



Repositorio Digital Institucional  
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Gabriela Echazú

[gabrielaeq@hotmail.com](mailto:gabrielaeq@hotmail.com)

Salud mental : Un análisis sobre el trabajo intersectorial desde el CIC  
Sudoeste-Rosario, 2010-2012

Trabajo Final Integrador presentado para la obtención del título de Especialización en  
Abordaje Integral de Problemáticas Sociales en Ámbitos Comunitarios

**Director de la tesis**

Manuel Yanez

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la  
Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library  
"Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

**Cita sugerida**

Echazú, Gabriela. (2015). Salud mental : un análisis sobre el trabajo intersectorial  
desde el CIC Sudoeste - Rosario, 2010 - 2012 [en Línea]. Universidad Nacional de  
Lanús. Departamento de Salud Comunitaria.[fecha de consulta: \_\_\_\_]

Disponible en: [http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/TFI/EsAIP/Echazu\\_G\\_Salud\\_2015.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/TFI/EsAIP/Echazu_G_Salud_2015.pdf)

**Condiciones de uso**

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)



www.unla.edu.ar  
www.repositoriojmr.unla.edu.ar  
repositoriojmr@unla.edu.ar



Universidad Nacional de Lanús

Carrera de Especialización en Abordaje integral de las  
Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario

"Salud mental". Un análisis sobre el trabajo intersectorial  
desde el CIC Sudoeste - Rosario, 2010-2012

Apellido y Nombre: Echazú, Gabriela

DNI: 31.338.273

Domicilio / Localidad / Provincia: Gauchos de Güemes s/n –  
Vaqueros – La Caldera - Salta

Teléfono/s: 0387-4901042; 0387-154736594

Correo Electrónico: gabrielaeq@hotmail.com

Apellido y Nombre/s del Tutor de la Práctica: Gancedo, Nora

Apellido y Nombre/s del tutor de TFI: Yañez, Manuel

Lugar y mes/año de presentación del TFI: Lanús, octubre de  
2014

## ÍNDICE

	Pág.
<b>Introducción</b>	3
<b>Capítulo I: “Salud mental”</b>	
Dimensión de los problemas	7
Aproximación histórica – epistemológica	12
Modelo médico hegemónico y modelo tecnocrático	16
Malestares de la época: la nueva demanda	22
APS y Modelo comunitario de atención en salud mental	31
A modo de cierre: ¿Cómo entendemos entonces la intervención en salud mental comunitaria?	42
<b>Capítulo II: El CIC Sudoeste. Articulación intersectorial y comunidad</b>	
La práctica	45
El territorio y la comunidad	46
Marco político comunitario-institucional	52
Salud mental comunitaria: ensayos y dificultades	62
<b>Reflexiones finales</b>	71
<b>Bibliografía General</b>	75

## RESUMEN

Este trabajo constituye la profundización de un tema que surge como punto de interés a partir de la práctica en servicio de la autora (Lic. en Trabajo Social) entre octubre de 2010 y octubre de 2012 en el Centro Integrador Comunitario Sudoeste de la ciudad de Rosario (Santa Fe), en el marco de la Carrera de Especialización en Abordaje Integral de las Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario, de la Universidad Nacional de Lanús en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. El mismo versa sobre problemáticas de salud mental del territorio donde se desarrollaron las mencionadas prácticas, a la luz de un análisis de distintos modelos de atención, utilizando categorías teóricas provenientes del psicoanálisis, contenidos aprendidos durante la Especialización, registros de la práctica y de entrevistas en profundidad realizadas. Haciendo hincapié en el modelo comunitario, el estudio se orienta al análisis del marco político-comunitario del territorio y la posterior valoración de algunas experiencias, examinando sus dificultades y los desafíos que proponen en vistas de la reforma que implicará la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Palabras clave:

Salud mental – comunidad – participación – intersectorialidad – modelo de atención

## **INTRODUCCIÓN**

El presente Trabajo Final Integrador constituye el cierre de la carrera de Especialización en Abordaje Integral de Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario, de la Universidad Nacional de Lanús en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, marco en el que desarrollé prácticas en servicio en el Centro Integrador Comunitario (CIC) Sudoeste, de la ciudad de Rosario entre octubre de 2010 y octubre de 2012.

Los CIC son instituciones creadas por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en zonas vulnerables de todo el país. Fueron diseñados como espacios de encuentro para el trabajo intersectorial y participativo de distintos actores sociales con metas de inclusión social, desarrollo local y mejora en la calidad de vida en el territorio de referencia de cada CIC. Implica la integración y coordinación de políticas de Atención Primaria de la Salud (APS) y desarrollo social a partir de la articulación entre el instituciones del Estado (nacional, provincial y municipal), y organizaciones sociales y políticas. Tales estrategias se instrumentan a partir de las Mesas de Gestión Local (MGL) en tanto instancia de reunión para el debate y la construcción de acuerdos de trabajo (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; 2003-2014)

El estudio se centrará en el caso del territorio más próximo al CIC Sudoeste ubicado en la Zona Sudoeste de la ciudad de Rosario de acuerdo a la compartimentación distrital del Municipio. Se trata de barrios populares, con un gran porcentaje de trabajadores desocupados o informales. Un sector del mismo se construyó en el marco de programas de vivienda social entre los años 90 y 2001, y se encuentra integrado a la estructura urbana y de servicios formal (calles, zanjeo, luz, agua, etc.). Otro sector fue construido como proyecto de hábitat popular sobre terrenos fiscales en torno a vías de ferrocarril.

En el transcurso de mis prácticas como especializando en este CIC, tuve oportunidad de conocer situaciones de crisis subjetiva y de consumo

problemático de substancias por parte de vecinos del barrio, muchos de ellos jóvenes. Si bien estas situaciones, preocupantes para la comunidad (que inclusive provocaran el pedido de vecinos por algún tipo de respuesta institucional) fueron tenidas en cuenta en proyectos sociales y en las iniciativas de trabajo en el CIC, no contamos con un marco de trabajo para su abordaje integral. El tema de este trabajo se vincula, pues, con una demanda comunitaria e intenta recuperar parte de la experiencia del trabajo territorial.

Por otra parte, luego de sancionada en nuestro país la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se presentan los debates y desafíos acerca de su aplicación, involucrando distintos sectores del Estado y de la comunidad. Esto vuelve necesaria una producción de conocimiento en torno a la salud mental en el ámbito comunitario de territorios vulnerables, desde una perspectiva teórico-política fundada sobre el reconocimiento de 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." (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657; 2010: 9)

Partiendo de esta base, y desde una perspectiva que procura ser crítica respecto de las lógicas manicomiales, el enfoque del trabajo estará centrado en la relación de *la "salud mental" con "lo social"* (histórico, económico, cultural) en tanto condicionante de la misma, a la vez que una esfera interpelada como proveedora de soportes para el sujeto en el marco de estrategias de abordaje en salud mental.

A lo largo del trabajo desarrollaré conceptos y análisis sobre la salud mental a partir de los diferentes modelos de atención y sus respectivos fundamentos. Luego profundizaremos sobre una caracterización de las lógicas de articulación intersectorial de la comunidad y sus instituciones, en tanto eje prioritario de las propuestas de Salud Mental Comunitaria en Atención Primaria de la Salud.

Para el desarrollo de los ejes temáticos utilizaré registros de campo de la práctica como Especializando, entrevistas en profundidad a profesionales del CIC, a la luz de un análisis basado en la revisión bibliográfica de una selección de textos, e indagando en torno a las representaciones sociales, ideas, opiniones y emociones que los actores ponen en juego al desarrollar su práctica en el marco de estrategias de Atención Primaria de la Salud.

Si bien no desarrollaré teóricamente el concepto de *representaciones sociales*, en términos metodológicos me parece necesario explicitar el marco teórico que atraviesa el enfoque de este trabajo. Tomo la noción de representaciones sociales de Cornelius Castoriadis, como proceso de significación, de atribución de sentido que vincula lo particular con un orden simbólico y permite a los sujetos aprehender la realidad. A la vez que el simbolismo tiene un carácter instrumental y resulta de la convención social, determinando ciertos aspectos de la vida (imaginario efectivo), también está lleno de intersticios y grados de libertad para la creación incesante y esencialmente indeterminada de figuras/formas/imágenes (imaginario radical). Nos permite entonces enfocar nuestro análisis sobre las posibilidades de cambio desde el plano de lo simbólico pero ligado indisolublemente al *hacer histórico social* de los hombres (Castoriadis; 2007). Tal análisis se enriquece con aportes de Edwin Goffman en la medida en que estas representaciones pueden tornarse *estigmatizantes*, impactando negativamente en las interacciones sociales y en la construcción de identidad de sujetos (Goffman; 1975). Y por último, también tuvimos en cuenta el concepto de *esquema conceptual referencial operativo* de Pichón Rivière, que nos permite examinar los contenidos afectivos e ideológicos de los esquemas, y el interjuego de representaciones mutuas en la búsqueda de estrategias de trabajo intersectorial e interdisciplinario (Pichón Rivière; 1971).

Las entrevistas mencionadas fueron realizadas a profesionales del Centro de Salud Tío Rolo inserto en las instalaciones del CIC: la Psicóloga, que trabaja allí desde el 2009 de lunes a viernes, y la Psiquiatra, que trabaja una mañana cada 15 días en la institución (se desempeña en 8 Centros de Salud) desde diciembre del 2008. Y también contamos con una entrevista al Trabajador Social

coordinador del CIC, que trabaja desde lunes a viernes. A lo largo del trabajo iremos haciendo referencia a los comentarios y opiniones de estas tres personas sobre las ideas trabajadas.

## CAPÍTULO I: “SALUD MENTAL”

### ✓ Dimensión de los problemas

Los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), marcan que una de cada cuatro personas en el mundo padece uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida, generando un gran excedente de discapacidad: según datos de la OMS del 2002 para América Latina y el Caribe, se trata de un 22,2% de los años de vida ajustados por discapacidad (mientras en 1990 era de 8,8%). Se estima que en el 2010, en Argentina, un 21% de las personas de 15 años y más, están afectadas por trastornos mentales, siendo la depresión mayor (que afecta sobre todo a mujeres) y el abuso o dependencia de alcohol (que afecta sobre todo a hombres), los padecimientos más significativos (Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, de ahora en más SVESMA; 2010)

En nuestras sociedades occidentales, y más en “la era del consumo”, el alcohol es culturalmente aceptado y estimulado, a la vez que se rechaza o relativiza sus efectos negativos. Argentina en particular, se encuentra en el tercer lugar en el ranking de *consumo excesivo ocasional*<sup>1</sup> de alcohol en la región (datos del 2008), luego de Canadá y Perú. A su vez, Santa Fe es la provincia Argentina que más *consumo regular de riesgo* registra, y cuyo consumo episódico excesivo se encuentra entre los más altos del país (SVESMA; 2011).

Las principales estadísticas nacionales marcan además que los jóvenes constituyen la población más afectada por suicidios (incluyendo intentos e ideas

---

<sup>1</sup>*Consumo episódico excesivo*: es el consumo de cinco o más tragos en solo una oportunidad, en al menos un día de los últimos 30 días.

*Consumo regular de riesgo*: en mujeres, es el consumo de más de un trago promedio por día; y en hombres, más de dos tragos promedio por día (SVESMA; 2011).

suicidas), y una de las más afectadas por el consumo problemático de alcohol y por afectaciones psicológicas severas (SVESMA; 2010).

Existe a su vez, una marcada interacción de los padecimientos subjetivos con factores asociados a las situaciones de pobreza, apreciable, entre otras cosas, en la alta prevalencia de trastornos mentales en personas con bajos niveles de educación, sin empleo, que habitan barriadas pobres y sobrepobladas. Personas que padecen hambre, inseguridad o que enfrentan deudas, sufren con mayor frecuencia trastornos mentales. En ello también coinciden publicaciones de la OMS en el 2008, las cuales evidencian que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre personas de bajos ingresos (Natella; 2010)

Por último, cabe destacar la enorme *brecha de atención* (número de personas que necesitan tratamiento y no lo reciben) existente en Argentina y la región. Esto significa que los servicios de atención, tal como están planteados y en su actual estado, dejan por fuera más población de la que incluyen (SVESMA; 2011).

Para la Ciudad de Rosario, un Informe de la Comisión de Epidemiología en Salud Mental (Secretaría de Salud Pública de Rosario) destaca que entre junio de 2011 y marzo de 2012 se notificaron 1062 primeras consultas a Salud Mental en los Centros de Salud. Con 25 primeras consultas, "Tío Rolo" se ubica entre los Centros de Salud que menos ha tenido (Comisión de Epidemiología en Salud Mental; 2012).

En el total de la ciudad, casi dos tercios de estas consultas fueron realizadas por mujeres (62 %) y un tercio por varones (37%). El análisis de las variables de escolaridad y situación laboral indican un alto grado de precariedad social y económica en la población consultante: alta proporción de personas que no alcanzan la escolaridad básica inicial o no han culminado los estudios secundarios. Entre los adultos jóvenes, una gran proporción no tiene inserción laboral o la misma es inestable (Comisión de Epidemiología en Salud Mental; 2012).

Los motivos de primera consulta, se concentraron en el siguiente orden:

1. “Manifestaciones de padecimiento psíquico”, con un total de 327 registros: es marcadamente mayor en personas mayores de 15 años y en mujeres. Dentro de este grupo, el motivo de consulta más frecuente fue “crisis de angustia” (46.79%), seguido por “otros” (20.49%), “depresión” (19.88%), “delirio” (3.98%), “combinado” (alucinación + delirio: 3.98%), “excitación psicomotriz” (3.06%), “alucinaciones” (1.83%).

2. “Otros”, con 263 registros, presentándose en mayor medida en personas mayores de 15 años.

“Una dificultad para su análisis estribó en la posibilidad de consignarlos de modo textual (no codificado), como en las demás categorías. Se procedió a realizar un agrupamiento de motivos que guardaban similitud. Así se construyeron los siguientes grupos: ‘dificultades/problemas/conflicto en las relaciones de familia o con otros’: 48 casos; ‘angustia’ (sola o combinada): 36 casos; ‘certificados’: 26 casos (...) En 175 casos se consignó además del motivo principal, un motivo de consulta 2do. Algunos de ellos, agrupados según similitud, fueron: angustia (14), problemas de la subjetividad infantil (13), consumo de sustancias (12), violencias (10), padecimiento psíquico (10), crisis angustia (8), ansiedad (8), preocupación por ‘otro’ (5)” (Comisión de Epidemiología en Salud Mental; 2012: 26-27)

3. “Problemas de la infancia”, con 247 consultas. El 92.71% de los casos se dieron en menores de 15 años, y es la categoría más frecuente entre los hombres (63.16%). Incluye: "Problemas Escolares" representaron el 55.87%, "Problemas de la subjetividad infantil" el 31.58%, y "Problemas del Desarrollo Infantil" el 12.55%.

4. “Violencias”, con 118 registros de los cuales:

–El 46.61% fue “física”, incluyendo casos con doble registro (violencia física y psíquica): El 73.77% se produjeron en mujeres, en su mayoría en forma “pasiva”, mientras el 24.59% corresponde a hombres, con predominio de la

forma “activa”, y un 6.56% (sin discriminación por sexo) fue consignado con ambas modalidades “pasivo-activo”.

