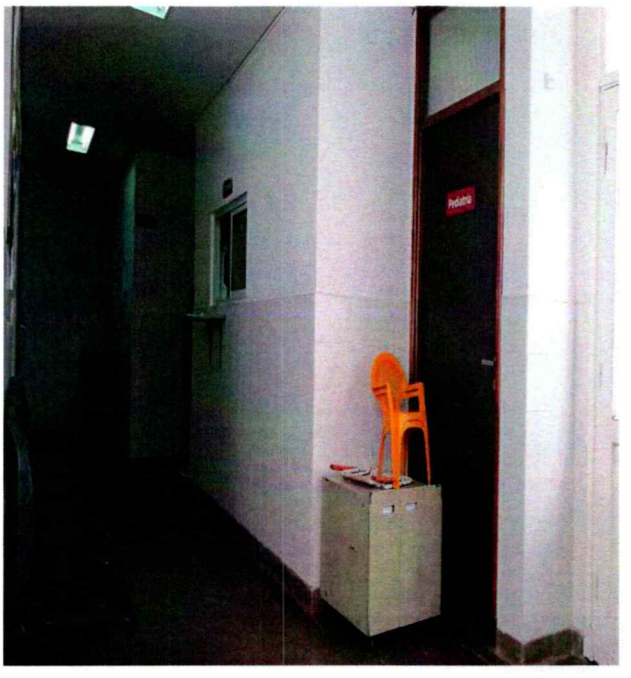
Hace las veces de espacio distribuidor y derivador de usuarios desde la planta baja hacia los distintos-otros sectores de la institución, o bien hacia la planta alta, que luego analizaremos. En la puerta de una sola hoja del pequeño consultorio, observamos algunos otros carteles que nos indican: *"NO HAY*

GUARDIA. Solo se atiende con turno programado, muchas gracias", otro que nos invita a leer: *"ENTREGA DE ANTICONCEPTIVOS. MARTES de 8.30 a 10.30 hs. JUEVES de 15 a 16 hs.* Este último cartel nos vuelve a invitar en la generación de otra reflexión casi del orden del sentido común: ¿qué pasa con el resto de los días? o bien ¿qué pasa con la gente que trabaja en esos horarios? Otro cartel reza: "*TALLER DE DIABETES Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. Lunes de 9 a 10.30 hs".* Y otro pequeño cartel más: *"Solo se entregan métodos anticonceptivos los MARTES, hasta el 22/3. Disculpen!".* Como si este tema se pudiera disculpar.



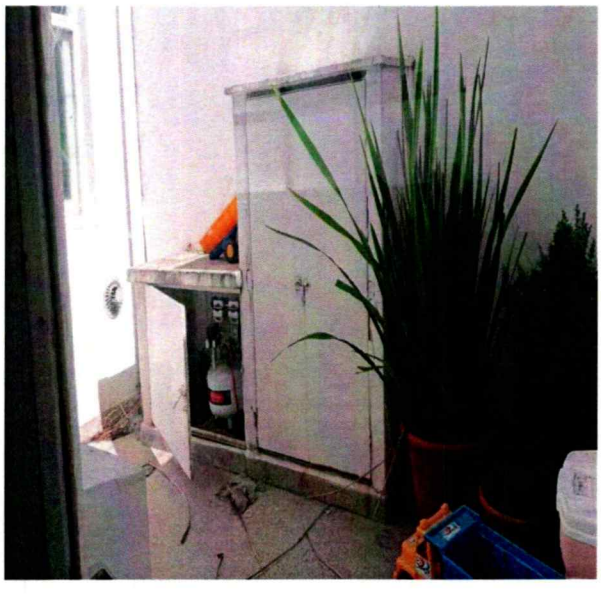
Es interesante poder encontrarnos con las tensiones entre los diversos interjuegos vinculares desde la teoría, los discursos y las prácticas que de ella derivan. Desde la imposibilidad de atención permanente con respecto a la psico-educación que los usuarios reciben al ser parte del Programa de Salud Reproductiva, y tal vez de otros Programas también, por un lado hay preservativos libres en el mostrador por otro hay estrictos días y horario para su entrega. Por un lado se realizan controles lo más exhaustivos posibles de turnos y se destina un salón y personal para ello, y por otro lado se atiende demanda espontánea. Por un lado se trabaja en forma comunitaria con temas y conflictos que involucren las necesidades y motivaciones de los actores sociales y por otro lado se centraliza la derivación en la medicina generalista con el eje en la figura del médico como dador hegemónico de salud (en este caso reproductiva, o de control de diabetes, entre otros).

Continuando con la recorrida, al fondo del salón, del lado derecho nos encontramos con otro consultorio con un cartel de *Pediatría*, pero la particularidad del mismo es que se encuentra obstaculizada con una gran caja metálica y encima de ella una sillita infantil de plástico, lo que nos hace suponer que es un espacio que se encuentra clausurado o en desuso.

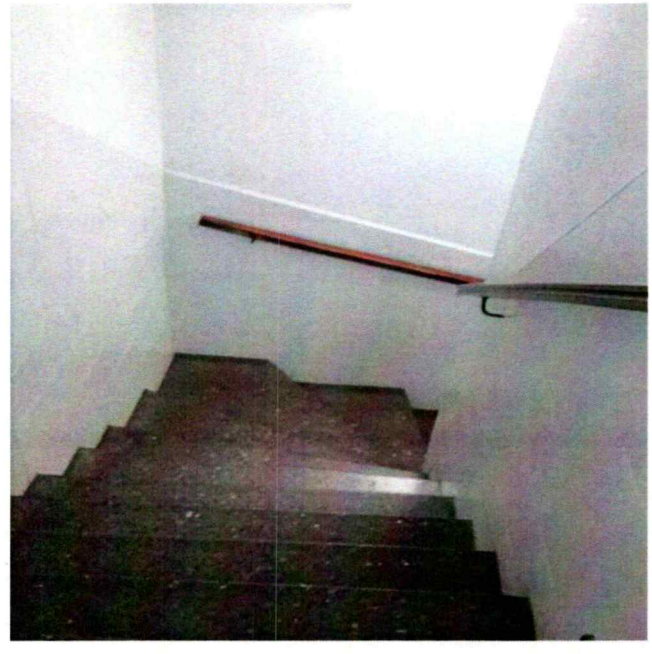


Resultó complicado por cuestiones de horarios y turnos poder acceder a un espacio de entrevista con la profesional a cargo del área de *Pediatría*, siendo compleja la relación con los profesionales de las disciplinas que atienden en planta baja, según los discursos de las entrevistas. A continuación se encuentra una ventanilla con vidrios, que permanece abierta y generalmente desocupada con un cartel que dice: *Farmacia*. Eventualmente se dirigen usuarios del servicio con recetas en sus manos y retiran de allí fármacos, observándose gente parada esperando ser atendida. En frente, otra puerta con otro consultorio de pediatría que se encuentra en actividad.