–El 21.19% fue “psíquica”: el 80% de los casos se verificaron en mujeres, y la mayoría fue del tipo "pasiva" tanto en dicho sexo como para los hombres.

–El 27.12% fue “sexual”: la gran mayoría se registró en mujeres (87.5%), todos los casos notificados fueron de tipo “pasivo”.

El ambiente intrafamiliar fue el ámbito donde se registró la mayor proporción de consultas por las tres formas de violencia, tanto en las consultas realizadas por hombres como por mujeres, siendo de 83.05% para ambos sexos. Por otra parte, el informe destaca que las distintas modalidades de “violencias” definidas coexisten y en mayor medida no pueden ser distinguidos estrictamente (Comisión de Epidemiología en Salud Mental; 2012).

5. Consumo de Sustancias, con 68 registros. La mayoría se registraron bajo la modalidad de “consumo” (82.3%), y en menor medida se presentaron por “intoxicación/sobredosis” y por “abstinencia”. El 80.9% de las consultas por este motivo se produjeron en varones. La mayoría se verificaron en jóvenes y adultos jóvenes menores de 29 años. En el 52.9% de los casos se trató de un consumo combinado de sustancias (principalmente cocaína con alcohol, y/o con marihuana, psicofármacos, disolventes volátiles, paco); como droga única, la sustancia de consumo más frecuente fue la cocaína (23.5%), seguida por el alcohol (17.65%). Los casos de consumo de marihuana, disolventes volátiles y psicofármacos como sustancia/droga única fueron escasos: 2.9%, 1.5% y 1.5%, respectivamente.

Se puede observar que no son numéricamente tan significativas las consultas por consumo de sustancias, sin embargo, el Informe señala la “invisibilización” del fenómeno, no sólo por su aceptación cultural sino por la vigente legislación punitiva sobre el uso de drogas y la política correctiva y criminalizadora del consumo. Por otra parte, destaca que en este grupo la situación laboral fue más desfavorable en comparación con la totalidad de consultas (Comisión de Epidemiología en Salud Mental; 2012)

6. “Intento de suicidio” con 24 registros, de los cuales un 66.6% se produjeron en mujeres. Se registraron 3 casos en menores de 17 años. Tío Rolo figura entre los 3 Centros de Salud con mayor índice de intentos de suicidio, con un 12.5% del total.

Las entrevistas realizadas a la psicóloga y la psiquiatra del Centro de Salud Tío Rolo (en octubre de 2012) y al trabajador social coordinador del CIC (en febrero de 2013), resultan en observaciones que reafirman respecto del territorio del CIC, la tendencia general de la ciudad. Los profesionales registran como las principales problemáticas de salud mental en la zona:

“Ansiedad, depresión y abuso en sustancias o alcoholismo...Sí eso, primero. Y después psicosis y otras cositas pero en menor medida. Más importante es trastornos de ansiedad y depresión. (Respecto del consumo de sustancias) los que vienen acá al consultorio consumen todo tipo de sustancias, cocaína, marihuana (...) cualquier cosa, que se yo. A ver...poxirrán y por supuesto psicofármacos, clonazepan y sus derivados, consumen de todo” (psiquiatra; 2012)

“Angustia...mucho el tema de la violencia (...) niños con dificultades en el aprendizaje. (En relación al consumo problemático de sustancias) Poco...pero hay y cuando hay son muy problemáticos (...) drogas, cocaína, marihuana. En general tiene que ver con jóvenes, y con consumo de distintos tipos de drogas, no alguna en particular” (psicóloga; 2012)

“Se dan las presentaciones más ‘simples’ entre comillas, de angustia por situaciones que están pasando frente a distinto tipo de cosas (...) el caso de violencia de género, que necesitas salir de alguna situación, que necesitas apoyo de otro tipo para poder bancarte eso, porque el hecho de tener que hacer una denuncia, pensar en una exclusión de hogar, digo de las situaciones más límite, en general son las que llegan (...) Después bueno esos casos puntuales que se detectan de algún posible abuso. (Respecto del consumo problemático de sustancias) a lo mejor llegan tres situaciones al año, dos (...) uno que quiere salir; pero en general cuando aparece eso yo por lo que vi son muchos jóvenes mayores de veinticinco, entre los veinticinco y treinta y cinco años, después de mucho consumo (...) de

cocaína y estaban laburando, ya se les complicaba porque no querían perder el laburo y que están consumiendo los fines de semana, pero se estaban pasando de rosca (y otro tipo de situación es) la de los pibes que están fumando, que consumen cualquier cosa (...) esos no llegan a pedir ayuda porque no están en el momento que consideren que necesitan que alguien los ayude” (trabajador social; 2013)

✓ Los números y diagnósticos se despliegan delante de nuestros ojos como expresiones contundentes de la magnitud del sufrimiento, insinúan relaciones entre éstos y distintas esferas de la vida humana (sociales, culturales, etc), y alertan a la sociedad toda, especialmente al Estado sobre una necesidad imperiosa de atención, o de reforma en las modalidades de atención, sobre lo cual ya existen claros indicios. Ahora bien, ¿Cómo son explicados estos hechos? Y en contraposición ¿Cómo es definida y explicada positivamente, la “salud mental”?

✓ **Aproximación histórica - epistemológica**

Las definiciones de salud mental construidas a lo largo de la historia humana pueden ser recuperadas a partir de ideas y concepciones acerca de la locura, la cual fue desde antaño significada de acuerdo a las circunstancias culturales e ideas hegemónicas de cada época.

La primera concepción (pre-cristiana) de la locura es “demónica”. Sus causas eran buscadas en posesiones de demonios, de este modo la locura era un castigo, una venganza sobre los humanos por la cual las personas eran víctimas de fuerzas sobre las que no se tenía control. Con el surgimiento del cristianismo, la locura comenzó a ser entendida como pecado, y ya en la Edad Media (desde el siglo V) se la consideró como producto de los pactos con el diablo, elemento de la brujería, por lo que el loco era culpabilizado y visto como traidor (Porter; 2002).

Hasta entonces, las concepciones existentes se centraban en lo sobrenatural de la etiología de la locura. Fue en el Renacimiento (siglo XVI) que se comienzan a expresar dudas sobre las causas sobrenaturales y se impone la

idea de que las locuras son de origen físico y no del alma, esto se debe en gran medida a los avances en la neurología, fisiología, anatomía y en las ciencias médicas. Y es también durante esta época que comienza a dominar la concepción racional del ser humano, por lo cual si se carece de racionalidad se cae en la locura. En esta perspectiva, Descartes introduce la noción de locura como un problema no propio del cuerpo, sino situado en la mente, particularmente cuando ésta es dominada por la irracionalidad. De esta manera se dio lugar a explicaciones psicológicas de la locura (Porter; 2002).

El filósofo francés Michel Foucault, afirma que la historia de la locura en su constitución como objeto de conocimiento desmiente que se trate de una entidad natural e inmutable, y nos plantea que es construida socialmente. En su obra "La historia de la locura en la época clásica" (1961) analiza los diferentes abordajes de la locura que realizan las Ciencias, la Filosofía, la Psiquiatría y Psicología, clasificando los mismos en tres períodos:

1) Renacimiento, época del embarco de los locos. Durante la Edad Media se los excluía de las ciudades en la llamada "nave de los locos", más allá de los espacios seguros para el resto del mundo.

2) Clásico o del Gran Encierro, entre los siglos XVII y XVIII, es en este período donde se comienza a encerrar a los locos en lugares dentro de las ciudades, no para recibir tratamiento alguno, sino para evitar su presencia en las calles. El loco es considerado peligroso, es entonces cuando se comienzan a crear los manicomios y los asilos bajo el control del Estado.

3) Moderno. El médico francés Pinel promueve la "liberación del loco". Su proyecto de medicalización transformó la percepción que se tenía del loco: de ser aquel al cual no había que escuchar ni atender por ser irracional, pasó a ser un "alienado", una persona a la que había que atender para dilucidar su locura y poder curarla.

De esta medicalización en el encierro surge el primer discurso psiquiátrico moderno: el alienismo. Con el cual se comienza a justificar la reclusión y el encierro en el propio bien del loco, no ya con objetivos de control social y

garantía del orden público sino como una medida terapéutica indispensable. Sin embargo Foucault sostuvo que, a pesar de que el Dr. Pinel intentó humanizar el método para tratar a los locos y contribuyó con la idea de que algunas enfermedades mentales son curables, no dejaba de constituir un método de control social, que determinaba la forma en que había que pensar para ser calificado como “normal”. (Foucault; 1961).

Durante el siglo XIX surge y se expande la psiquiatría “científica” positivista, en el que el conductismo introduce la existencia de determinaciones extrínsecas a lo biológico, que permiten anticipar y fiscalizar la actividad humana. Las regularidades son observadas objetivamente y convertidas en ley natural, configurando criterios de sano/normal, patológico/anormal. De esta concepción derivan las nosografías psiquiátricas y acompaña la creación de instituciones manicomiales (Stolkiner; 1989).

Este discurso fue imponiéndose en Europa como parte de la experiencia tanto en el tratamiento de las patologías graves, las denominadas psicosis y otras que afectaban parcialmente al sujeto en sus funciones psíquicas, dentro de estas últimas afecciones psíquicas es donde fue tomando cada vez más relevancia teórica el psicoanálisis Freudiano ya que su campo de estudio se dirigió esencialmente a las afecciones neuróticas (Porter; 2002).

Alicia Stolkiner destaca que, presentándonos un sujeto dividido en consciente-inconsciente, el psicoanálisis rompe con el dualismo cartesiano mente-cuerpo en el que se fundaron las distintas vertientes del pensamiento occidental y que atraviesa hasta nuestros tiempos las concepciones positivistas de la salud mental. Lo “psíquico” es en el psicoanálisis un objeto de existencia teórica a través de la representación del aparato psíquico como metáfora de las representaciones inconscientes. Lo “normal” no difiere esencialmente de lo “patológico”, no es un esquema del que se ocupe el psicoanálisis (Stolkiner; 1989).

Paulatinamente, como resultado del influjo del psicoanálisis, la mirada y la escucha clínica se fueron centrando cada vez más en las afecciones del sujeto y

no ya únicamente en los síntomas o fenómenos psicopatológicos descritos por la psiquiatría clásica. Es en este contexto donde podemos situar ya no sólo el problema de la enfermedad sino de la “Salud Mental”.

En Argentina, la segunda mitad del siglo XX fue prolífico en cuanto a producciones de envergadura que marcaron las principales tendencias que continúan siendo centrales en el abordaje de lo social desde una perspectiva psicoanalítica. Se trata de un movimiento creativo iniciado por Enrique Pichón Rivière y continuado en las décadas siguientes por otros psicoanalistas, entre los que se destaca Fernando Ulloa. Advirtiendo que el análisis de los grupos, las instituciones y la comunidad constituían temas postergados, más allá de las pioneras obras de Freud al respecto, estos intelectuales comienzan a darle el lugar que le corresponde como objeto de estudio, de intervención y cambio. Con un espíritu crítico referido a lo instituido, su producción se orientó a la promoción de la salud mental (Porter; 2002).

Concluyendo, tomaremos la aproximación epistemológica que propone Alicia Stolkiner, la cual consiste en develar la filosofía implícita y el carácter histórico de un cuerpo teórico, ubicándolo como representación estructurada de una ideología, pero ello no le quita su carácter de conocimiento válido. No hay, pues, una distinción tajante entre ciencia e ideología, pero sí hay rupturas entre campos de saber.

Desde esta perspectiva, *encomillar* “salud mental” responde a que no constituye una especie particular de salud, porque no hay dualismo mente-cuerpo, y la salud tiene condicionantes sociales y culturales. Pero se trata de una parcialización operatoria cuyo fin es organizar el abordaje de problemáticas de salud y que goza de reconocimiento consensual en diversos ámbitos (derechos humanos, academia, políticas públicas nacionales e internacionales). La utilizaremos, por lo tanto, viendo en ella una importante superación respecto de la psiquiatría “científica”, pero a la vez sometiéndola a una continua revisión, en el camino hacia nuevos modelos teóricos. La ruptura de las representaciones dualistas debe darse en una interacción constante entre teorizaciones y acciones, incorporando la “salud mental” en “la salud”, a

sabiendas de que no contamos ni contaremos con una categoría científica e inmutable sobre la cual erigir nuestras prácticas, sino que nos toca construirla y reconstruirla (Stolkiner; 1989).

Asimismo, forma parte de esta tarea la búsqueda de propuestas para salud mental que sean originales de los países latinoamericanos, analizando la “cuestión social” como “cuestión nacional”, y atendiendo sus problemas acuciantes sobre la base de una caracterización de las demandas sociales y las potencialidades actuales de autodeterminación.

En las sociedades latinoamericanas actuales existen muy diferentes formas de atención de la salud, cuyo desarrollo tuvo lugar en función de condiciones religiosas, étnicas y económico/políticas, a partir de las necesidades de los sujetos y grupos. Tomando el concepto de “modelo de atención” desde una perspectiva antropológica, nos referimos a actividades vinculadas a la atención de los padecimientos en términos intencionales (buscan prevenir, controlar, aliviar, y/o curar). La enfermedad jamás se explica sino en el marco de uno o varios determinados modelos de interpretación y atención, que son histórica y culturalmente construidos. Por eso cuando hablamos de salud lo hacemos en verdad de salud-enfermedad-atención como un solo proceso integrado (Menéndez; 2003)

✓ **Modelo médico hegemónico y modelo tecnocrático**

Los modelos de atención se cristalizan institucionalmente en diferentes modalidades de acuerdo a procesos históricos y políticos, otorgando mayor o menor importancia a las dimensiones históricas y culturales de la salud, a las formas de atención subalternas, y al despliegue creativo, la participación y los derechos de los sujetos. Durante las décadas de los 70, 80 y 90 estos procesos en Argentina (y la Región) se dieron en el marco dado por la hegemonía biomédica y por el neoliberalismo en tanto marcas culturales y de las políticas públicas dominantes.

La *biomedicina* ha tenido un proceso de expansión hegemónica que es apreciable en dos aspectos: 1- en las actividades profesionales y niveles de cobertura biomédica; 2- en el proceso de “medicalización”, que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales (conflictos, “padeceres”) de la vida cotidiana, pasando a ser explicados y atendidos a través de técnicas y concepciones biomédicas (Menéndez; 2003).

Como rasgos principales del modelo biomédico, cultivados en la academia y reproducidos en el momento de la intervención, podemos mencionar: la tendencia a subordinar o excluir otros aspectos que no sean los biológicos (biologismo); la exclusión de la dimensión histórica (a-historicidad); la asimetría en la relación médico/paciente, empeorada por el cada vez menor tiempo de relación médico-paciente; y la exclusión de aspectos culturales.

Este modelo se encuentra en el origen de la Salud Pública en los países latinoamericanos, y orientó las primeras acciones frente a los padecimientos y las enfermedades. Con posterioridad, en la década de los 60, de la mano del desarrollismo y la Alianza para el Progreso, surge el *modelo tecnocrático* de la medicina social funcionalista, que mantiene algunos aspectos e introduce otros novedosos en la agenda de políticas sanitarias latinoamericanas. Manteniendo el dualismo mente-cuerpo y la noción de que la enfermedad es intrínseca al sujeto, introduce la idea de multicausalidad de la enfermedad y el análisis de determinantes sociales, culturales, etc, de la salud. Impulsa de este modo la posibilidad de prevención entendida como la programación científica para evitar que aparezcan conductas fuera de la norma, e introduce en las políticas de salud la necesidad de formar equipos interdisciplinarios para su atención. Se trata de un modelo normativizante y unidireccional, dirigido a sujetos pasivos: la participación del sujeto y la comunidad es entendida como “colaboración” al equipo técnico, que es el que “sabe”. (Stolkiner; 1989)

¿Cómo se imprimen estos modelos en las políticas de salud del país? Para analizar esta cuestión tomaremos la propuesta de Hugo Spinelli: utilizar la

categoría de “campo” (acuñada por Pierre Bourdieu)<sup>2</sup>, como superadora de “sistema” (de la salud). Desde esta perspectiva, el perfil epidemiológico de las poblaciones es una “huella” de la historia del campo. El de la Argentina en particular, se caracteriza por la *complejidad*, producto combinado de: alta concentración de capital económico, corrupción, estructuras administrativas arcaicas, falta de regulación en la formación de profesionales y el destacado valor social de la práctica en salud. Contexto en el cual la violencia simbólica se naturaliza y las desigualdades sociales se profundizan (Spinelli; 2010).

Las políticas de salud desarrolladas en las últimas décadas suelen ser los llamados “enlatados” de los Organismos Internacionales, concebidas como mecanismo de dominación de los países latinoamericanos, basadas en una lógica tecnocrática despolitizante. Actualmente este tipo de políticas son criticadas y enfrentadas por otras aéreas de gobierno, pero en el campo salud no se problematizan. Los gobiernos progresistas de América Latina parecen no poder escapar a la lógica de la biopolítica, siendo la salud un campo de control social, sobre la vida y la muerte de las poblaciones (Spinelli; 2010).

La fuerte presencia del capital económico en salud durante décadas y de manera forma estructurante del Estado, determina mecanismos de solidaridad invertidos, tales como el pobre financiando al rico, o lo público financiando al seguro privado. Mientras los agentes interesados en el capital económico se concentraron en las prestaciones de alta rentabilidad (muchas veces tercerizadas por el Estado) y en población sana con alto poder adquisitivo; los sectores de bajos ingresos, sin acceso a una ciudadanía capaz de colocar sus

---

<sup>2</sup> “Campo”, es la convergencia de recursos, problemas, y actores individuales o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas, que conforman una red de relaciones con autonomía relativa en el que se da una lucha por la consolidación, apropiación y el predominio de uno o más “capitales”. Los principales capitales son: económico, social, cultural y simbólico. En la lucha se disputa por la agenda política, que termina por definir un “juego”, con posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación. Estos juegos se despliegan en estructuras que son estructurantes de los sujetos, a la vez que estructuradas por ellos. Las acciones que se desarrollan no siempre son racionales ni reflexivas (Spinelli; 2003).

problemas en la agenda del Estado, quedan a cargo de éste, que en la mayoría de los casos solo puede brindar una medicina “para pobres” (Spinelli; 2010).

Si nos detenemos en un análisis particularizado del campo en salud mental, cobra relevancia alarmante el proceso de medicalización de la vida cotidiana como mecanismo de disciplinamiento (bio)político. La dominancia del capital económico, se cristaliza en un entramado de intereses de mercado (del que participa la industria farmacéutica y biotecnológica, corporaciones de seguro médico, medios de comunicación masiva y corporaciones profesionales) que desencadena un proceso de “fetichización”, es decir, extensión de las fronteras de las enfermedades tratables o prevenibles, que da lugar a una expansión de los mercados para nuevos productos.

De este modo la medicalización farmacológica es reflejo de una sociedad estratificada: coexiste una restricción de fármacos básicos para sectores populares, y un uso banal y abusivo de medicamentos en una minoría con altos ingresos. Pero la pobreza también es medicalizada: cuando los malestares de índole social, propios de las situaciones de pobreza, evolucionan a problemas médico-psicológicos, sólo desde allí intentan resolverse. Al respecto comenta la psiquiatra del Centro de Salud Tío Rolo:

“El humor tiene sus oscilaciones y responde a lo que sucede, porque si vos tenes cinco hijos y no tenes para comer y tu marido te pega, no vas a estar bien lógicamente. Y ahí, ¿Qué rol va jugando el antidepresivo?, yo le doy el antidepresivo a la señora y el marido le sigue pegando...” (psiquiatra; 2012)

A partir de un estudio de la producción de diagnósticos psiquiátricos, la rionegrina Graciela Natella plantea que los diagnósticos psiquiátricos se realizan usualmente desde una lógica de *supresión sintomática* más vinculada a los fármacos que a la búsqueda de sentido e identidad de los sujetos. Además se dio en las últimas décadas, una estandarización creciente de los diagnósticos psiquiátricos que es producto, por un lado, de la revisión de antiguos cánones con nuevas tecnologías, y por otro, del aumento de las caracterizaciones de conductas, emociones y pensamientos (que hacen a la subjetividad y

contextualidad de las personas) en el marco de la “enfermedad”, lo cual disminuye el umbral de tolerancia a los síntomas y malestares, tanto para el público como para los médicos (Natella; 2010).

El diagnóstico psiquiátrico se basa en el síntoma, sin diferenciar causas internas de motivos exteriores. Esto es muy criticado ya que puede ser la raíz de un error, conduciendo, por ejemplo, a diagnosticar como situaciones de depresión, lo que en verdad constituyen “tristezas de la vida”, sin asumir que otras dimensiones (sociales, culturales, económicas, políticas) del problema son a menudo más relevantes que la dimensión médico-psiquiátrica. Ello explica, quizás, el considerable aumento de (diagnosticadas) depresiones, y da pie a otra crítica a tener en cuenta: ¿No será que el uso abusivo de ansiolíticos cristaliza a menudo el deseo del médico de “silenciar al paciente”? (Natella; 2010).

De igual manera, algunos problemas o particularidades del carácter como la timidez o el miedo pueden ser consignados como fobias o pánico; comportamientos criminales son trasladados a la enfermedad; una alteración circunscripta a una población definida (por ejemplo la disfunción eréctil), termina presentándose como de extraordinaria propagación; una baja “performance” laboral o de aprendizaje es presentada como déficit de atención con o sin hiperactividad, incluyendo la administración de psico-fármacos inclusive a niños/as (Natella; 2010).

Ante esta creciente medicalización, desde una posición crítica la psiquiatra entrevistada reflexiona sobre su trabajo:

“La gente tiene cualquier clase de malestar y entonces se colocan en lugar de enfermos automáticamente o van a poner el problema afuera de su posibilidad de resolución (...) tienen patologías por las cuales consideran ellos que necesitan medicación (...) la gente quiere viste, evitar pasar por ciertas situaciones, entonces busca eso, el remedio que les resuelva los problemas.(...) Y realmente si toman un psicofármaco se sienten mucho mejor, porque también está la aparte que nadie dice, si tomás un psicofármaco te vas a sentir mejor, es así (...) por eso hay que ser cuidadosos en la administración porque estás iniciando personas en

adiciones que no tiene ningún sentido. Nosotros tenemos que indicarle al paciente que tiene que fijarse en la resolución del problema (...) si tienen angustia, eso puede ser normal (...) Tienen que aprender a tolerar ciertos niveles de malestar...por los cuales todos tenemos que pasar a lo largo de la vida. Inevitablemente tarde o temprano uno se va a enfrentar. Está siempre elevado el ideal que uno siempre tiene que estar contento, siempre bien (...) nuestro trabajo consiste en poder diferenciar a ver cuándo es que se puede trabajar con medicación y cuando no. Lo ideal sería que estas cosas no sucedan pero después en la práctica no es tan sencillo porque la gente es muy insistente, o como esa vez (contó un ejemplo), igual va a conseguir, y entonces a veces es mejor tenerlo bajo un tratamiento” (psiquiatra; 2012)

Tributario del modelo biomédico (hegemónico), la atención clínica asistencial en salud mental (no solo psiquiátrica) silencia los factores político-sociales y culturales, concentra el poder curativo exclusivamente en el saber profesional, concibiendo al paciente como incurable, peligroso, improductivo e incapaz de autonomía; centra las intervenciones en el paciente y sus síntomas, signos y discapacidad sin incluir una dimensión promocional. Si bien este modelo es principalmente sostenido por la psiquiatría, también involucra expresiones de la psicología y del psicoanálisis, las cuales, no contemplando la estructura social y su historicidad, abren camino a la medicalización (Natella; 2010)

Algo que diferencia sustantivamente el fenómeno de la medicalización del sufrimiento mental y la locura en relación al mismo proceso respecto de otras dolencias, es que para el tratamiento de las enfermedades mentales lo que domina es el confinamiento y coerción: el manicomio por excelencia, sustentado en una *lógica depositaria y dessubjetivante*. El tratamiento manicomial no se limita a aliviar el sufrimiento mental, para apropiarse de la totalidad del sujeto, invalidando a su vez otras intervenciones posibles. Pero no habría manicomio sin cultura manicomial, es decir, sin una forma de reproducción social que incluye cierta aceptación cultural de la exclusión, la intolerancia a las diferencias

y minusvalías, el estigma y el desconocimiento de los derechos de las personas con sufrimiento mental (Natella; 2010).

✓ **Malestares de la época: la nueva demanda**

La noción de salud-enfermedad-atención como un proceso integrado, nos permite la plasticidad conceptual necesaria para analizar cómo las respuestas institucionales tan a menudo en verdad constituyen parte del problema que origina las demandas. Algo de ello vimos recién al trabajar en torno a la medicalización y la manicomialización. Nos detendremos ahora sobre esta cuestión, pero tomando como punto de partida la dialéctica sujeto-cultura desde el psicoanálisis, en la que hallamos ciertos malestares subjetivos inherentes a la misma, pero que en cada época (momento histórico en un lugar determinado) cobran particularidades que imprimirán un carácter especial a las demandas de salud mental.

En “El malestar en la cultura” (1927-1931) Freud habilita un marco para el análisis de las interacciones entre los sujetos y la cultura en la que se constituyen como tales. Veamos brevemente su propuesta, sobre la que se asientan los marcos de análisis que tomaremos luego.

Freud explica que diversos fenómenos de la vida, como procesos psicológicos y sociales, se fundan en un juego dado por la acción conjugada y contrapuesta de la “pulsión de vida” (Eros), la cual tiende a conservar la sustancia viva y a condensarla en unidades cada vez mayores; y la “pulsión de muerte” (Tánatos), aquella que pugna por disolver esas unidades, devolviéndolas a su estado originario (Freud; 1927-1931).

De acuerdo a la constitución psíquica general y el “vivir en el mundo” de los seres humanos, Freud sostiene que su actividad se despliega siguiendo el “principio de placer”, lo cual implica dos direccionalidades: por un lado la búsqueda de felicidad, que se puede traducir como la satisfacción casi siempre instantánea de necesidades acumuladas que han alcanzado un punto elevado de tensión, y, por lo tanto, solo puede darse como un fenómeno episódico, pues

gozamos intensamente del contraste, no de la estabilidad; y por otro lado, evitar ocurrencia de lo negativo, el sufrimiento. Este último acecha desde tres lugares: el propio cuerpo, frágil y perecedero; la naturaleza, hiperpotente, incontrolable para nosotros; y desde las relaciones con los otros, que es el más doloroso de los sufrimientos.

En una u otra dirección, el “principio de placer” es irrealizable, es decir, que la vida se nos impone de una manera pesada. Pero la felicidad es al mismo tiempo irrenunciable, por eso el hombre ha ensayado diferentes estrategias para acercarse a ella o al menos amortiguar la miseria de la vida. Se destacan tres estrategias básicas: distracciones poderosas, que permiten un sosiego a través del “autogobierno” de las pulsiones, aunque a expensas de una reducción de las posibilidades de goce; satisfacciones sustitutivas, que se valen de desplazamientos de la libido y la sublimación para hallar placer en otras actividades como, por ejemplo, las intelectuales (ciencia, arte); y sustancias embriagadoras, como el viejo y conocido alcohol, y otros tóxicos que impactan directamente en las “sensaciones”, eliminando el sufrimiento y otorgando placer. Esta poderosa propiedad de los “quitapenas” es la que al mismo tiempo determina su carácter peligroso y dañino (Freud; 1927-1931).

Los males que nos aquejan desde la naturaleza y desde nuestro propio cuerpo son inamovibles y no merece demasiado análisis. Pero el sufrimiento que proviene de nuestra relación con otros seres, con la sociedad y el Estado, llama un poco más la atención por tratarse de nuestra propia obra civilizatoria, la cultura. “Cultura” son todas las operaciones y normas que distancian la vida de los seres humanos en relación a sus antepasados animales, y que sirven a dos fines: la protección frente a la naturaleza y la regulación de los vínculos recíprocos entre personas. Es por lo tanto, desde la familia y el trabajo primitivos hasta restricciones que configuran la limpieza y el orden, diferentes formas de sublimación, y toda serie de actividades impulsadas de acuerdo al principio de placer. El amor (Eros) que funda la familia sigue activo en la cultura, tanto como amor genital, que lleva a la conformación de nuevas familias, como de meta inhibida, que lleva a la ligazón con otras personas en fraternidades. Uno de los

principales fines de la cultura es aglomerar a los seres humanos en grandes unidades, por lo cual sustrae de la sexualidad un gran monto de la energía psíquica. El origen de las neurosis está en la intolerancia a estas frustraciones de la vida sexual. A pesar de los grandes avances del conocimiento, la tecnología, las comunicaciones, etc. que en principio debieran potenciar la comunicación y ligazón con el otro, “no nos sentimos bien en nuestra cultura” concluye Freud, y este malestar, por su misma constitución, es inherente a la cultura y, por lo tanto, inherente al ser humano (Freud; 1927-1931).

Desdicha que sería agravada por el refuerzo de la cultura en sus empeños por restringir una “agresividad originaria” del ser humano: pulsiones agresivas que se distinguen más claramente cuando se dirigen hacia el exterior, como pulsión de destrucción; pero también pueden ser autodestructivas, toda vez que la agresión hacia afuera es limitada. (Freud; 1927-1931)

Ahora bien, bajo este marco ¿Cómo se configura en nuestra sociedad esta relación cultura-subjetividad?

Emiliano Galende (2001) destaca el surgimiento de nuevos problemas humanos a partir del proceso de modernización excluyente, que ha configurado la marginalidad de grandes sectores de la población, condenados no sólo a la miseria económica sino a una existencia desvinculada de los procesos de la vida colectiva debido a una fractura inusitada de los vínculos sociales. El riesgo de “fracaso” y enfermedad es siempre mayor en estos sectores.

Asistimos a una des-historización del sujeto, a una pérdida de lo colectivo y del sentido de unidad que tenía la historia para el hombre moderno.