Además, es de destacar que frente al consultorio de Medicina General se encuentra un pequeño *patio descubierto*, cuyo acceso permanece cerrado con llave, con algunos objetos en desuso, plantas medio descuidadas por el paso del tiempo estacional, y otros juguetes ya rotos o en completo abandono. Se ve un lugar en sin uso aparente, más que el de acumular objetos y desaprovechado.



2. El corazón de *la Newbery* está arriba.



A la *planta alta* se accede por una empinada escalera que está ubicada a continuación del sector de la administración, que se divide en dos tramos. Pudimos observar que no es un tramo accesible para personas en situación de discapacidad, personas mayores, o bien personas con carros infantiles y/o mujeres embarazadas. Situación que ya se encuentra naturalizada tanto por los profesionales *"de arriba"*, como *"los de abajo"* que se observa no tienen en cuenta.

Llegando al primer piso se encuentran distribuidos en un hall de recepción pequeño seis consultorios, que durante nuestras visitas permanecieron con puertas cerradas, salvo por la entrada y salida de gente a los mismos. Inmediatamente frente a las escaleras y según la observación de la persona que asciende, se encuentra el consultorio de *Terapia Ocupacional,* a continuación el de *Trabajo Social*, frente a éste el de *Psiquiatría.*

En un costado derecho el de *Psicología*, el de *Psicopedagogía*, el de *Fonoaudiología* y *Nutrición*. Los consultorios se encuentran con carteles indicadores en las puertas explicitando las disciplinas de los profesionales que allí los ocupan, que algunas veces no se corresponde con la actividad que en el mismo se desarrolla, por una cuestión de superposición horaria, salvo el de *Psiquiatría* y *Psicología,* que se encuentran enfrentados a los costados izquierdo y derecho respectivamente, inmediatamente después de subir la escalera. Resultando parte de la dicotomía que pudimos ir observando en la continuidad de las intervenciones de salud: disciplina–atención-intervención, que no siempre se corresponde la una con la otra.

Es interesante volver a repensar el peso específico de cada disciplina dentro del Caps Jorge Newbery, no sólo desde lo espacial-habitacional, sino desde la disposición y hospitalidad-amabilidad (Derrida, 2000) de la inter-vinculación: jefatura-profesionales, profesionales-profesionales, profesionales-usuarios, usuarios-jefatura, usuarios entre sí, equipo-comunidad, comunidad-centro de salud, por mencionar algunos binomios que allí habitan y transitan. Binomios que se translucen en los discursos de los profesionales con marcadas escisiones de sesgo hegemónico disciplinar que trasunta lo habitacional, a pesar del esfuerzo individual por la ocurrencia de un discurso-otro. Así como la cercanía a los asuntos comunitarios, inmediatez a la puerta de entrada-salida, disponibilidad de circulación con los usuarios del servicio, disponibilidad de fluidez con el resto de los profesionales y comunicación con sala de coordinación, sin olvidar el área de correspondencia institucional que la misma posee. Es interesante escuchar cómo van circulando los distintos sesgos discursivos y las diversas representaciones acerca de las prácticas y los destinatarios directos de las mismas.

Se pudo observar en las visitas realizadas a la institución la complejidad del circuito de comunicación, ya que todos los actores profesionales y sociales se encuentran afanados en cumplir sus tareas lo más rápido y eficiente posible, lo que hace que cada uno se encuentre en la maquinaria de la salud: algunos

cumplen roles de espera, otros cumplen roles de impartir atención sanitaria, otros roles de seguridad y limpieza y por último otros roles administrativos.

Esta dinámica redunda en un empobrecimiento de la interacción interdisciplinar (Vilar, 1997) en la circulación de temas en el equipo, en las grupalidades, las intervenciones y las evaluaciones y autoevaluaciones disciplinares. Es importante comentar que el dispositivo Newbery se divide en forma marcada, en los *profesionales de arriba* y *los de abajo*, con lógicas distintas, abordando las prácticas profesionales desde discursos paradigmáticos-otros, con otras complejidades, este tema surge de las entrevistas a los profesionales intervenidos.

Al dimensionar un centro de salud donde la gente acude a hacer atender sus dolencias tanto bióticas como emocionales, vinculares, y sociales, dichas demandas llegan "*en crudo*" y son decodificadas para ser derivadas y atendidas en disciplinas que se encuentran divididas, en sectores, pisos y jerarquías. Para el encuadre estrictamente biológico, hay cantidad de médicos generalistas que de ello se ocupan en su mayoría y en actividades que exceden la incumbencia del cuerpo humano y realizan intervenciones en lo emocional, social–comunitario, esta es una zona podríamos llamarla "gris" donde las incumbencias disciplinares se pisan y superponen generando objetivos comunes y específicos, a partir de las entrevistas pudimos arribar a la observancia de zonas de objetivos múltiples superpuestos y zonas de vacancias.

Podemos analizar que *el consultorio* donde lo referenciado ocurre, está ubicado en un lugar central del Sum, pero tiene la particularidad que es sumamente pequeño, de hecho uno de los más pequeños por cierto, y generalmente se encuentra con la puerta abierta, o entornada, lo que deja ver y escuchar al usuario sentado al escritorio, quedando el profesional semioculto por la pared del Sum. Los médicos que hemos entrevistado, tienen la modalidad de atender con la puerta abierta o bien entornada. Esto puede denotar varias interpretaciones, una ellas podría ser que las actividades que allí se realizan son parte de una modalidad interdisciplinaria tal, que es interesante pensar al médico

generalista como organizador de la salud del usuario en general y derivador a otras disciplinas con las respectivas especificidades en especial en aquellas patologías de problemática social, esto último se desprende de las entrevistas. También podría denotar una displicencia en el trato, a partir del apuro en la atención o bien en tomar al sujeto-otro como un objeto de atención no importando tanto su intimidad, o lo que viene a confiar a la institución, situación que se repite en el sector planta baja. Otro hecho significativo es que las entrevistas que se le realizaran a los médicos generalistas, ocurrieron en el transcurso de la mañana con atención de turnos programados, pudiendo observarse una cantidad considerable de ausencias en los mismos. Ambos médicos mencionaron que atienden con turnos dados y no con demanda espontánea, *-dado que esto no es una guardia-* (sic) y tal cual reza en el cartel de referencia, lo que se pudo observar en el transcurso del tiempo de nuestras intervenciones es que las personas están acostumbradas a la demanda espontánea y ocasional, a partir de una dolencia, o bien traumatismo, curación, o necesidad de escucha.