“Pérdida de vínculos sociales que deja al desnudo tanto el desamparo como la violencia. El desamparo social, la miseria que disgrega los lazos sociales de solidaridad, el desasosiego crónico, el embotamiento y el hastío que caracterizan la vida de quienes sufren la maquinación, llevan a un des-investimento global de la realidad y al sentimiento de vacío. Por estos sentimientos, o queriendo luchar contra ellos, se producen diversas actitudes: la caída en las drogas o el alcohol, la violencia como estilo de vida

cotidiano en el que se entrama la relación social, la socialidad artificial de encuentros sin diálogos ni reflexión, la robotización de la vida cotidiana.” (Galende; 1994: 289)

Detengámonos un momento en lo que señala Galende sobre “la violencia como estilo de vida cotidiano en el que se entrama la relación social”, ya que se trata de una coordenada cultural de época relevante, muy presente en el territorio de referencia del CIC a la vez que destacada por los profesionales entrevistados, ellos afirman:

“En general lo que me parece que aparece como instalado es que (...) las relaciones entre la gente son cada vez más violentas, entre pares adolescentes, entre mujeres adultas, hombres (...) aparece en estas situaciones el lugar que tiene el hombre, como que es él que está a cargo de todo y la mujer tiene que bancarse así como un segundo plano y estar a disposición. En general en esos casos es (...) cuando aparecen situaciones de violencia, aparecen frustraciones en lo laboral en general, y que además es como algo normal pegarle a la mujer y después pedirle perdón” (trabajador social; 2013).

“Hay una cuestión cultural en relación a la violencia que me parece que es con el lugar de la mujer, el lugar del hombre (...) donde hay una creencia de esto que el hombre es el más poderoso. La mujer quedaría en el lugar más débil (...) una cuestión medio machista que hay (...) se mueve un poco desde el consultorio algunas de estas creencias. Pero me parece que a lo mejor está muy instalado a nivel de la comunidad” (psicóloga; 2012)

“(situaciones causantes de ansiedad) Violencia de verdad, o sea no eran temores indefinidos, era miedo porque a fulano lo iban a venir a buscar, porque se la tenían jurada porque había muerto fulanito, y así. Son casos de violencia real. También un ansioso puede tener miedos medio irracionales de cosas que a veces no son reales, pero en estos casos era real” (psiquiatra; 2012)

(sobre conversaciones con un grupo de chicas pre-adolescentes) “hay una canción esta de ‘nene malo’ que (...) en una parte que dice ‘lo bailan las rochas y lo bailan las chetas’, les preguntamos (...) quién eran las ‘rochas’, y

eran las que se vestían así como ellas se visten (...) las 'chetas' eran más o menos parecidas pero eran las que peleaban en grupo (...) la diferencia estaba en la forma de pelear. O sea las 'rochas' se las bancan de a una y las 'chetas' como que te atacan en patota. Pero no había mucha diferencia, salvo metodológica. Y ya está puesto en una letra de una canción (...) la música es uno de los lugares en donde se van transmitiendo cosas" (trabajador social; 2013)

Por otra parte, veremos más adelante que la violencia atraviesa las relaciones entre barrios, condicionando la circulación de los sujetos y las posibilidades de construcción de lazos sociales.

Continuando con la propuesta de Galende, el autor analiza los procesos de *individuación* desenvueltos en una nueva "cultura del amor" caracterizada por objetos adictivos, por la desarticulación de vínculos, la disociación sexo-amor, indiferencia, desinterés y vacío afectivo.

La existencia de una cultura en la que se inscriben los procesos de individuación, requiere de lenguaje y, por lo tanto, de la presencia del "otro", sólo con estas condiciones es posible la sublimación, la filiación, la identidad social, etc. Sin embargo, la utopía de realización personal propuesta con cierto éxito por el liberalismo desde la modernidad y con mayor peso en nuestra época, se constituye "por fuera", con indiferencia del conjunto social, reduciendo lo público al mercado, o bien a la exclusión. Por resultado vemos una importante merma de individualidad en la que los sujetos padecen el aislamiento, pero sólo atinan a buscar refugio en el consumo, lo cual sólo produce alienación y masificación, mientras lo público pierde sus rasgos de solidaridad, cooperación e interés por las transformaciones sociales, siendo significado con la pobreza y violencia (Galende; 2001).

Remitiéndose a la metáfora del "puente" y la "puerta" (acuñada por el filósofo alemán Georg Simmel) que permiten al sujeto articular su espacio interior con lo que está fuera de sí, Galende sostiene que el sujeto actual sufre una cerrazón semejante más bien a una "pared" que le impide actuar sobre lo social, por lo cual se vuelca sobre sí mismo, de esta manera contiene en sí las

contradicciones del funcionamiento social. Esto explica en parte el auge del hedonismo, las neocomunidades (narcisismo de las pequeñas diferencias), el declive de las grandes ideas aglutinadoras de “nación” y “pueblo”, y un sinnúmero de dificultades para construir relaciones interpersonales afectivas, profundas y duraderas. El amor constituye un verdadero *indicador clínico social*.

Ser “empresario de sí mismo” se ha convertido en la clave del éxito, pero no se trata de una elección sino de una imposición, una exigencia de competitividad bajo la constante amenaza de exclusión. Este estado cultural, sumado a la desprotección institucional de los “menos aptos”, constituye una presión psíquica inédita y una crisis identitaria para los individuos, por lo cual está dando lugar a una *nueva nerviosidad moderna*: formas de sufrimiento subjetivo englobadas bajo las nociones de depresión, crisis ansiosas, pánico o inseguridad (Galende; 2001).

En un intento por aliviar estos malestares se acude al consumo de psicotrópicos, lo cual forma parte de los diversos paliativos que ofrece el mercado autónomamente y sin correlato en las necesidades humanas (dietas, turismo, entretenimiento, pastillas, etc.). De manera que, a diferencia de otras épocas o del consumo de otras sustancias, el consumo actual de psicofármacos (drogas legales como tranquilizantes, ansiolíticos, hipnóticos, etc.) se da masivamente bajo el miedo a la exclusión, bajo la necesidad de integración social: de mantener relaciones afectivas y laborales. Ya no se trata del deseo de evadirse de la realidad, tampoco de un consumo clandestino y estigmatizante, al contrario, este consumo es legitimado por “la ciencia” (médicos y laboratorios) y por el imaginario social que acepta aquella nerviosidad o depresión como una enfermedad leve propia de la esfera personal del afectado. Se trata de formas de *medicalización de malestares sociales*, que impide pensar y actuar sobre las causas (Galende; 2001).

El empobrecimiento subjetivo fue analizado por Fernando Ulloa (1999) bajo el concepto de “cultura de la mortificación” que, en tanto matiz del sufrimiento social contemporáneo, atraviesa tanto a los sujetos asistidos como a menudo a

los que encarnan las instituciones terapéuticas. Aquél término deriva de “mortecino”, falta de fuerza, apagado, sin viveza, un dolor enojado e impotente que a veces se acompaña de fatiga crónica. Sin embargo, no deja de ser “cultura” porque es generada por dispositivos socioculturales y porque no ha desaparecido del todo la producción de pensamiento y el valor para resistir. Son indicadores de mortificación la desaparición de la valentía, que da lugar a una actitud resignada y cobarde; y la frecuente “queja”, propia de aquellos individuos que se apoyan en sus debilidades para lograr la piedad de los opresores, ubicándose en las antípodas de la actitud de crítica, autocrítica y protesta. Tales actitudes no conducen sino a pequeñas infracciones oportunistas, con el objeto de obtener ventajas mezquinas, o una tendencia a esperar siempre soluciones imaginarias, independientes del propio esfuerzo. De una u otra manera, constituyen un terreno propicio para el engaño y manipulación de conductores que se ajustan a esos idearios. Lejos han quedado las acciones colectivas, de transgresión y de resistencia que se despliegan así sea corriendo riesgos (Ulloa; 1999).

Ocurre que la institución de la *ternura* se enfrenta cotidianamente con el proceso de *manicomialización*. En efecto, la ternura constituye el escenario de construcción de la condición pulsional humana, en tanto primer motor de la cultura, a través de sus suministros (tiernos) comienza a forjarse el sujeto ético. Ternura es, fundamentalmente “buen trato”, del cual deriva “tratamiento” (en el sentido de “cura”). En contraste, “mortificación” constituye la máxima patología del tratamiento (“maltrato”) cuando éste se organiza como manicomio. Pero éste no se limita al hospital, sino que comienza en los diagnósticos, toda vez que se repudia el “para qué” y el “porqué” de los síntomas, quedando el sujeto encuadrado en un estándar (en el fondo arbitrario) anulador de la singularidad clínica del sujeto. Prosigue el maltrato cuando el diagnóstico se convierte en pronóstico: el encierro (Ulloa; 1999).

Pero en verdad la historia de la manicomialización comienza en la cuna de cada ser humano y en la cuna de la civilización, toda vez que prevalece la ley del más fuerte y aparece la “*encerrona trágica*” que cierra el espacio para la

simbolización y el pensamiento crítico de los sujetos. Ocurre en la familia, en la escuela, en el trabajo, en las relaciones políticas, y se perfecciona a través de dispositivos socio-culturales que despliegan *crueldad* (se distingue de la agresión por el hecho de que esta se ubica en el registro de lo heredado instintivamente). La encerrona trágica consiste en una situación sin salida, de dos lugares, víctima y victimario, sin tercero de apelación (la ley), en contraposición a la ternura, para la cual la ley es esencial (Ulloa; 1999).

En consonancia, Eugene Enriquez en “El trabajo de la muerte en las instituciones” (1989), advierte la necesidad de tener en cuenta las características de los sujetos que usualmente son asistidos en las instituciones terapéuticas, ya que por lo general no han tenido previamente en su vida encuentros con la ley estructurante del psiquismo, es decir, con el discurso de represión necesario (límite explicado y aceptable), dado por un amor positivo que favorezca su gradual autonomía y constitución como sujeto de cultura (creador de lenguaje, habilitado para la sublimación). Al contrario, se trata de sujetos que estuvieron expuestos a “excesos”, violencias, carencia afectiva, y se encontraron, en todo caso, con una represión arbitraria, excesiva (en la que lo prohibido aparece como demoníaco y produce culpa), o bien con una ausencia de la misma. A menudo se han visto inclusive ante una “supresión”: censura, violencia sin voz pero que deja marcas, provocando falta de esperanza y angustia de muerte. Resultan de todo esto una pérdida de sentido y de la posibilidad de construirlo, marco en el cual ven en el otro una amenaza (Enriquez; 1989).

Como vemos, el proceso de individuación, de construcción de sujetos éticos, no resulta tan sencillo y puede verse minado de obstáculos. La psicóloga entrevistada dimensiona tales obstáculos como desencadenantes de angustias, violencia y consumos problemáticos, analizándolos en términos clínicos en base a las dinámicas familiares que observa desde su trabajo en el consultorio y en un taller con pre-adolescentes.

“En lo familiar...creo que ahí es el origen de todo (...) familias desintegradas, donde en general no hay padre presente, y muchas veces no se sabe. Hay una cuestión de confusión de la identidad, de quién es el

padre, bueno todas estas cuestiones se repiten en casi todos los chicos. Y donde hay una figura paterna (...) que es violento muchas veces (...) o el otro extremos de esas duplas madre-hijo en general en las adicciones, que (el hijo) queda absorbido por la madre, y el padre tampoco está presente...” (psicóloga; 2012)

En síntesis, los procesos de ruptura de lazos y empobrecimiento subjetivo, van generando nuevos problemas humanos que no son abordables desde la configuración de lo psiquiátrico y tecnocrático cuya caducidad abre lugar a la búsqueda de otras respuestas. Pero ¿Cómo se generan socialmente las demandas a partir de estos nuevos problemas?

Como secuelas profundas del modelo tecnocrático de la década de los 90', quedó instalada una tecnificación de la vida social, con notables efectos en las representaciones colectivas de los vínculos humanos, en el que es hegemónico un tipo de demanda que apela a un conjunto de disciplinas “técnicas” para el mantenimiento del tejido social ya resquebrajado por daños psíquicos y sociales, con sus consecuencias: alcoholismo, maltrato, violencia, etc. Este pedido proviene tanto de los portadores de los dramas sociales (en salud mental drogadicción, alcoholismo, conductas asociales, menores delincuentes, trastornos psicosomáticos, conflictos de familia, etc), como de la sociedad en general; en el fondo, goza de consenso social y legitimidad en virtud de una necesidad de estabilización de la vida colectiva, pero el carácter en que se presenta no es “espontáneo” de la sociedad, sino producido por el Estado y los medios masivos de comunicación. Problematicemos ahora esta demanda, y las respuestas existentes y posibles.

Sobre la administración de malestares por expertos, ya vimos algo al caracterizar al modelo tecnocrático y la hegemonía biomédica. Agregamos acá que genera en la comunidad un empobrecimiento cultural al aplastar sus potencialidades creativas, abriendo un abismo entre la cultura de los “técnicos” y la infraestructura comunicativa de la vida cotidiana, reproducen así la diferenciación social estigmatizante, o bien se limitan a una estética ante la urgencia (Galende; 1994).

Dada la masividad de las demandas y su comprensión como emergidas de nuevas problemáticas complejas e indisociables del contexto cultural, su asunción por el poder político-administrativo fue dando lugar a políticas de salud mental. Se trata de un intento por coherentizar y homogeneizar un sector de problemas humanos, de transformarlos en problemas de salud mental para proveer soluciones a partir de una práctica social. No deja entonces, de constituir una solución técnica, ni escapa a la contradicción en la que se asienta este tipo de intervención en tanto dispositivo para el mantenimiento del orden. Sin embargo, y teniendo en cuenta que a menudo quienes operativizan tales dispositivos son trabajadores de lo social portadores de ideales de igualdad y solidaridad, se abre un espacio en el que el ejercicio de la autocrítica para la sensibilización respecto de las contradicciones resulta clave y puede dar lugar a otro tipo de acciones sociales y comunitarias. “Se trata e intervenir técnicamente abarcando al conjunto de cuestiones implicadas y haciendo partícipe al sujeto y a la comunidad en la búsqueda de soluciones” (Galende; 1994: 191). No significa olvidar que el problema desborda las intervenciones técnico-asistenciales, sino que se trata de una intervención (ya sea e asistencia, prevención o promoción) que, consciente de su dimensión política, actúe en el tejido social “donde se producen las fracturas de la relación humana, para ayudar a recuperar lo que entendemos como condición necesaria de un desarrollo subjetivo más pleno: el lazo social, la solidaridad grupal, la asunción colectiva de los problemas” (Galende; 1994: 211)

De manera que el mismo pedido, reflexión colectiva mediante y bajo otra concepción de la participación social, puede cobrar un curso diferente.

✓ **APS y Modelo comunitario de atención en salud mental**

Durante la segunda mitad del siglo XX surge otro paradigma en la atención de la salud mental, a partir de los movimientos de derechos humanos, y de la definición de la salud (OMS, 1948) en la que se reconocen contextos de vida del individuo como factores de alta incidencia en la salud y enfermedad de la población. Luego esta perspectiva fue tomando forma en los desarrollos de la psiquiatría preventiva y comunitaria, las estrategias de la atención primaria de la

salud y las experiencias de reforma de la atención en salud mental que se sucedieron en el mundo. Surge de este modo el “modelo comunitario de atención”, o modelo “desmanicomializante”, caracterizado como un “...enfoque histórico-social, ético y democrático, que propone una atención territorial, accesible, descentralizada, participativa e integral, sosteniendo valores de solidaridad y equidad.” (Natella; 2010: 23). En la legislación internacional, el modelo comunitario tuvo su primer gran expresión en la Declaración de Caracas, suscripta por todos los países de la región en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por OPS/OMS en Noviembre de 1990. En Argentina, la Declaración es reconocida como guía en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en el año 2010.

Luego de la reunión de Alma Ata, en la que se consagran los principios de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, a cada país firmante le compete fijar los criterios políticos para ponerla en marcha, siguiendo algunos ejes prioritarios que pueden resumirse así (Galende; 1994):

1° se trata de una concepción general de la salud que: a) devuelve a los sujetos y comunidades su responsabilidad y decisión en asuntos de salud; b) implica una nueva concepción de la utilización de recursos (por la que el hospital ya no es el núcleo); c) establece un sistema de equidad para todos los niveles; d) concibe la salud como uno de los elementos del bienestar general.

2° es una estrategia que se basa en la integración de actividades curativas, de prevención y de promoción, y tiene en cuenta que la respuesta a los problemas de salud requiere la intervención de dominios que exceden al sistema sanitario (ámbitos culturales, económicos, sociales).

3° supone medidas políticas de envergadura que actúen sobre la calidad de vida de la comunidad, se imbrica, pues, con problemas de desarrollo económico y de justicia social.

Con posterioridad se ha intentado vincular estos ejes con los problemas específicos de salud mental, sobre los cuales se venían gestando propuestas

que asignan un papel central a la participación de la comunidad, en el marco de la campaña de denuncia de la psiquiatría y su papel represivo.

La referencia a APS en las propuestas de salud mental, implica pues, un compromiso de integración en tres direcciones: integrar un plan general, de carácter político; integrar la “salud mental” entre comillas, en la salud pública general con anclaje en la promoción de la salud; integrar a la comunidad, a través de sus organizaciones naturales, en todos los niveles de gestión de sus problemas de salud mental. Sin embargo, no se trata de pensar una estrategia de APS en salud mental, lo cual constituiría una atención primaria selectiva que distorsiona la APS (dejando intacto el sistema general que se cuestiona), sino de integrar la salud mental en las propuestas de APS (Galende; 1994).

En consonancia con la estrategia de APS y la incorporación de salud mental en este campo, el trabajador social del CIC exponía su posición de la siguiente manera:

“Siempre fue como toda una discusión el tema de la salud mental, como que aparece por fuera, no es prioridad en la salud en general, como que debería ser parte, lo que pasa es que (es un espacio) que necesita fortalecerse, entonces necesitas definir una ley de salud mental, servicios de salud mental para abordar el tema porque evidentemente no se estaba haciendo. Entonces desde ese lugar, sí me parece que hacía falta como remarcarlo y armar un espacio específico. Lo que sí, me parece que (...) pueden estar abonando ahí todos los profesionales que laburan incluso ni siquiera sólo en el ámbito de la salud. (...) tomado como una política de todas las áreas del Estado. Y si vos lo pensas como un derecho humano, ahí estaría más claro, pero por lo menos que se plantee como una línea de laburo específica de la política estatal (...) dándole una prioridad, hasta que en algún momento forme parte y no haya que hacer esta división entre salud y salud mental...pero a lo mejor es todo un proceso (...) Esa idea ‘mente sana in corpore sano’ es la posibilidad de tener acceso a buenas condiciones de vida, (...) en general si estas laburando, tenes un hábitat digno y condiciones de espacios recreativos, de vivienda, agua, servicios.

Estas como menos permeable a cosas que te compliquen en relación a todo el espectro de la salud” (trabajador social; 2013)

Por su parte, puede deducirse que algunas opiniones de la psiquiatra y la psicóloga también se ubican en la misma línea al indicar una sensibilización respecto de los condicionantes sociales de la salud y la certeza de que no basta con intervenciones focalizadas para la resolución de problemáticas complejas, sino que se requiere de cambios más sustantivos y en otras esferas.

“Las cuestiones de calidad de vida (...) influyen también en las cuestiones subjetivas, porque bueno, vivir todos en una habitación así chiquita todos juntos, que se llueve el techo, hacen a la calidad de vida y hacen la salud mental también” (psicóloga; 2012)

“El tema de la pobreza, el problema económico (...) siempre en alguna medida está eso detrás. O que se tiene que separar y no tienen dónde ir, entonces tiene que convivir y se pegan y se odian y tienen que convivir igual... (...) entonces surgen los problemas y eso genera ansiedad y todo lo demás (...) Es como medio complejo también, ¿Qué intervención va a hacer uno en ese tipo de situaciones en donde hay un predominio más bien de lo social, de la pobreza? No se, clases de cuestiones que hace una manifestación finalmente en síntomas físicos.” (psiquiatra; 2012)

Emiliano Galende advierte algunas cuestiones sobre esta integración que, afirma, no debe descuidar las diferencias que existen entre los planos de la medicina y la salud mental.

1. Mientras el bienestar físico guarda relación con la norma biológica y es, por lo tanto, mensurable, el bienestar mental se rige por normas socioculturales y se constituye como valor en la experiencia colectiva del sujeto. De manera que resulta importante para toda intervención comunitaria, la intelección de estos valores, cuya combinación establece lo que para una comunidad son condiciones de un bienestar mental. Se debe, asimismo, respetar las formas espontáneas que los grupos humanos construyen para la comprensión y gestión de su bienestar y sus sufrimientos (al contrario del valor dado al desarrollo técnico-científico en la medicina).

En términos de Menéndez, se trata de realizar un análisis socio-cultural del sistema de atención real del que se sirven los sujetos y conjuntos sociales. Desde esta perspectiva no nos interesa la mayor o menor eficacia, eficiencia o calidad, sino reconocer su existencia y peso específico en el imaginario popular. Pues los sujetos generalmente practican un “pluralismo médico”, que consiste en la utilización potencial de varias formas de atención tendiendo a integrarlas; no sólo para el tratamiento de diferentes problemas sino también para un mismo problema de salud (Menéndez; 2003).

Subordinadas al modelo médico hegemónico, subsisten otras formas de atención (alternativas, “new age”, autoayuda, “popular” y “tradicional”, etc.) entre las que cobra relevancia la noción de auto-atención que propone el autor, que implica las representaciones y prácticas de la población para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios. Constituye el principal núcleo sintetizador y de articulación práctica de las diferentes formas de atención, y es también un paso necesario y decisivo para las mismas. La auto-atención es, pues un proceso estructural necesario en toda cultura, que implica decisiones tomadas por los sujetos desde determinados saberes y experiencias; constituye además, el medio a través del cual los sujetos y grupos despliegan su capacidad de acción y creatividad, constituyendo así un potencial mecanismo de afianzamiento de ciertos micropoderes y de la validez de sus saberes (Menéndez; 2003)

Resulta interesante observar cómo en las entrevistas realizadas surgieron, por un lado, algunos elementos de las representaciones de los sujetos de la comunidad respecto de lo que les pasa y que da lugar a demandas de intervención al Estado (específicamente a las profesiones de los entrevistados) o a estrategias autogestionadas de atención; y por otro, las representaciones de los profesionales respecto de aquellas formas de comprensión y gestión de la comunidad respecto de la salud mental y de su trabajo.

El trabajador social ubica como un elemento saludable de la comunidad:

“Esa posibilidad de juntarse, proponer cosas en el barrio (...) el hecho de que hay gente preocupada y ocupada en relación a los jóvenes, en relación también a niños, jóvenes, adultos mayores (...) Sobre todo lo que siempre aparece es el tema de la droga, la adicción, y esta preocupación de ‘bueno lo hacemos por los pibes, necesitamos gente que los atiendan, lugares en donde se los pueda internar, hacer un laburo preventivo’” (trabajador social; 2013)

Respecto de situaciones vinculadas a la salud mental que se han presentado en el CIC, el trabajador social analiza las interpretaciones de los sujetos y sus estrategias:

“Cuando aparece la angustia frente a una situación, como que te da la posibilidad de ofrecer alguna otra ayuda que no sea solo empezar a trabajar sobre ese tema, pero no aparece explícito. De hecho la consulta con un psicólogo o una psicóloga (...) aparece eso de ‘yo loco no estoy’ (...) ‘¿Qué van a decir los demás?’. En el caso del que es adicto lo toma como: ‘sí, yo estoy medio loco al estar consumiendo’. Sí aparece en relación a la locura (...) Lo religioso sí aparece mucho, la religión evangelista, distintas vertientes, como una salida. (Otra estrategia) es recluírse y no tener contacto con nadie, encerrarse; o la otra, de salir y generar relaciones con los propios vecinos (...) en la iglesia evangelista sobre todo en esas situaciones más marginales, aparece ‘yo encontré la palabra, me siento bien’. Son situaciones que ya han pasado por un transe de estar muy hechos pelota” (trabajador social; 2013)

En relación al imaginario social sobre la figura del trabajador social que puede observar en las demandas de atención, refiere situaciones que no se vinculan con la salud mental, ni con la locura.

“Lo que aparece en general es que alguien que pueda estar ayudando primero en cuestiones materiales, trámites en ese ámbito, cosas que ya vienen predeterminadas (...) después empiezan a aparecer otras cuestiones (...) lo que aparece como parte de tu laburo es gestionar cosas (...) dicen bueno ‘ahí aparece alguien que me va a escuchar planteos’, no solo de la chapa, el tirante esas cuestiones, sino de otro tipo, ya más cuestiones de una pensión, la Asignación, el trámite de un documento, el ANSES (...) Y

después hay gente que vine para planteos de cuota alimentaria, cuestiones que están más relacionadas con un asesoramiento legal (...) proveer cosas, resolver situaciones, como que la gente te cuida y también te mata (cuando no ve respuestas)” (trabajador social; 2013).

Se prevé que el rol de los trabajadores sociales cobre mayor relevancia dentro de programas de salud mental comunitaria, al igual que otras disciplinas no-“psi”, pero es posible observar que aún no es asociada en el imaginario social directamente a este ámbito de inserción, lo cual los (nos) ubica en una posición tácticamente ventajosa a la hora de proponernos “provocar” la demanda de atención en salud mental, sorteando prejuicios y representaciones sociales reticentes a lo “psi”, planteando en cambio otras representaciones afines al perfil de trabajo de estas disciplinas en el marco del modelo comunitario. Claro que semejante tarea cobra sentido si se halla apuntalado por acuerdos de trabajo interdisciplinario. Son este tipo de cuestiones las que, asumo, deberá explorarse en detalle, por cada equipo y ante cada comunidad.

Por su parte, la psicóloga comenta sus dificultades para el trabajo en consultorio con adolescentes, cuando se ausenta una demanda del paciente:

“(vienen) con esa particularidad de...que los trajo la madre y con una cuestión de que no quiere ir a la escuela, dejó la escuela, y si no, derivados de la escuela. Que sería el mandato que para su edad sería el más importante digamos, de acuerdo a (...) viene la madre ‘dejó de ir a la escuela y no hace nada, no trabaja, no hace nada’... Y tampoco quieren venir en general, muy difícil trabajar con adolescentes...desde el consultorio (...) yo lo que veo es que no parece una cuestión problemática en ellos (...) no lo ven como un problema que ellos tienen. Pero sí veo que hay un problema de fondo, que es lo que por ahí yo trato de trabajarlos con ellos, que puedan ubicarse en esto que está pasando (...) La falta de proyecto veo que es algo que...falta de ideales (...) como el tema del estudio, eso no está tan significado quizás porque hay una creencia de que no pueden...no acceden a estudiar una carrera y ser profesional por ejemplo (...) entonces las mujeres ven el proyecto de tener un hijo como algo más concreto que otro proyecto a lo mejor...” (psicóloga; 2012)

En relación a las representaciones de sus pacientes sobre el espacio de consultorio de psicología, la profesional explica:

“No saben en general mucho de que se trata (...) como que lo relacionan más con la figura del médico (...) Y bueno, de la pregunta (que ella les realiza) de qué hace un psicólogo, es generalmente ‘no se’, el no saber, no saber, no saber; y en relación a porqué ellos vienen acá, en general (...) como que pensarían que esto es una cuestión más correctiva y que vienen acá a aprender a portarse bien, o los que les va mal en la escuela (...) que yo les voy a enseñar...” (psicóloga; 2012)

En los casos donde se presentan situaciones de violencia, analiza:

“(existe una) naturalización de los problemas, de la violencia de las cuestiones que se están viviendo (...) muchas veces consultan y hace años que estaban viviendo el mismo problema, y llega un momento en que a lo mejor sí consultan (...) no se si será una cuestión cultural, o una cuestión de un poco de desconocimiento de lo que hace un psicólogo y que ellos pueden tener un lugar acá” (psicóloga; 2012)

De los imaginarios sobre salud mental que subyacen a la relación paciente-psiquiatra ya dijimos algo al trabajar la problemática de la medicalización, al respecto comenta la psiquiatra:

“lleva mucho trabajo no es cierto, evitar el inicio de una terapia con psicofármacos cuando el paciente quiere o se imagina que necesita, es mucho trabajo tratar de sostener el ‘no’ digamos. Quizás es algo que está sucediendo ahora: está de moda el bailarín de Show Mach, tiene trastornos de pánico entonces (...) de a poco se va introduciendo esa idea en la gente (...) Entonces, después cualquier persona que se sintió angustiada o que le pasó algo y está angustiada...ya piensa que ya puede estar enfermo...y empieza a pensar en eso y empieza a recabar datos que le dan que está enfermo y que está enfermo de eso. Siempre estamos hablando de ciertos perfiles, no cualquiera va a tener ese problema pero, entonces ya cierto perfil se va a sentir cada vez más enfermo y va reproduciendo un poco esos síntomas” (psiquiatra; 2012)

Por otra parte, la psiquiatra vincula el recurso de sus pacientes de acudir a la religión como parte de la misma des-responsabilización que origina el pedido de psicofármacos.

“Porque la religión, ese tipo de resolución, muchas de esas religiones ‘Dios te va a resolver el problema, tenes que rezar’ y es más de lo mismo. Es como que al problema lo resuelve alguien más, esas resoluciones casi mágicas que proponen las religiones, ahí captan personas” (psiquiatra; 2012)

Las representaciones de los sujetos sobre lo que les pasa y sobre el trabajo de los profesionales del CIC, darían cuenta de su modo de auto-atención, constituyendo así aquel núcleo sintetizador con el que debemos entrar en diálogo para iniciar un trabajo con estos sujetos. Sin embargo, es notable como al indagar este punto en las entrevistas, lo primero que tiende a surgir son los elementos más negativos y obstaculizadores de la atención clínica, algunos casos acompañados de juicios de valor sobre las representaciones de los sujetos. Asimismo, en las profesionales “psi” es notable una mirada no atenta a los espacios auto-gestivos de la comunidad, o un desconocimiento del territorio en este sentido. Tales espacios, desde otro punto de vista más vinculado a la salud mental comunitaria, cobran centralidad en tanto pueden entenderse como preventivos, fortalecedores de lazos sociales, característicos de una participación protagónica de la comunidad, etc.