Los profesionales médicos realizaron las entrevistas de referencia en el pequeño consultorio mencionado, habiéndose registrado que la distribución del escritorio había variado considerablemente, mientras uno de ellos lo tenía ubicado en paralelo a la puerta la otra profesional en forma perpendicular. Esta última observación que parece nimia, a nuestro juicio no lo es, debido a que según como está dispuesto el escritorio y mediante el sistema de "puerta abierta" se ve y escucha desde la sala de espera al usuario consultando y/o al profesional. Cabe conjeturar aquí el tipo de representación social que el discurso médico traducido en prácticas, tiene de los usuarios del servicio de salud. Esta forma de espacialidad puede responder a la representación del poder hegemónico disciplinar, sobre la autoridad del profesional de la salud ejercida casi sin conciencia aparente sobre los usuarios del servicio de salud, heredera de siglos: profesional tapado, usuario destapado, puerta abierta, intimidad expuesta, coseidad del usuario (Carpintero, 2011).

Ahora bien, haciendo referencia a las corrientes antipsiquiátricas lideradas por Laing y Cooper (1972), donde justamente la ideología de terminar con los encierros era uno de sus emblemas, podríamos pensar que desde la clínica generalista del Caps Newbery se intenta abrir barreras y cerrojos, ventilar y dar a conocer nuevas formas de vinculación de la terapización que haga que el encierro se extinga lo más posible y así las dolencias en él implicadas, se socialicen y se diluyan comunitariamente. Pero se encuentran indicios de hegemonía no sólo en los discursos dialógicos, sino en la disposición habitacional, y en las prácticas mismas.

La dinámica espacio-temporal del Sum (planta baja) parece bien disímil a la del primer piso, donde las especialidades se encuentran escolásticamente diferenciadas en espacios disciplinarios diferentes. Donde las estrategias de intervención y el surgimiento de una conformación *ad hoc* de la relación terapéutica es bien distinta. Allí es donde el usuario, dada su dolencia o tal vez *falencia* "logra subir" al primer piso y obtener tal vez, solo tal vez un trato quizás más personalizado con espacios temporales (pequeños, pero con otros tiempos subjetivantes al fin) que respeten el establecimiento de la demanda, su escucha, la estructuración de la misma y su vinculación, y en el mejor de los casos su resolución inmediata o la iniciación de un posible tratamiento, según pudimos recabar en la entrevistas con los profesionales de lógica psi. La pregunta que nos surge es ¿el usuario que sube al primer piso y socializa sus dolencias con un profesional, sabe de qué se trata un "tratamiento" disciplinar? Tratamiento que según la especialidad esté regido por teorías propias, por propios tiempos o en última instancia tiempos que dictamina la coordinación administrativa del centro de salud.

El primer piso tiene entonces más consultorios que se intercomunican con una pequeña (comparada con el Sum de planta baja) sala de espera, la sala de espera no tiene juguetes en el piso, piso que no está tan sucio, y que muestra poco tránsito peatonal. Todo el ambiente permanece más silencioso y controlado, el usuario parece saber qué profesional atiende qué día y en qué

franja horaria, nada está explicitado. *Los de abajo* funcionan como un ámbito familiar, medicina biológica generalista, *los de arriba* funcionan con un marcado sesgo disciplinar, atravesados por el campo de la Salud Mental.

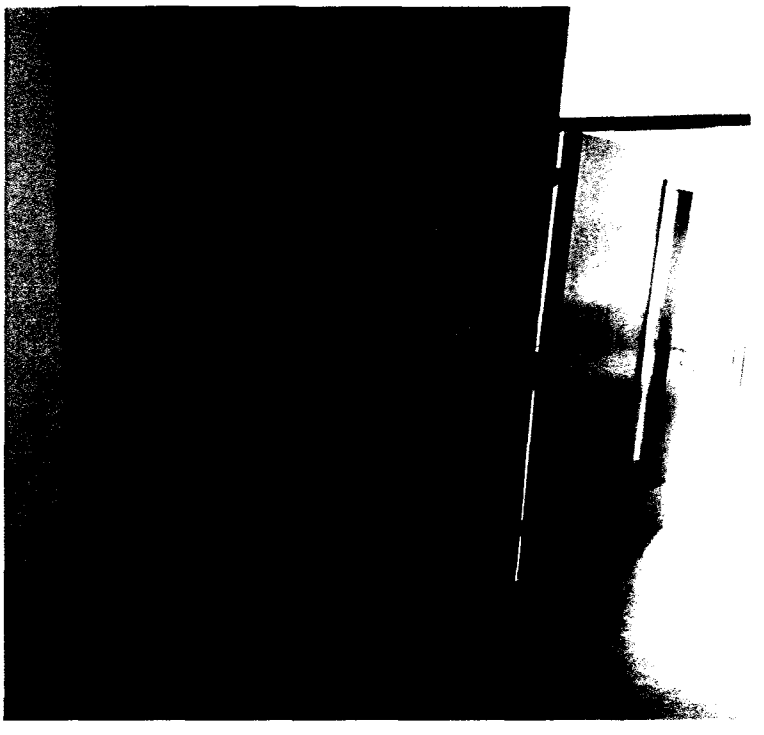
El campo de la Salud Mental con sus propias normativas pareciera reinar en este primer piso, en cuanto al advenimiento del abanico propio de profesionales y personas que acuden a un horario determinado y a un tiempo ajustado. Más controlado. Aquí entonces se puede observar el primer quiebre institucional, abajo el generalismo, más bullicio, más desorden, más actores, más de todo un poco; arriba la especialidad, más turnos, más control, más fragmentación.

Con "*los de arriba*" se entrecruzan en los programas que conllevan franjas etarias distintivas, con objetivos de logro muy disímiles, desde el PMI (plan materno infantil) hasta los diagnósticos psiquiátricos individualistas a adultos con trastornos de ansiedad o depresión, que son los que más abundan según nos comenta el Psiquiatra.

Arriba hay dos grandes bastiones disciplinares, la Psicología y la Psiquiatría, atendidas en consultorios enfrentados no solo espacialmente, desde lugares disciplinares enfrentados, que tal vez son herederos de siglos de disputas y en el aquí y ahora entreveres personales: rigidez vs. flexibilidad, individualidad vs. lazo social, diagnóstico psiquiátrico vs. escucha diagnóstica, Psiquiatría vs. Psicología.