Al profundizar en el trabajo con mujeres, es donde comienzan a aparecer valoraciones más positivas y elementos facilitadores de la tarea clínica.

“Siempre son más las pacientes mujeres, no se porqué. Por lo menos en atención primaria, es casi la prioridad decirte en salud mental” (psiquiatra; 2012)

“Hay diferencia entre hombres y mujeres. En las mujeres sí, hay una diferenciación más del problema y querer hacer algo con esto” (psicóloga; 2012)

“Me parece que eso en las mujeres están más predispuestas, alguien que les pueda dar una mano, el hombre es más reacio a acceder a eso. Hay de todo eso es relativo (...) lo del psicólogo no les parece raro, pero el tema es cuando les toca a ellos, se les complica más. Pero los hombres tampoco transitan tanto por el espacio de salud y en el CIC son más las mujeres que los hombres, si vos te pones a ver...e incluso en la oferta son más mujeres que hombres. O sea tenés una Psiquiatra, una Psicóloga, Enfermeras, Médicas. Y también tenes el Odontólogo, un Administrativo y el mucamo y nada más. (trabajador social; 2013)

Dicho todo esto sobre aspectos socioculturales en salud mental, retomemos las advertencias de Emiliano Galende respecto de las diferencias entre los planos de la medicina y la salud mental a tener en cuenta en la integración salud mental-APS.

2. Mientras los sistemas de sanitarios tradicionales tienden a conformarse radialmente en torno al hospital en virtud de la complejidad técnica en la atención médica, en salud mental no existe tal complejidad sino distintos grados de dificultad en el manejo de ciertos enfermos, es necesario entonces tender a que la periferia sea autosuficiente y abarcativa de todos los problemas de salud mental, con todos los recursos necesarios para evitar la “carrera del enfermo mental” que analizó oportunamente Franco Basaglia. Sobre esta posibilidad la psiquiatra comenta:

“A mí me parece buena la intervención de un psiquiatra en atención primaria (...) estaría bueno que se pudiera dar en todos los Distritos (de Rosario). Hay una centralización en los Hospitales, un montón de psiquiatras trabajando en un lugar, centralizados (...) un psiquiatra por cada territorio es una posibilidad para los pacientes, la consulta” (psiquiatra; 2012)

3. Otro punto a tener en cuenta, es que la des-institucionalización del paciente no garantiza per se la nulidad del modelo asilar y la relación de poder que engendra si no se construye a la par una nueva relación terapéutica. Esto plantea la necesidad de un cuidado especial en las técnicas de intervención, que deben potenciar la circulación de conocimientos y respetar la participación de

todos en las decisiones. Se trata de abrir espacios de reflexión colectiva con la comunidad.

4. Las disciplinas sociales son relevantes en la formación de consenso: aportan con sus propias representaciones, a la construcción de representaciones colectivas de la salud y enfermedad mental. Esto constituye un eje potencialmente transformador de las demandas sociales que, espontáneamente tienden a ser demandas médico-psiquiátricas de asistencia. De tal manera, es necesario actuar sobre un imaginario profesional usualmente ligado al beneficio de la enfermedad y la ideología liberal en un ejercicio privado. El pasaje de una relación de asistencia a una intervención en comunidad, ofrece amplias y diversas resistencias. Los profesionales “psi” tienden a recrear rápidamente en el ámbito comunitario, lo que en verdad saben: los ritos de la asistencia dual de consultorio, la relación personalizada con “sus” pacientes.

Algo de esto puede observarse en las reflexiones de la psicóloga y la psiquiatra al evaluar la posibilidad de des-manicomialización a partir de la Ley Nacional de Salud Mental:

“Pero también a la vez hace falta otro tipo de trabajo, de abordaje más territorial (...) A lo mejor es una cuestión también ideológica y de formación quizás, es una cuestión que tiene que ver con los DDHH ¿No? Pero quizás también con un cambio de ideología” (psicóloga; 2012)

“Un psiquiatra es el que más cerca está de pensar en un paciente psiquiátrico como alguien...que se yo, para mí mis pacientes psiquiátricos son como muy cerca de mi corazón, entonces está buenísimo que puedan estar con el resto de la humanidad pero también sé cómo responde la gente, yo lo he visto...es el prejuicio y eso es lo que capaz más cuesta (...) no tienen ganas de encontrarse un paciente loco por ahí, tienen miedo (...) si se forma también a la gente en estas cuestiones, esos problemas van a ir desapareciendo, porque yo creo que la mayoría son prejuicios, si uno conociera la verdadera naturaleza del fenómeno mental o de cualquier padecimiento, se daría cuenta que no es lo que uno se imagina” (psiquiatra; 2012)

✓ **A modo de cierre: ¿Cómo entendemos entonces la intervención en salud mental comunitaria?**

La intervención comunitaria consiste en la detección de áreas de conflicto o fragilidad en los vínculos para hacer participar al conjunto en su abordaje. Se trata de que el conflicto se resuelva o pierda capacidad patógena por su asunción colectiva. Para ello es necesario mantenerse en el plano de la acción social, pasando a una atención especial sólo en situaciones no resolubles por el conjunto, y aun contando con él para el abordaje terapéutico (Galende; 1994).

Esto permite actuar racionalmente sobre uno de los aspectos del padecimiento humano, lleva a asumir colectivamente la responsabilidad por la causación del daño subjetivo y las tareas de reparación, y asegura el compromiso del Estado en una política de cobertura, prevención y promoción. No hay que alentar, sin embargo, la ilusión de que al nombrar y hablar de los conflictos y sus causas sociales se los resuelve o domina, se debe preservar una capacidad de actuar sobre ellos. El mejor índice de salud suele ser la capacidad transformadora de la realidad que aqueja, no la ausencia de conflictos (Galende; 1994).

No implica un abandono de las terapias, sino una ampliación de la variedad y cantidad de respuestas terapéuticas posibles, de acuerdo a la profundidad y complejidad de las necesidades de cada paciente y en función de lograr su completa ciudadanía en tanto construcción afectiva, material y productiva. El tratamiento no se centra en el síntoma, sino en las condiciones que llevaron a la enfermedad, tanto en el usuario y la familia, como en la comunidad y las instituciones, dejando la internación como un recurso terapéutico de última elección, lo más breve posible y en hospital general, centro de salud o domicilio (Natella; 2010).

Alicia Stolkiner sostiene, por su parte, que la participación de la comunidad es en sí, un hecho de salud mental, por lo que debe propiciarse en todos los momentos y niveles en una planificación que es a la vez estratégica, política y técnica. Requiere la creación de programas participativos integrales e

intersectoriales, tendiendo a incorporar la salud mental en los programas de salud o acciones sociales que comprendan la acción preventiva como “facilitar procesos en los cuales emergen conflictos y se transforman situaciones productoras de malestar.” (Stolkiner; 1989: 49) La acción comunitaria, aporta al desarrollo de la individuación-socialización generando condiciones para el entendimiento colectivo que incorpora las singularidades y diferencias. Es en estas condiciones posible tramitar conflictos intra e intersubjetivos, abordando aspectos del malestar social e individual.

Por otra parte, estas acciones requieren la configuración de un campo interdisciplinario en el que puedan coexistir diversidad de técnicas y prácticas como un conjunto más o menos organizado. Pero no significa una caída de las profesiones sino un reordenamiento de las disciplinas en relación a los problemas, abriendo el ámbito de lo social comunitario a la intervención de nuevos especialistas. En la intervención, tanto los especialistas como la comunidad interpretan la realidad de acuerdo a sus sistemas explicativos. Pertenecen a distintas organizaciones discursivas de cuyo encuentro en el trabajo comunitario surgirán nuevas significaciones, acoplamientos o violencias interpretativas (Stolkiner; 1994).

Implica asimismo una ruptura en la relación poder-saber entre técnicos y población, que propicie una dialéctica de ruptura de formas reales e imaginarias de sometimiento y la construcción de nuevas representaciones sociales. Las posibilidades de crecimiento de este modelo, por lo tanto, se encuentran íntimamente ligadas a las posibilidades y formas generales de participación popular dentro de las relaciones de fuerza entre proyectos políticos en cada país y la región (Stolkiner; 1989).

Teniendo en cuenta esta caracterización del trabajo comunitario en salud mental, nos interesa rastrear, en el siguiente apartado, el estado clínico del lazo social en el territorio de referencia del CIC Sudoeste, la construcción de tejido social, sus modalidades, dificultades, las formas que de participación y de generación de demandas comunitarias, etc., y cómo se presentan en las instituciones las modalidades de trabajo interdisciplinario e intersectorial, en

tanto base para considerar, en este territorio, propuestas de atención desmanicomializadoras.

## CAPÍTULO II: EI CIC SUDOESTE. ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y COMUNIDAD

### ✓ La práctica

La práctica territorial como especializando, se inscribió desde un primer momento (Octubre de 2010) en la Mesa de Gestión Local (MGL) acompañamiento sus procesos en general con la meta de posibilitar nuevas aperturas de la institución a la comunidad que habiliten una mayor y más profunda participación de ésta. A partir de junio de 2011, además se desplegaron diferentes actividades o acciones más específicas, orientadas por el Plan de Trabajo<sup>3</sup> hacia el fortalecimiento de la organización y participación juvenil.

Entre las estrategias y actividades más importantes que fueron desplegadas, ubico la difusión de programas y actividades del municipio que tienen a jóvenes por destinatarios, o bien pueden ser de su interés; aporte técnico-político a la planificación y diseño de un proyecto de SENNAF desde la MGL; apoyo a emprendimientos asociativos solidarios; impulso y coordinación de una Mesa Joven; coordinación de grupos para participar en encuentros Inter-CIC (“Jóvenes Protagonistas en los CIC”, encuentros de Mesas Jóvenes de la ciudad, y otros); difusión e inscripción en el Programa “Jóvenes por más y mejor trabajo”, y posterior desarrollo de actividades de integración con los participantes del programa; y acompañamiento de un joven en trabajos comunitarios en el marco de un régimen de prisión domiciliaria.

Luego volveremos sobre la práctica para detenernos sobre una de aquellas experiencias, pero me interesaba poder precisar aquí el marco a partir del cual pude reconocer características del territorio y algunos aspectos de la articulación

---

<sup>3</sup> El Plan de Trabajo constituye un Informe en el marco de la Especialización en Abordaje Integral de las Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario, en el que cada especializando, desarrolla un diagnóstico de la articulación del CIC con la comunidad, y define las líneas de trabajo que orientarán su práctica.

intersectorial en la comunidad. Asimismo, cabe destacar que desde diciembre de 2012 no tengo contacto con el territorio, por lo cual las situaciones descritas pueden haber sido modificadas.

✓ **El territorio y la comunidad**

La administración municipal de la ciudad de Rosario se organiza según un sistema de descentralización en seis Centros Municipales de Distrito con sus respectivos territorios de responsabilidad, entre los cuales el Distrito Sudoeste<sup>4</sup> es el que corresponde a los barrios vinculados al CIC Sudoeste. En el presente trabajo tomaremos como referencia el territorio más próximo a este CIC. Se trata de una zona reconocida por la ciudad en general, “desde afuera”, como “Tío Rolo”, pero en su interior muchos vecinos enfatizan diferenciaciones internas que inicialmente guardan relación con distintas etapas y planes de construcción, a la vez que son significadas socialmente mediante diferentes caracterizaciones que forman parte de los elementos identitarios territoriales. Las diferentes zonas o barrios son:

–Tío Rolo: Compuesto por 6 manzanas, con una población estimada de 710 habitantes, es la primera urbanización en la zona.

–Buena Nueva: compuesto por 9 manzanas, 670 habitantes, se origina a mediados de los 90’ por un loteo efectuado por la Fundación Buena Nueva.

–Sagrada Familia: compuesto por 7 manzanas, 590 habitantes, se origina como un plan de vivienda social de la Fundación Buena Nueva, inaugurado en Agosto de 2000.

–Bella Vista: compuesto por 6 manzanas, 240 habitantes, barrio consolidado.

---

<sup>4</sup> En el Distrito Sudoeste habitan 117.131 habitantes (11,27% del total), la superficie total es de 20,13 km<sup>2</sup> de los cuales se encuentran urbanizados 14,19 km<sup>2</sup>, con 31.533 viviendas. La densidad de población estimada es de 5.801,43 habitantes/km<sup>2</sup>. Los valores de las superficies fueron provistos por la Dir. Gral. de Topografía y Catastro, los demás datos son estimados, al año 2010, por la Dirección General de Estadística, sobre los provenientes del Censo Nacional de Población y Viviendas relevado en 2001. Extraído de Internet. <http://www.rosario.gov.ar/sitio/gobierno/datosdistritos.jsp>

–“Asentamiento” Tío Rolo (que lleva más de 10 años de existencia): se extiende a lo largo de los terrenos fiscales de las vías del ferrocarril Belgrano, con una población estimada de 1000 habitantes.<sup>5</sup>

Cabe destacar que los últimos datos de población desagregados para estos barrios al momento del relevamiento de fuentes para el presente trabajo, son los mencionados y corresponden al año 2000. Sin embargo, se estima que la población ha crecido desde entonces, sobre todo en el “asentamiento”, donde se percibe una expansión del territorio habitado.

Tío Rolo, Buena Nueva, Bella Vista y Sagrada Familia son barrios que cuentan con trazado formal de calles y zanjeo, cloacas, servicios de luz, agua y gas en conexiones legales. Además, en ellos se encuentran ubicadas todas las instituciones y organizaciones sociales de la zona, por lo cual su población tiene relativamente mayores posibilidades y grados de integración a sistemas de salud, educación y atención de las demandas vecinales. Sin embargo, persisten en las familias del barrio situaciones de desempleo y precarización laboral, desescolarización, hacinamiento, violencia y deterioro de la salud.

El llamado “asentamiento” presenta mayores problemáticas de acceso a condiciones dignas de salud y vivienda, así como menores grados de integración en educación y trabajo. Cuentan con luz y agua conectadas clandestinamente, y escasísima luz pública. Las familias provienen de otras provincias del país y de países limítrofes, tanto como de la propia ciudad, en la que nuevas generaciones no han encontrado posibilidades de acceso a la vivienda para sus nacientes grupos familiares.

Más allá de las especificidades mencionadas, todos estos barrios constituyen un territorio aislado de otras áreas urbanas, debido a las grandes extensiones de zona rural que lo rodean y a la deficiente conexión por transporte público. En efecto, una sola línea de colectivos urbanos comunica el territorio con el centro (demora 50 minutos), y la misma luego de las 20hs disminuye

---

<sup>5</sup> Las cifras de población son aproximadas, según datos relevados a fines del año 2000 por Centro de Salud Municipal “Tío Rolo”.

considerablemente su frecuencia. Además, tampoco existe medio de transporte público para trasladarse a los barrios aledaños pero separados por grandes terrenos escampados.

Por otra parte, todos son barrios populares. Tienen, en mayor o menor medida, las mismas limitaciones en su integración social. Si bien algunos cuentan con los servicios e infraestructuras urbanas principales, en todos persisten problemas de desempleo, fragmentación, violencia y consumos problemáticos de sustancias. Y sufren la misma estigmatización de “la ciudad” (el centro rosarino), que anula simbólicamente su capacidad de “ser” otra cosa que barrios “pobres”, “peligrosos”, “sucios”, etc.

También encontramos importantes expresiones más o menos desarrolladas de autodignificación en actividades culturales, y de organización y denuncia, a menudo vinculados a movimientos sociales y partidos políticos.

En tanto organizaciones comunitarias e instituciones estatales relevantes de y en la comunidad, cabe mencionar, en primer lugar, aquellos que se vinculan al CIC:

- *Vecinal “Tío Rolo”*: Ubicada en el “casco viejo”. Es uno de los actores más activos en la Mesa de Gestión. A través de ella se encaminan reclamos por servicios para el barrio, funciona como lugar de encuentro para numerosos vecinos, y para el desarrollo de actividades recreativas como fiestas, bingos, talleres de baile, y los ensayos de una banda de cumbia. Cuenta con personería jurídica y un grupo de vecinos activos y colaboradores, con un acabado conocimiento del territorio. Entre los miembros de la Vecinal existen diferencias ideológicas y partidarias (expresiones del Partido Socialista, del peronismo y de una “anti-política”), a pesar de lo cual, no sin tensiones, han podido mantener cierta unidad y han trazado estrategias de trabajo con actores políticos de las distintas expresiones en cuestión.

- *Asociación Fénix*: Ubicada en Buena Nueva. Es otro actor fundador de la Mesa, lo cual le imprime cierta importancia debido a las herramientas de gestión y trabajo comunitario que su referente ha adquirido a lo largo de la historia de la

Mesa. En forma autogestiva este grupo llegó a dictar apoyo escolar a 40 niños y niñas. Asimismo, su posición política se ha aproximado al kirchnerismo, en parte, debido la experiencia de participación en el CIC que les permitió conocer el proyecto nacional en la práctica, y en contraste con las sucesivas frustraciones producto de su trabajo con la gestión municipal.

- *Grupo de baile “Ritmo y glamor”*. El coordinador de este grupo (de reggaetón y ritmo brasilero) es un antiguo miembro de la Mesa, a la vez que el más joven. Coordina voluntariamente un grupo de niñas de entre 4 y 10 años (aproximadamente), y está iniciando experiencias de baile con jóvenes. Por otra parte, el joven está incursionando en el activismo social por la diversidad sexual. Sin embargo, es notable en él cierta dificultad para ubicar (y valorar) la dimensión comunitaria de sus actividades.

- *Comparsa “Los reyes del ritmo”*: En la Mesa de Gestión está representada la coordinadora, que es a su vez madre de la profesora de la comparsa y miembro del Partido Socialista. Este grupo ha conformado un grupo de niñas/os y adolescentes que en los meses que rodean el carnaval funciona como un importante espacio de integración para ellas/os. Si bien valoran cierta dimensión comunitaria y política de su propio trabajo, encuentran dificultades para vincularse con grupos del mismo barrio que realizan actividades semejantes.

- *Red de mujeres*: aglutina mujeres del territorio con un conocimiento profundo y actualizado acerca de las necesidades de la zona donde habitan, mayormente la más vulnerable de Tío Rolo (el asentamiento en torno a las vías). Las mismas son acompañadas por dos referentes del Centro de Referencia (CDR – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación), el coordinador del CIC, y posteriormente se ha sumado una representante del Área de la Mujer (municipio). Este grupo se inició por la necesidad de organizarse en defensa y promoción de los derechos de las mujeres, movilizadas por cierta sensibilidad despertada ante situaciones de violencia contra ellas. En este marco, también están iniciando experiencias asociativas para la puesta en marcha de emprendimientos productivos gastronómicos en la cocina del CIC.

- *Academia “La revelación de la cumbia”*. Es un grupo de adolescentes dedicado al baile de “cumbia cruzada” (un estilo rosarino de cumbia mezclada

con tango), que realiza sus prácticas en el CIC. Es destacable en ellos el sentido solidario de su trabajo, plasmado en la labor voluntaria de sus coordinadores (dos adolescentes del barrio), en el vínculo con el territorio, y en la inclusión de un joven con discapacidad.

- *Movimiento Martín Fierro*. Organización social y política de la ciudad de Rosario vinculada al kirchnerismo. En el territorio desarrolla actividades orientadas a la construcción de demandas comunitarias por diferentes aspectos de la integración urbana (arreglo de calles, transporte, agua, luz, saneamiento, etc.), y el impulso a proyectos de inclusión para jóvenes.

- *Asamblea Calle Vicente Medina*: se trata de un grupo de habitantes del llamado “asentamiento”, que se agrupan en asambleas para organizar reclamos por infraestructuras y servicios urbanos que precisan para tornar más digno su hábitat (luz, agua, arreglo de calles, zanjeo, etc). Este grupo es impulsado por el referente de la Asociación Fénix, y encuentra en la MGL un espacio de expresión para sus demandas.

- *Centro de Salud “Tío Rolo” (municipal)*. Funciona en las instalaciones del CIC. Al igual que todos los Centros de Salud Municipales, desarrolla atención básica en clínica, pediatría, ginecología, odontología, psicología, psiquiatría y enfermería. Cuenta además con laboratorio dos veces semanales y desarrolla algunas actividades de promoción y prevención: difusión de información, vacunas, Papanicolaou y controles de salud. En la Mesa de Gestión el Centro de Salud está representado por su Directora. A menudo también colabora en la Mesa la Psicóloga del equipo de salud. Se trata de la institución estatal más antigua del territorio, por lo cual es reconocida y valorada por la comunidad. Sin embargo, es notable un escasísimo desarrollo de trabajos “extra-muros” institucionales, relacionados a la salud ambiental y al vínculo con los sectores más activos de la comunidad.

- *Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad*. Representada en la Mesa por la Coordinadora de la misma en el Distrito Sudoeste y una Trabajadora Social del Área Niñez. Su incorporación en la mesa a inicios del 2012 significó un aporte interesante en la medida en que constituye un interlocutor directo para frecuentes demandas de la comunidad vinculadas a políticas que dependen de

esta Secretaría, sin embargo, esto no implica necesariamente una respuesta positiva. Si bien la Secretaría tiene una importante presencia en los barrios populares de la ciudad, teniendo en cuenta sus 31 Centros Territoriales de Referencia (CTR), no existe un correlato en el alcance de sus políticas (en extensión territorial y en cantidad de destinatarios), en virtud de importantes recortes de personal y cobertura asistencial que la Secretaría tuvo desde el 2011.

- *CTR N° 30.* Luego de un cese prácticamente total de actividades durante casi un año, en el 2012 ha retomado sus actividades de estimulación temprana, ludoteca, comedor para niños y niñas, y otras acciones coordinadas con el Equipo de Promoción Social del CIC.

- *Otras Secretarías del Municipio:* la Secretaría de Deportes dicta clases de gimnasia para adultos/as en el CIC, y de deportes para niños/as y jóvenes en el Playón “Tío Rolo” (a dos cuadras del CIC). La Secretaría de Cultura da diferentes clases (entre abril y noviembre aproximadamente) que varían de año a año.

- *Coordinación de CIC (Municipal).* Área representada en la Mesa por un trabajador social del municipio (que también cumple funciones en APS), y un miembro del equipo de Promoción Social del CIC. Corresponde a esta Coordinación administrar las instalaciones y equipos del CIC, así como la articulación con las diferentes áreas de la Municipalidad para la gestión de políticas y recursos en el marco de la Mesa. El rol de administrador le otorga a este actor cierto poder que se plasma en la centralidad ocupada en la MGL y el CIC en su conjunto.

- *Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDSN):* Representado en el CIC por dos miembros (psicólogo y trabajadora social) de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF); un miembro del CDR (psicóloga Esp. en Abordaje Integral); y una especializando (trabajadora social). Aportamos al CIC el fortalecimiento del acceso de la comunidad a políticas sociales del Estado Nacional, el acompañamiento a la comunidad en la construcción y expresión de demandas por servicios y políticas vinculadas a otros niveles de

Estado, y el impulso de proyectos comunitarios (planificación, formulación y desarrollo) en conjunto con referentes barriales.

Otros actores relevantes del territorio (o de referencia para el mismo), pero sin presencia en la Mesa de Gestión y con nula o mínima articulación con el CIC, son los siguientes:

*Escuela Primaria N° 1372*

*Jardín de Infantes (Provincial)*

*Escuelas Secundarias de referencia:* El territorio no tiene escuela secundaria, por lo cual las escuelas a las que asisten sus estudiantes secundarios se ubican en barrios cercanos. Estas son: la Escuela Educación Secundaria N° 497 “Estación El Gaucho” y Escuela de Enseñanza Media N° 545.

*Seccional policial de referencia – Comisaría 33:* ubicada en otro barrio (cercano).

*Centro Comunitario “Grupo Huellas”:* Ubicado en Tío Rolo. Se origina en el 2002 como espacio de contraprestación (con trabajos en problemáticas de género, alfabetización y talleres para mujeres) del Plan Jefes/as. Cuentan con un amplio salón construido con aportes del Partido Socialista y el ARI, el cual se encuentra en disputa entre este grupo y la Vecinal Tío Rolo.

*Comparsa “Ñaró pereré”:* Es otro espacio de integración importante para jóvenes del barrio.

*Grupos de cumbia de Tío Rolo (viejo):* Se trata de jóvenes que han desarrollado dos grupos musicales de cumbia.

✓ **Marco político comunitario-institucional**

La comunidad de este territorio contiene importantes expresiones de cohesión y capacidad organizativa al interior de sus múltiples grupos más o menos consolidados. Pero esto no implica que constituya un territorio integrado. Indagando sobre las relaciones entre diferentes zonas y/o grupos, podemos afirmar que se trata de un territorio atravesado por la fragmentación social.

Los jóvenes, como “termómetro” de lo que sucede en la comunidad, son especialmente sensibles a las problemáticas sociales del territorio, y blanco

privilegiado de acusaciones, culpabilizaciones o miradas condescendientes. Marco en el cual a menudo canalizan agresiones en enfrentamientos mutuos, atravesados por diferentes cuadros futbolísticos, redes de tráfico de drogas y, especialmente, territorios de pertenencia: “barrio nuevo” (como comúnmente se llama a los B<sup>o</sup> Sagrada Familia y Buena Nueva) y Tío Rolo “viejo”. Los habitantes del “asentamiento”, debido a que este se encuentra a lo largo de vías que atraviesan tanto la zona nueva como la vieja, se involucran en las rivalidades entre ambas.

Esta división barrial incluyó episodios de violencia (“tiroteos” entre dos grupos) atravesados por tramas delincuenciales. Pero es especialmente relevante por la fuerza y duración de esta división en el imaginario social de la comunidad en su conjunto, que se expresa en un hecho muy significativo: inhibe la circulación de gran parte de los jóvenes por el territorio catalogado como “enemigo”, lo cual implicaría para ellos poner en riesgo la propia integridad física. Es este un importante obstáculo al momento de planificar diferentes actividades comunitarias que pretendan involucrar a jóvenes de ambas territorialidades. Teniendo en cuenta que el CIC se ubica en el “barrio nuevo”, son jóvenes del “casco viejo” quienes mayormente quedan excluidos de las mismas. Un ejemplo de ello fue la implementación del “Programa jóvenes por más y mejor trabajo”<sup>6</sup>, cuyos cursos iniciales fueron dictados en el CIC.

La fragmentación afecta en mayor medida justamente a los jóvenes más excluidos de los circuitos sociales de integración (educación, trabajo, deportes, recreo, etc.), retroalimentando tales situaciones de exclusión. Pero cabe también destacar que no involucra a la totalidad de jóvenes de estos barrios, habiendo algunos que se mantienen ajenos a las rivalidades, o bien pueden minimizar su relevancia y traspasar “la frontera” entre barrios.

---

<sup>6</sup> Es un Programa del Ministerio de Trabajo de la Nación, que consiste en “becas” (de alrededor de \$400 por mes) para jóvenes de entre 18 y 24 años para que finalicen la escuela o bien realicen cursos de capacitación en oficios. Los primeros dos meses del programa, quienes deseen capacitarse en oficios deben asistir cursos iniciales de inducción al mundo del trabajo (en este caso, dictados en el CIC).

Sin embargo, la agresión inter-barrial constituye una limitación para los equipos técnicos del CIC, que ha dado lugar a estrategias en paralelo y por separado en cada zona.

Entre ambas barriadas también existe otra rivalidad menor, vinculada con una disputa por la atención pública estatal, que espacialmente se concentra en el “barrio nuevo”, por lo que vecinos del “casco viejo” manifiestan sentirse “ninguneados”.

Al interior del “casco viejo”, a su vez, existe otra expresión de fragmentación que involucra a sus dos organizaciones vecinales: Huellas y Vecinal Tío Rolo, las cuales mantienen niveles de interacción, inclusive para compartir un salón (15 días del mes cada parte), pero en el marco de una tensión originada en un conflicto que dio lugar al enfrentamiento de ambos grupos que anteriormente cooperaban.

Por otra parte, también es notable una expresión clásica de fragmentación en los escenarios urbanos, entre las zonas más consolidadas urbanísticamente, y los llamados “asentamientos”. Apareciendo estos últimos como depositarios de todos los males (delincuencia, inmoralidad, contaminación, etc.) en el discurso segregador de “vecinos de bien” pertenecientes al sector más urbanizado.

Entre los entrevistados, es observable una gran diferencia en el grado de reconocimiento del territorio que, interpreto, no se vincula tanto con el tiempo de trabajo en la zona como con distintos “recortes de la realidad” disciplinares, distintos recorridos por las calles de los barrios y formas de interacción con la comunidad.

A la psiquiatra, si bien afirma que conoce a la población *“en cuanto a sus requerimientos de asistencia de salud mental”*, no le es posible diferenciar los distintos barrios o zonas desde el trabajo en consultorio *“lo que pasa es que no se separarlos por donde viven...no conozco”*, afirma.

También desde su trabajo en consultorio, la psicóloga distingue:

“Las familias que están en el asentamiento son familias más relegadas, más vulnerables también, en el sentido de con menos recursos tanto económicos como también subjetivos y simbólicos. Y quizás también con problemáticas de falta de trabajo, formación (...) muchas veces el tema de la violencia está más presente ahí creería. Aunque la violencia es más generalizada no se restringe tanto. Y después bueno la forma de los barrios, donde están un poquito mejor económicamente, o que tienen su casa y demás...que tienen otras problemáticas también. Yo recibo consultas de todas las zonas pero me doy cuenta que el trabajo en consultorio es más fructífero porque en general el recurso simbólico es importante para el trabajo en consultorio y lo pueden sostener más al trabajo, los otros es como que cuesta un poquito más...esa diferencia veo yo.” (psicóloga; 2012)

En cambio, el trabajador social enfatiza más en el reconocimiento del territorio, en el que puede distinguir las diferencias entre sectores, que atraviesan desde las expectativas de los jóvenes de acuerdo a su historia familiar-habitacional, hasta la organización de bailes y eventos en función de las rivalidades en juego. Por otra parte, resultan interesantes algunos cambios que este profesional observa en la dinámica social del territorio, comparándola con otras barriadas de la ciudad. En relación a las redes de narcotráfico especialmente, registra con preocupación la persistencia y ampliación de las mismas, implicando el surgimiento de la figura del “soldadito” en estos barrios.