Ahora bien en el plano de *los de arriba* hay otros dos cruces disciplinares el Trabajo Social con Terapia Ocupacional, que a su vez también se puede recabar la superposición y entramado de saberes. Y mencionamos otro binomio interesante entre Psicopedagogía con Fonoaudiología; ¿trabajo interdisciplinar? No es lo que más abundó en las entrevistas. Este entrecruzamiento de disciplinas se nutre de las biografías de quienes las ejercen con un abanico colorido de distintas intervenciones y cuidado en salud, con diversas actividades tanto de promo-prevención como asistenciales. Así como se pueden *oler* las

distintas alianzas y obstáculos de redes interdisciplinarias que a su vez enredan y que atraviesan al mismo Centro de Salud, que en muchas oportunidades adquiere una importancia tal que supera a la misma disciplina, cuestión a esta altura del milenio entendiendo el paradigma de la complejidad de Morin (2007), la mayoría de los profesionales saben, por lo tanto echan mano al recurso interdisciplinar. Alianzas de uno contra otros, de algunos contra otros, de muchos contra algunos. Muchos mencionan, *-no voy a decir quién pero acá la mayoría tiene problemas con tal-* (sic).



Estas cuestiones evidenciadas nos aproximan a otra reflexión: ¿es contra la persona desde lo disciplinar que habita o es la irrupción de la impronta hegemónica que surge desde los años de sesgo escolástico-hegemónico y las consiguientes sucesiones de Políticas que lo reflejan?

Metafóricamente en el primer piso encontramos como ya hemos referenciado, distintos enfoques disciplinares, con distintas metodologías de intervención que responden a cosmovisiones-otras en los modelos teóricos, y es

a partir de la trama compleja en la que está imbricada la biografía de los usuarios con las problemáticas sociales, que hace que las mismas se entrecrucen, como por ejemplo según hemos podido interpretar, la situación de una mamá con su niño que pertenecen al PMI (Plan Materno Infantil) y es atendida por la profesional de Terapia Ocupacional y de Trabajo Social en sus especificidades, pero a su vez dicha mamá es usuaria de la atención del profesional de Psiquiatría, con otro tipo de intervenciones, otra modalidad y que la ubica en otro plano dentro de la institución, plano espacial, emocional, social. Se observan aquí las tensiones resultantes de las prácticas disciplinares, a su vez productos de las Políticas en Salud hegemónicas.

Al respecto de la entrevista con el Pq. Mco. Fernando Zanga nos comenta: *"Acá (Caps Newbery) la mayor problemática que hay, a mi criterio, es que intentan funcionar como una gran familia, pero no lo somos, somos compañeros de trabajo. Yo trabajo acá y en otros lugares más no puedo acceder a esto de la gran familia, porque también pertenezco a otros grupos. Además hay una marcada dicotomía entre la demanda de los funcionarios y jefes que me dieron el trabajo y lo que lo que piden los compañeros de trabajo de la sala que quieren que ocurra. Mis jefes son Lic. Fernando Ortega y Lic. Ayelen Alianak y me llevo muy bien con ellos. No tengo ningún problema"*-. Esta representación que nos muestra uno de los profesionales que es eje en el área de la Salud Mental, muestra la escisión existente, entre el intento de trabajo interdisciplinario del equipo de Salud Mental y la propia apreciación del profesional referenciado, suponiendo que este estilo laboral genera confusiones en el lazo vincular de equipo y no pudiendo ver cuál es la demanda de las personas que allí se atienden.

Ahora bien al respecto al área de Psicología específicamente, hemos entrevistado al profesional de referencia quién pertenece al equipo de la institución desde hace más tiempo que el resto. Es quién además de realizar intervenciones en consultorio *"uno a uno"* según el sesgo psicoanalítico ortodoxo, a pesar de ello, ha diseñado otro tipo de estrategias de intervención, las cuales

fueron evaluadas, y consideramos son de suma importancia, darlas a conocer. Ha trabajado y trabaja en forma grupal tanto con la terapista ocupacional y trabajadoras sociales del equipo del Caps, por ejemplo en intervenciones comunitarias, tales como nos relató, ocurrió en las últimas vacaciones de invierno, donde se diagramaron conjuntamente con otros profesionales que quisieron hacerlo, el llamado: *"A desaburrir la Newbery"* parafraseando el *"A desaburrir el invierno"* un clásico de todos los inviernos en el teatro Auditorium en la ciudad de Mar del Plata, dedicado a niños que están en vacaciones de su escolaridad. En este tipo de emprendimiento los objetivos propuestos según nos referenciaron, además de las intervenciones al respecto de los usuarios de la comunidad de gran valía en sí mismas, tiene como valor agregado, como estrategia el entramado del equipo interdisciplinar, fortaleciendo los lazos intervinculares, y generando el cambio de funciones, *"hoy soy psicólogo mañana cocino los panchos" (sic)*. Otro Programa dentro de la institución es *"los almuerzos de viernes terapéuticos"*, donde se realizan en el mismo Caps, almuerzos entre todos los profesionales que quieran participar todos los días viernes, cuyo objetivo fundamental es el trabajo interdisciplinario.

Con respecto a la participación de la disciplina Trabajo Social en el entramado del resto de las disciplinas, podríamos decir que según las entrevistas realizadas, se suelen poner en acción intervenciones dinámicas y de alguna manera cubren los vacíos que los profesionales del servicio de Salud Mental dejan, o en específico no llegan a hacer, no pueden o bien ya no quieren. -*"Son chicas jóvenes con mucha ganas de hacer las cosas"*- dicen algunos profesionales. Las profesionales del Trabajo Social muestran en sus dichos el desgaste y cansancio propio de los trabajadores de la salud, sobre las intervenciones comunitarias en este contexto social complejo y el desarrollo pertinente de su profesión para asumir nuevos roles incorporando nuevos herramientas, sobre nuevas estrategias que posibilitan una mirada que incorpore lo social y las Políticas en Salud Mental: talleres, conversatorios, charlas motivacionales para lograr cambios de conductas saludables, yoga, por mencionar algunos. Esta es la idea de la producción de *subjetividad*

heroica como un serio obstáculo en el trabajo del campo de la Salud Mental (de la Aldea, 2018).

Una de las profesionales del área de Salud Mental la Trabajadora Social nos comenta que: "*hoy día la conformación del equipo de Salud Mental se da un debate muy interesante. Dado que en la historización del Caps referenciado el equipo está más formado en el abordaje de Salud Mental, y hoy por hoy la complejidad de los pacientes hace que circulen por todos los servicios y todas las especialidades. Inicialmente Salud Mental estaba integrada por psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social de Salud Mental (Lic. Lidia Roldán) y por otro lado psiquiatría (Mco. Fernando Zanga). Continua diciendo la trabajadora social: -Tenemos la suerte de tener un psiquiatra in situ, pero trabaja con adultos, sólo tres veces por semana. En Psicología hay 2 psicólogos Lic. Paola Gruffi y Lic. Eduardo Sullivan. Psicopedagogía, Lic. Mónica Finamore, dos veces por semana a la tarde. Fonoaudiología, Lic. Micaela Auccielo, empezó hace un mes. La trabajadora social Lidia Roldán, viene dos veces por semana y también trabaja en el Centro Dorrego. Encuadradas en el PDI estamos Montserrat y yo. Por la complejidad de la comunidad con la que trabajamos estamos en otros programas también*"-. Además de lo cual nos comenta que es una tarea muy compleja la interdisciplina y los trabajos en grupo dada la intermitencia de la concurrencia de los profesionales y la disparidad de ocupaciones que cada uno sustenta.

La totalidad de los profesionales entrevistados y observados hicieron referencia con distinto grado de preocupación al quiebre que en la actualidad subyace a pesar de sus propias intenciones de conformar un equipo de intervención interdisciplinar en torno al equipo ampliado que conforman en el dispositivo total. Quiebre que según ellos, genera además un quiebre en las prácticas. Desde fin del año 2017 promediando el mes de octubre, han tomado una resolución poco común en los servicios de salud de sesgo público. Luego de haberlo evaluado en las reuniones con el equipo todo, sin la participación inicialmente del profesional de la Psiquiatría, se realizan en forma interdisciplinar,

todos los profesionales que en ese día se encuentran en el Caps, en la actualidad los días jueves cada 15 días, han decidido en forma conjunta contratar de manera particular un grupo de dos psicólogos externos que realicen una vez por mes una intervención de supervisión del equipo referenciado. Cabe aclarar en forma enfática, que los honorarios de los psicólogos externos son pagados por todos los profesionales del centro de Salud. El equipo del Caps menciona que no hay precedente de tal resolución dentro de la historia de los centros de salud públicos municipales. A pesar que hay distintas opiniones acerca de los incipientes resultados, parte de los profesionales están sumamente esperanzados en poder encontrar todos juntos una solución al quiebre y desgaste del equipo mientras que otros opinan que es una pérdida de tiempo y dinero, *"ya que ya ha pasado tiempo y no han resuelto nada"*. Es interesante hacer una reflexión aquí, acerca no solo de la posibilidad de mejora de las intervenciones sobre las representaciones que los profesionales tienen acerca de los usuarios y el consiguiente entramado en las prácticas que de ello deviene, sino también tener en cuenta el malestar que el equipo denota por situaciones tal vez, personales, tal vez ajenas a ellos mismos, tal vez acerca de las Políticas Sociales. Además de la conciencia de poner en palabras el malestar que circula en torno a su trabajo cotidiano en el centro, pudimos observar que esta iniciativa se encuentra motorizada ideológica y personalmente por el Psicólogo del Centro de Salud, y los demás profesionales fueron sumando con distintos grados de adherencia al proyecto, algunos todavía dudan, otros hace poco se están tratando de incorporar, tal el caso Psiquiatría. Este accionar en lo micro muestra la división escolástica, académica y de Políticas en lo macro, que conlleva un gasto de energía, material humano y recursos inimaginable.

*****

Las dos Fridas. Frida Kahlo, 1939.

CONCLUSIONES:

Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son una pobre causa.

Ramón Carrillo.
Hospital Álvarez

«Todo estriba en hacer lo que el filósofo Peter Singer define como "ampliar el círculo del *nosotros*", aumentar la cantidad de personas que consideramos parte de nuestro grupo ».

Richard Rorty

A modo de conclusión, entonces, comenzaremos explicitando que la pregunta que nos problematiza sobre sentidos en disputa acerca de las prácticas profesionales y las representaciones sociales referidas al sujeto de intervención presente en los profesionales en los dispositivos en Salud y más específicamente de Salud Mental, no sólo es un factor causal, sino que además impactan en las prácticas, aunque van apareciendo sesgos del pensamiento crítico en algunas de los discursos disciplinares abordados. Ese estatus primario corresponde sobre todo a las intervenciones en salud, en un sentido amplio, y en especial en las prácticas en los consultorios, al respecto de las prácticas profesionales en su cotidianeidad.

En un rastreo de dicha naturaleza hemos investigado desembocando forzosamente en la Grecia Clásica, con el nacimiento simultáneo de una democracia incipiente y su compañero gnoseológico, la ciencia. Sólo enfatizaremos aquí que el rasgo central de dicha tradición consiste en la *crítica.*

Mostramos entonces, en nuestro posicionamiento, que la crítica no es otra cosa que el antagonista del dogma. No sin motivos en la Grecia clásica el debate doxa/episteme ocupaba un lugar central, y es allí donde los dogmas

incuestionados de tradiciones y mitos recibieron las primeras objeciones por parte de aquellos primeros hombres libres.

Y siguiendo a Ricardo Maliandi (1997), esa tradición, o su componente nuclear, puede caracterizarse con la expresión *el otro puede tener razón*, idea deletérea para todo aparato de dominación y apropiación del producto intelectual: "las conjeturas científicas". Necesitamos del *diálogo crítico* entre interlocutores involucrados que puedan entrar en disenso para generar el conocimiento.

Entonces la relevancia de la presente investigación reside principalmente en el aporte al campo de la Salud, y en particular de la Salud Mental en el sector público municipal. La misma se construye tratando de contribuir al desarrollo de Políticas Públicas en el referenciado campo. Invitando a indagar sobre las prácticas profesionales, las tensiones subyacentes,sus discursos, dispositivos y representaciones sociales que de las mismas confluyen. ¿Qué es la Salud? ¿Existe una Salud Mental? ¿Quiénes son los usuarios y destinatarios de las prácticas? ¿Desde qué paradigmas se posicionan los profesionales? En cuanto al heterogéneo y polisémico campo de la Salud Mental (Amarante, 2007) en cual habitan sus problemáticas, actores sociales e institucionales: donde coexisten, antagonizan, articulan y confluyen ideologías sanitarias y sociales; disciplinas, escuelas, cuerpos teóricos; diversas propuestas técnicas, planes y programas; instituciones asistenciales.

Podemos decir entonces a partir de la situación descripta: la presencia actual en el Caps Jorge Newbery, en particular, la observancia de elementos vinculados con el origen escolástico disciplinar de la misma; y si es cierto que provienen de la tradición crítica, los elementos a potenciar obran ya en algunas legislaciones existentes. De lo que se deriva que las vías de solución para este estado de cosas consistirían en revisar algunos ingredientes de democraticidad propios de los marcos legales por ejemplo la Ley de Salud Mental, cuyo mandato apunta con fuerza y claridad hacia una mayor democratización de las intervenciones así como su prolongación hacia los quehaceres prácticos que los

usuarios del servicio luego emprenden, especialmente en el área socio-comunitaria.

En términos de procedimientos concretos a seguir con respecto a la propuesta de mejora e intervención en las prácticas profesionales al respecto del campo de la Salud Mental: podemos proponer la tematización pública, reflexiva y crítica de la problemática, en donde tengan participación tanto los profesionales como los actores sociales, así como los profesionales de otros sectores de Salud entramando foros donde el colectivo social pueda intervenir entretejiendo ofertas y demandas. Es por ello proponemos como alternativa el trabajo *con*, y no *en* la comunidad. Y en este sentido, el trabajo interdisciplinario contará además con el desafío de introducir en esta lógica del *para todos*, la lógica de la singularidad de cada sujeto. Observamos que mucho se ha hecho y mucho más queda por hacer. La transdisciplinariedad en relación a los fenómenos complejos aspira a la construcción de conocimientos-puentes, y entretejiendo puntos de encuentros, confluencias y permeabilidades que generen metaconocimientos, según Vilar (1997). La inter y transdisciplina siguen siendo un desafío en la producción de conocimiento que se traduzca en prácticas profesionales en los equipos de salud.

Hemos analizado entonces, las tensiones hegemónicas y las representaciones sociales acerca del sujeto de intervención presente en profesionales en el campo de la Salud del sector público de atención primaria, específicamente en la Salud Mental del Centro de Atención Primaria de la Salud, Caps Jorge Newbery de la ciudad de Mar del Plata, partido de General Pueyrredón, Provincia de Buenos Aires.

Este trabajo consistió en un acercamiento al objeto de estudio planteado de una manera exploratoria y descriptiva. Son los primeros avances realizados en un proceso que continuaremos a lo largo de los próximos años con la presentación de la Tesis Doctoral acerca de los modelos de intervención en Salud Mental y la producción de subjetividades en distintos dispositivos de la ciudad de Mar del Plata, partido de Gral. Pueyrredón en los últimos años.

Considero que este trabajo puede aportar al conocimiento en nivel sanitario local sobre las disputas de modelos de intervención-atención que nos permitirá encontrar algunas lógicas para comprender el presente y vislumbrar las tareas pendientes de construcción de nuestra Salud Mental a nivel local.

Recuperando el objetivo de este trabajo de tesis sobre los sentidos en disputa acerca de las prácticas profesionales y las representaciones sociales referidas a los sujetos de intervención presente en los profesionales de la Salud. Para ello, registramos diferentes instancias del proceso de atención de salud que se promueven en el contexto de la institución así como los programas preventivos involucrados de las personas de la comunidad del barrio Newbery.

La cuestión que nos sigue interpelando es cuánto de esto hay en el ofrecimiento de la intervención interdisciplinar, cuánto en la demanda por parte de la comunidad de *la Newbery*, cuánto ruido comunicacional (Bion, 1990) hay en la misma intervención producto del desgaste de los cuerpos, desgaste en la comunicación, desgaste a partir de la frustración, desgaste de las alianzas, desgaste en las prácticas, desgaste del transcurso de los años, por mencionar algunos de los recabados.

En esta línea, también indagamos las tensiones entre paradigmas que sustentan las prácticas profesionales de Salud Mental que se presentan en los agentes de salud del Caps Jorge Newbery que nos aproxima a la producción de subjetividades, las condiciones de enunciación y reproducción de las representaciones sociales en el campo de la Salud.

Las intervenciones profesionales son en muchos casos herederas de las hegemonías arraigadas en las prácticas discursivas, en las palabras y las palabras construyen acciones. Además de las conductas propias que se esperan del profesional. ¿Se espera del psicólogo que haga intervenciones conjuntas con otros profesionales?, ¿o este tipo de prácticas son pensadas como poco rigurosas y de baja calidad técnica? ¿Se espera que en la consulta psicológica haya dos o más profesionales de distintas disciplinas?, ¿o esto es pensado por

el colectivo de personas como invasivo y que no resguarda el secreto profesional?, ¿se espera que el profesional de la psiquiatría haga intervenciones en grupalidad o sólo intervenciones psicofarmacológicas?, por mencionar algunos cruces representacionales.

A partir de las indagaciones realizadas con las entrevistas en profundidad (Scribano, 2008), hemos podido registrar quiebres y modelos resquebrajados de intervención, detectando como la institución se encuentra desfondada (Arias, 2017) y vuelta a llenar, con intentos casi trans-humanos de sostener la armonía interdisciplinar y que los ensambles de referencia no disparen abismos irreconciliables.

Igualmente, la lógica de funcionamiento de los programas focalizados está detrás de algunos de sus problemas. Tales programas, generalmente poco generosos, proporcionan apoyo una vez que otras redes sociales se han debilitado (los servicios públicos de salud y/o el sistema familiar). Sin embargo, cuando las personas se encuentran ya en situación de exclusión, es difícil evitar la cronificación producto del debilitamiento de redes sociales más elementales. Y es allí donde los dispositivos (García Fanlo, 2011) devenidos en redes de sostén no son suficientes. Se trata de un serio problema que afecta además a la legitimidad de los programas sociales, ya que debido a su supuesta incapacidad para incluir a las personas en situaciones de vulnerabilidad, suelen ser los responsables del desgaste del esfuerzo individual y colectivo.

Es evidente la necesidad de un cambio de la situación disciplinar que hace que los significados, las normas, los valores, las formas del saber, se sitúen más cerca de los interrogantes que plantea una realidad sociocultural cambiante, haciendo que quienes de diferentes disciplinas intenten de-construir un saber racional sobre el padecer humano, se sitúen de un modo más directo, más cercano y accesible, a la experiencia de ese *Otro inesperado* (Carballeda, 2004) de las prácticas, las circunstancias de la vida en común, las situaciones de la vida cotidiana; en definitiva hacia el colectivo social que también somos y construimos.

Así, tal como Wittgenstein indica en Sobre la Certeza (1972), "has de tener presente que el juego de lenguaje es, por decirlo de algún modo, algo imprevisible Quiero decir: No está fundamentado. No es razonable (ni irracional). Está allí –como nuestra vida." Esta cita creo que es sumamente aclaratoria con respecto a lo que he dicho más arriba. Los juegos de lenguaje no se fundamentan en la vida, tampoco en los hechos, no son razonables porque reflejen mejor o peor los hechos (de hecho no se puede decir que sean razonables o irracionales), por ello, no se fundamentan en una vida mental para la que construimos mejor o peor este o aquel juego de lenguaje; más bien, constituyen nuestra forma de vida, nuestro modo en que concebimos las cosas.

Bibliografía.

Acuña, C & Built Goñi, L (2010) *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos.* Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

Agamben, G (2003) *Estado de excepción.* Buenos Aires. A. Hidalgo Editor.

Almeida-Filho, N (2006) *Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones.* Salud Colectiva. Vol.2 Nº 2 Mayo – Agosto 2006.

Amarante, P (2007) *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial.* Topía Editorial. Buenos Aires.

Amico, L (2005) *La Institucionalización de la Locura. La intervención del trabajo social en alternativas de atención.* Bs. As. Ed. Espacio.

Apple, M (1996). Educación, identidad y patatas fritas en *Política cultural y educación*. Morata. Madrid.

Apple, M. (1997). *Ideología y currículo.* Akal. Madrid. España.

Arrue, W & Kalinski, B (2001) *De "la médica" y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia de Neuquén*, en *Bibliotecas Universitarias.* Centro Editor de América Latina S.A. Buenos Aires.

Austin, JL (1962) *Cómo hacer cosas con palabras*. Paidós. Buenos Aires.

Aylwin de Barros, N (1980). *El objeto en Trabajo Social. - Revista de Trabajo Social* N° 30 Santiago de Chile.

Azevedo N (2010) *Oswaldo Cruz: La ciencia al servicio de la nación.* Rev Biomed 2010; 21:49-63

Barton, L (1996) *Sociología de la discapacidad.* Morata. Madrid. Fundación Paideia.

Basaglia, F (2000) *La Condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio.* Buenos Aires: Topía Editorial.

Bauman, Z 2009, (1999) *Modernidad líquida*. 1ºedición, 11º reimpresión. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Berger P. & Luckmann, T (2003) *La construcción social de la realidad.* Amorrortu. Buenos Aires.

Bion, W (1967) *Volviendo a pensar.* Bs.As. Paidós. 1990.

Bleichmar, S (2005) *Subjetividad en riesgo: herramientas para el rescate.* Buenos Aires. Topía.

Bourdieu, P (1990). *La sociología de la cultura.* Siglo XI. Buenos Aires.

Bourdieu, P (2011) *Las estrategias de la reproducción social.* Buenos Aires. Siglo XXI Editores.

Briuoli, N (2007) *La construcción de la subjetividad. El impacto de las Políticas Sociales.* Universidad Católica de Cuyo.

Carballeda, A (2004) *Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad.* Editorial Espacio. Buenos Aires.

Carballeda, A (2013) *La intervención en lo social como proceso.* Editorial Espacio. Buenos Aires.

Carballeda, A (2005) *Algunas consideraciones sobre la reflexión histórica en Trabajo Social. Una mirada genealógica a la intervención en lo social.* En: Fernández Soto, S (coord.) (2005) El Trabajo Social y la cuestión social. Crisis, movimientos sociales y ciudadanía. Espacio Editorial. Buenos Aires.

Carpintero, E (2011) *La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto.* Buenos Aires: Topía.

Butler, J; Laclau, E; Zizek, S, 2011, (2000) *Contingencia, hegemonía, universalidad: diálogos contemporáneos en la izquierda.* 2da edición. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Canguilhem (1996) *Lo normal y lo patológico.* Siglo XXI editores. México.

Carpintero, E (2011) *La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto.* Buenos Aires, Topia Ed.

Castiel, L & otros (2010) *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad.* Lugar Editorial. Buenos Aires.

Castorina, J (1998) *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles.* Barcelona. Gedisa Editorial.

Cohen, H y Natella, G (2007) (Coord.) *Trabajar en Salud Mental. La Desmanicomialización en Río Negro.* Bs. As., Lugar Editorial.

Cordonnier, M; Crinigan, D & Fernández Sapino, A (2011) *De la letra de la Ley a la Praxis Social.* Diplomatura en Políticas de Salud Mental y Derechos Humanos. Facultad de Derecho. UNMdP. Mar del Plata.

Cordonnier, M; Fernández Sapino, A & Toselli, L (2011) *La práctica transdisciplinar: su impacto en las nociones tradicionales de enfermedad y discapacidad.* Trabajo libre. *1ª Jornadas de Psicología de la Universidad Atlántida Argentina y Contexto Psicológico: los desafíos de la clínica actual.* Mar del Plata. 13 y 14 de mayo 2011.

Cordonnier, M; Fernández Sapino, A & Toselli, L (2012) *Instituciones discapacitadas.* Trabajo libre. *Congreso de Salud Mental. Sociedad Argentina de Salud Mental.* Buenos Aires. 28, 29 y 30 de mayo 2012.

De la Aldea, E (2018) *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias en la salud.* Lobo suelto. Anarquía coronada. Bs. As.

Derrida, J (2000) *La hospitalidad.* Buenos Aires: Ediciones de la Flor.

Durkheim, E (1982) *Las reglas del método sociológico.* Barcelona: Morata.

Eroles, C & Ferreres, C (2002) *La Discapacidad: una cuestión de Derechos Humanos.* Buenos Aires. Espacio Editorial.

Farías, A; Fernández Sapino, A & Ros, Virginia (2008) *Personalidad, prevención, entrevista y taller en Trabajo Social.* MdP. EditorialMartín.

Farías, A; Fernández Sapino, A & Ros, Virginia (2015) *Personalidad y Sociopraxiología. Una aproximación teórico-práctica al Trabajo Social.* Mar del Plata: Editorial Martín.

Farías, A; Fernández Sapino, A & Ros, Virginia (2015) *¿Cómo me convertí en quién soy? Personalidad y Sociopraxiología II. Una aproximación teórico-práctica al Trabajo Social.* MdP. Editorial Martín.

García Fanlo, L (2011) *¿Qué es un Dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben.* A Parte Rei Revista de Filosofía.

Farr, R (1989) *Las representaciones sociales en Moscovici* (ed) Psicología Social II Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona – Buenos Aires. Paidós.

Fernández Sapino, A (2012) *La subjetividad desde la disciplina.* Trabajo final en Diplomatura en Políticas en Salud Mental y Derechos Humanos. Facultad de Derecho. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Fernández Sapino, A & otra (2016) *Componente hegemónicos racionalistas y el pensamiento complejo en la asignatura Salud Mental en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata*. Trabajo Profesional en *Carrera de Especialización en Docencia Universitaria. Facultad de Humanidades*. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Foucault, M (2008) *El poder psiquiátrico.* Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

Foucault, M (1990) *Historia de la locura en la época clásica.* Tomo I. Fondo de cultura económica de México. México.

Foucault, M (2002) *Vigilar y Castigar.* Siglo XXI Editores. Buenos Aires.

Frankel, D (2008) *Medicalización de la vida. Salud pública y eugenesia social.* Buenos Aires, Ediciones de la UNLA.

Galende, E (2015) *Conocimiento y prácticas de Salud Mental.* Lugar Editorial. Buenos Aires.

Galende, E (1993) *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica.* Paidós. Buenos Aires.

Galende, E (2008) *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser.* Lugar Editorial. Buenos Aires. 2008.

Galende, E & Kraut, A (2006) *El Sufrimiento Mental. El Poder, la ley y los derechos.* Lugar Editorial. Buenos Aires.

Gramsci, A & Tura, J S (1972) *Introducción a la filosofía de la praxis*. Barcelona. Península.

Guyot, V (2011) *Las prácticas del conocimiento. Un abordaje epistemológico.* Editorial Lugar. Buenos Aires.

Hermida, M (2016) *El Estado, el poder y la política en los estudios poscoloniales y el enfoque des colonial. Aportes para el Trabajo Social*. En **Hermida, M**; **y otra** (2016) *Trabajo Social y Descolonialidad*. Mar del Plata: Eudem.

Ibañez, G (1988) *Ideología de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.

Jodelet D (1986) *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría*. En: **Moscovici, S** *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales.* Barcelona: Paidós, p. 478-494

Laclau, E (2008) *Debates y combates. Por un nuevo horizonte de la política.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Laclau, E y Mouffe, C (1987) *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia.* Buenos Aires:Fondo de Cultura Económica.

Laing, D y Cooper, D (1972) *Razón y Violencia. Una década de pensamiento sartreano.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lerner, H (comp.) (2013) *Los sufrimientos. 10 psicoanalistas – 10 enfoques.* Psicolibro ediciones. Buenos Aires.

Maglio, F (2000) *Crisis del modelo médico hegemónico actual: la alternativa antropológica.* Revista Argentina de Medicina 2: 131-136. Buenos Aires.

Maliandi, R (1997). *Volver a la razón.* Biblos. Buenos Aires.

Malvarez, S y Ferro, R (2004) *La función social de la locura. Una mirada desde el poder.* Buenos Aires: Ed. Espacio.

Morin, E (2007) *Introducción al pensamiento complejo.* Barcelona. Gedisa.

Menendez, E (2009) *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* Buenos Aires: Lugar.

Naciones Unidas (2008) *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo.*

Nietzsche, F (2008) *La genealogía de la moral.* Editorial Alianza. Buenos Aires.

Oliver, M (1996) *¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?*, en Barton, L. (Comp.) *Discapacidad y sociedad.* Morata. Madrid. Fundación Paideia.

OPS (2009) *Salud Mental en la Comunidad.* Washington. Editor Jorge Rodriguez.

Palacios, A (2008) *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Madrid, CINCA.

Palti, E (1998) *Giro Lingüí stico e historia intelectual.* Editorial Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires.

Piaget, J (1986) *Epistemología genética.* Madrid: Plaza de edición.

Polit-Hungler (1997). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud.* McGraw-Hill Interamericana. México.
Popper, K (1992) *En busca de un mundo mejor.* Paidós. Barcelona.

Prigogine, I (1979) *El fin de las certidumbres*. Editorial Bello. Barcelona.

Rorty, R (1967) *El giro lingüístico*. Paidós Ibérica. Barcelona.

Rosato, A & Angelino, M.A (2009) *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Editorial Noveduc. Buenos Aires.

Samaja, J (2009) *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Scribano, A (2008) *El proceso de investigación social cualitativo*. Prometeo Libros. Buenos Aires.

Sibila, P (2010) *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Fondo de cultura económica. Buenos Aires.

Segato, R (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. *Ley 26657. Derecho a la protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias*. Boletín Oficial de la República Argentina, Bs. As., 3/12/2010, Año CXVIII, Número 32041. Primera Sección. Legislación y Avisos Oficiales.

Serroni-Copello, R (1997) *Expansión discursiva y recursiva en la evolución de la psicología, en Diálogo, Racionalidad y Salud Mental*. Ediciones Adip. Buenos Aires.

Singer, P (2012) *Salvar una vida. Cómo terminar con la pobreza*. Katz Editores. Buenos Aires.

Selltiz, C, Wrightsman, L & Cook, S (1980) *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Edit. Rialp, Madrid.

Stake, R.E. (2007) *Investigación con estudio de caso*. Ediciones Morata. Madrid.

Steiner, P (2003) *La sociología de Durkheim*. Nueva Visión. Buenos Aires.

Stolkiner, A (1999) *"La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas"*. Artículo Publicado en El Campo Psi (http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm).

Stolkiner, A. & Gómez Ardila, S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, 23, 57-67. Buenos Aires.

Szurmuk, M; McKeelrwin, R (2009). *Diccionario de Estudios Culturales Latinoamericanos.* Siglo XXI editores. México.

Taylor, S.J; Bogdan, R (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.* Editorial Paidós. Barcelona.

Testa, M (1997) *Pensar en salud.* Lugar Editorial. Buenos Aires.

Tonon, G (2009) *Comunidad, participación y socialización política.* Espacio Editorial. Buenos Aires.

Torres, I (2016) *Las inclusiones: nuevas demandas y necesidades. Relatos sobre las diferencias.* Noveduc. Buenos Aires.

Vainer, A (2007) *De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental.* Disponible en: http://www.topia.com.ar/artículos

Velásquez, R (2009) *Hacia una nueva definición del concepto "política pública".* Revista Desafíos. Bogotá.

Vilar, S (1997) *La nueva racionalidad. Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios.* Kairós. Barcelona.

Villar, A (2007) *Políticas municipales para el desarrollo económico-social: revisando el desarrollo local* – Fundación Centro Integral Comunicación, Cultura y Sociedad – Ciccus Ed. Buenos Aires.

Wilttgenstein, L (1972) *Sobre la certidumbre.* Traducción: María Victoria Suárez. Caracas, Editorial Tiempo Nuevo.

Zaldúa, G & otros (2010) *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas.* Eudeba. Buenos Aires.

Zizek, S (1989) *El sublime objeto de la ideología.* México: Siglo XXI. 2003.

Zurro, M & Cano Pérez, J (1999) *Compendio de Atención Primaria.* Editorial Harcourt. Buenos Aires.

Documentos.

-Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley 26.657. Derecho a la protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 3/12/10, Año CXVIII, Número 32041. Primera Sección. Legislación y Avisos Oficiales.

-O.N.U. Ley 26378 (2008) Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo.
-Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley 26.657. Derecho a la protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 3/12/10, Año CXVIII, Número 32041. Primera Sección. Legislación y Avisos Oficiales.

-O.N.U. Ley 26378 (2008) Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo.

Entrevistas a informantes claves:

Lic. Gabriela Guerra

Mco. Víctor Bazán

Lic. Eduardo Sullivan

Lic. Lidia Roldán

Lic. Diana Escobar

Lic. Virginia Mate

Mca. Gisella Lainatti

Mco. Fernando Zanga

Lic. Magalí Sanchez

Lic. Montserrat Andres

* * *