“lo que en un momento era un solo kiosquito y un solo narco...y ahí ya aparecen dos, ya te cuentan que hay soldaditos...O sea no es que empezó ahora, es como un proceso que de a poco van juntando (...) ahí hay un kiosco que ya va como tres veces que lo desarman y lo vuelven a armar y listo. (En Tío Rolo) están apareciendo los soldaditos, los que están enganchándose, que obviamente es una salida, con todo el riesgo que implica pensando en el propio proyecto de vida, que cualquier pibe que vos le ofreces \$1000 por semana, es como una fortuna...le da un arma, poder (...) con lo que significa tener un arma y un ingreso que no lo conseguís en ningún lado, que capaz que con una changa en albañilería conseguís dos lucas al mes y llegas reventado. (En Sagrada Familia) los pibes decían ‘los

narcos del Tío Rolo o de Sagrada Familia', son los dos lugares mal vistos, o sea que eran como sus proveedores (...) de última ellos eran clientes, no eran empleados. Lo que pasa es que por ahí el tema es que de esos pibes, obviamente hay algunos que están a un paso de pasar a ser empleado (...) por la tentación, porque dicen 'al tipo lo conozco como actúa', por el lugar que le da...están apareciendo y te dicen que ya hay dos o tres pibes que andan todo el tiempo armados, que en el último pasillo no podés pasar, te cobran peaje y están ahí con un narco. Eso está apareciendo que antes no estaba, sí en otros lugares ya está re instalado. Todas las situaciones de violencia eran entre vecinos, pero es más, hay una cuestión este año en los registros de La Capital o El Ciudadano (diarios de la ciudad) ya hay dos muertos en el barrio, de Tío Rolo, uno ahí en Sagrada Familia, (...) O sea ya hay dos en el mismo mes. Y en el 2011 no hubo ninguna muerte violenta en el barrio y en la zona" (trabajador social; 2013)

Por su parte, las instituciones estatales tampoco constituyen un ejemplo de integración. En una misma manzana encontramos el CIC Sudoeste, la Escuela Primaria, y CTR N° 30, pero esta proximidad edilicia no implica necesariamente una articulación fluida, ni siquiera entre los equipos que trabajan al interior del CIC.

Entre la Escuela Primaria y el Centro de Salud, existe cierta articulación dada por la mutua colaboración para el abordaje de problemáticas a la vez educativas y de salud. Tal es el caso del bajo rendimiento escolar o la inasistencia de alumnos producto de enfermedades o una alimentación deficiente. La psicóloga del Centro de Salud menciona algunas reuniones con la Directora, maestras y padres que se orientan a profundizar la articulación con la Escuela, de la cual recibe numerosas derivaciones por situaciones de dificultades de aprendizaje y por violencia en las relaciones entre los niños.

Entre instituciones municipales, a su vez, pude observar que también existe cierta lógica de colaboración que consiste en la convocatoria por parte del equipo del Centro de Salud al equipo de Promoción Social del CIC, ante "casos sociales" o como intermediarias ante las familias para la transmisión de información. Sin embargo, no ocurre a la inversa, manifiestan miembros del

equipo “social” que no hallaron buena disposición al trabajo conjunto en ocasiones en que convocaron al equipo sanitario para actividades vinculadas con la prevención y promoción de la salud. ¿Se reproducen, quizás, las jerarquías de las disciplinas (e instituciones) médicas sobre las “sociales”?

El trabajador social, relata que su inicio en la coordinación del CIC coincidió con un cambio de jefatura en el CTR y que, a partir de entonces tuvieron la intención de “juntar los equipos territoriales” del municipio (incluye también Centro de Salud), lo que recién luego de dos años pudo dar lugar a reuniones mensuales en los que acuerdan abordajes de situaciones particulares con determinadas familias. Sin embargo, refiere que este proceso se encuentra lleno de obstáculos por las diferentes dinámicas de las instituciones, cuestiones propias del trabajo interdisciplinario con el equipo de salud.

“En equipo todos dicen que laburan, después cuando lo tenes que hacer...nos cuesta a todos también. En eso yo creo que sí, desde la formación disciplinaria uno está más acostumbrado porque toda la formación hasta los exámenes son en grupo (...) Otras disciplinas no tienen experiencia y después...algunas instituciones son más cerradas (...) por una cuestión de afinidad, de disciplina, siendo trabajador social por ahí es más fácil laburar con los que no son médicos, pero en realidad después depende de la formación del médico (...) el modelo médico hegemónico atraviesa todas las formaciones, todas las disciplinas, como discurso hegemónico (...) pero romper con eso cuesta más en el ámbito de lo médico. (...) el laburo del equipo se termina dando hasta creo que por una cuestión de conveniencia, se te queman los papeles y vos estás viendo que vos solo no podes y empezas a llamar a otro y capaz que ya no derivas (...) te ves todos los días, hay espacios informales que te permiten (...) generar climas, después te santas a discutir y podes poner tu posición (...) vas conociendo cómo piensa el otro de la vida y eso es la ideología. A partir de ahí vos decís ‘y bueno con este puedo llegar a contar, con este no’ y en algunas situaciones muy concretas lo pones en juego así no tengas afinidad” (trabajador social; 2013)

Como novedad en el trabajo de “juntar los equipos territoriales” del municipio, el trabajador social y la psicóloga destacan la construcción de un nuevo espacio de promoción y prevención inespecífica con un grupo de pre-adolescentes, coordinado por ellos dos y una psicóloga del CTR.

Entre el Centro de Salud y “la gente de Nación” (MDSN), por lo general la relación es tensa, debido a diferentes concepciones acerca del proyecto de los CIC, de lo que *deben ser* estas instituciones o siquiera una institución socio-sanitaria en la comunidad en un sentido amplio, diferencias que se vinculan también con oposiciones partidarias. Y en el caso de las relaciones entre “la gente de Nación” y el equipo de Promoción Social del CIC, previo al 2011 había una marcada tensión debido a las mismas diferencias mencionadas con el Centro de Salud, pero acentuadas por cierta conflictividad generada por cuestiones personales de quienes representaban cada estamento. Con el paso de tiempo, y cambio de referentes mediante, la tensión pudo dar lugar a ciertos grados de acuerdo y trabajo en conjunto, incluso más allá del momento de reunión de la MGL. Sobre esta relación, comenta el trabajador social:

“Teóricamente el CIC tiene un área de promoción social y un área de salud, pero en Rosario el CIC fue armado para poder construir un Centro de Salud adentro. Fue como una estrategia del municipio (...) Como que es conveniencia de todos, y entonces los Centros de Salud se siguen llamando ‘Centro de Salud’ aunque estén adentro de los edificios (...) acá siguen funcionando como dos instituciones (...) En espacios más masivos como la Mesa de Gestión, me parece que se discuten algunas cuestiones (pero) cuando tenes que abordar situaciones, ahí me parece que es más complicado discutir en una suerte de mesa. Ahora ¿Cómo involucras a los otros que son profesionales y que vienen de otras áreas? (...) esa instancia sería la que estaría faltando, pensar en abrir el juego lo más que se pueda, pero por sobre todo con la gente que haces laburo en territorio para laburar esas cuestiones que tienen que ver con una familia y es más delicado (...) Por ahí los cambios institucionales hacen que sea más difícil, porque por ahí vos te pones a laburar con alguien, te pones de acuerdo, acordas criterios de laburo(...) después en el otro año ya cambia la persona, ahora cambio de gestión. También está la diferencia de Nación y Municipio, que con la

Provincia no pasaba, porque la Provincia no estuvo nunca” (trabajador social; 2013)

Interpreto que las relaciones entre instituciones (y entre sus trabajadores), las posibilidades de acuerdos y desacuerdos, trabajo cooperativo o fragmentado, etc. versan sobre los distintos proyectos de vínculo institución-comunidad en juego, que implican diferentes concepciones acerca de *lo público*. En este sentido, la instancia de mayor integración y sinergia, sin dudas, es la MGL, de la cual forman parte representantes de las distintas instituciones junto a organizaciones comunitarias de la zona y de otros barrios cercanos (Piamonte, Bella Vista y Puente Gallego), y vecinos que participan eventualmente cuando se trata temas y problemas de su interés.

Dentro de la trilogía de actores en el CIC (Municipio-Nación-comunidad), es el municipio el que claramente tiene una primacía, debido su control político-administrativo sobre lo edilicio y los recursos del CIC, y a que desarrolla la mayoría de los espacios y talleres ofrecidos en el establecimiento, incluido el Centro de Salud, en función del cual predominantemente la comunidad reconoce el CIC. En virtud de esta primacía, observo que es hegemónica en el territorio más próximo al CIC, cierta “matriz de participación” generada por la gestión municipal. Consiste en un vínculo con la comunidad limitado a la asistencia de vecinos en tal o cual taller o consultorio, pero sin trascender a una definición del propio espacio por parte de ellos, es decir, en la toma de decisiones sobre sus objetivos y lineamientos de trabajo. De igual manera, escasea en la institución la inventiva, la creatividad (o la mera preocupación), para dar lugar a las iniciativas comunitarias que no “encajan” en ninguno de los dispositivos municipales existentes. De esta manera, en general es desoída la voz de la comunidad en tanto aporte para una comprensión de problemáticas complejas, y son inhibidas sus capacidades organizativas.

La MGL y los espacios y actividades que de ella surgen, escapan en cierta medida a esta impronta. Los temas significativos de la vida comunitaria, que no son otra cosa que sus necesidades y problemáticas más acuciantes, mediante sus voceros se hacen lugar (no sin resistencias) en la agenda de trabajo de la

Mesa. En tales ocasiones, sucede un proceso reflexivo que enriquece el saber común o integral del espacio. Por un lado, es sorprendente cómo estas situaciones reales superan permanentemente los intentos por clasificarlas, ordenarlas (en suma “controlarlas”), por parte del personal institucional. Lo cual inquieta a aquellos que tienden a “adormecerse” en una inercia burocrática que los hace desvincularse de las problemáticas reales del territorio, así como de las soluciones posibles. Y por otra parte, los referentes comunitarios adquieren herramientas para la interpretación de su realidad, para la formulación de proyectos y para encauzar el reclamo por sus derechos vulnerados.

Sin embargo, se vislumbra cierto desaliento e irritabilidad en la comunidad ante las sucesivas respuestas parciales, vistas como “cosméticas” ante una serie de demandas por el acceso a políticas urbanizadoras (luz, agua, arreglo de calles, etc.), formuladas especialmente por la asamblea de vecinos de Vicente Medina a funcionarios municipales convocados a través de la Mesa de Gestión. Si bien este malestar involucra especialmente al Estado municipal y provincial, al no poder la Mesa abordar estas problemáticas “de siempre”, se traduce por extensión en un desgaste de la misma en su conjunto.

Desde octubre-noviembre de 2010, existe en la Mesa una mayor disputa tanto por esferas de la administración como por la definición de la agenda de trabajo, que fue dando lugar a un mayor protagonismo de grupos de vecinos en el CIC. En este nuevo escenario, y a partir de situaciones críticas vivenciadas en el barrio, en la MGL algunos vecinos solicitaron apoyo para enfrentar las problemáticas que “envuelven” a los jóvenes (desescolarización, desocupación, consumo de sustancias adictivas, desánimo y agresividad). Entonces nace un espacio especial de la MGL destinado a una reflexión conjunta para comprender mejor la complejidad del tema, y para dar lugar a la planificación colectiva de un proyecto de SENNAF<sup>7</sup>. De este espacio participaron grupos de baile y otros

---

<sup>7</sup> El proyecto resultante se orienta al fortalecimiento de espacios de integración para niños/as y adolescentes (existentes en el territorio y a ser recuperados o creados) vinculados con la expresión deportiva y artística; paralelo al acompañamiento de los talleristas por parte del CIC, en la promoción de derechos en sus respectivos espacios, y en el abordaje de situaciones críticas que puedan presentarse en el entorno socio-familiar de los niños/as y adolescentes.

referentes interesados en actividades deportivas o educativas. Ante el surgimiento de alternativas abstencionistas que fueron propuestas en los debates como posibles soluciones, este trabajo común fue al mismo tiempo una instancia que implicó cierto debate sobre Derechos Humanos, especialmente de la niñez y adolescencia, y sobre salud mental.

Por otra parte, en aquellos encuentros para la planificación del proyecto, también se pusieron en juego otras iniciativas y se rejerarquizaron demandas de la comunidad que parecían desoídas. Una de ellas fue que grupos de la comunidad puedan ingresar al CIC y utilizarlo fuera de los horarios de atención del personal municipal (portadores de “la llave”): días hábiles después de las 18hs y fines de semana, justamente los momentos que mayor participación de la comunidad facilitan de acuerdo a los turnos escolares y laborales usuales. Pues bien, esta demanda fue postergada desde el año 2008 debido a, por un lado, temor de la Directora del Centro de Salud de que la institución sufra actos de vandalismo o hurtos y, por otro, el desinterés o inoperancia que no alcanzaba a esconder una resistencia política, por parte del antiguo coordinador de la Mesa.

Finalmente, la demanda fue re-reformulada en el nuevo escenario de la Mesa y con la fuerza de la participación activa de sus principales interesados inmediatos (“los pibes que bailan”), y se resolvió colocar una reja divisoria entre el espacio del Centro de Salud y el SUM del CIC, para que éste pueda ser utilizado independientemente de aquél. Si bien es significativo que la “solución” acordada consista en una reja, debido a la fuerte connotación social de este artefacto en lo que tiene de hostil divisor, fragmentador o excluyente, la misma posibilitó, paradójicamente, la articulación del CIC con tres grupos autogestionados de jóvenes, a fin de que puedan hacer uso del salón para sus reuniones y ensayos de baile, y habilitó esta apropiación comunitaria a cualquier grupo del vecinos que así lo desee. Si bien se trata de un solo salón, implica un mayor dinamismo comunitario del CIC en su conjunto, dando cuenta de un sentido de la participación más profundo respecto al que se conocía hasta entonces en el mismo.

✓ **Salud mental comunitaria: ensayos y dificultades**

Pensando en la posibilidad de espacios interdisciplinarios e intersectoriales, de prevención y promoción en salud mental, resulta pertinente considerar algunas experiencias ensayadas en tal sentido, así como los puntos álgidos que hacen urgente este tipo de abordajes.

La psicóloga y la psiquiatra entrevistadas manifiestan encontrar dificultades para disponer del tiempo necesario para dedicarse a lo grupal e interdisciplinario, frente a sus responsabilidades de asistencia desde el consultorio.

“Me costó un poco encarar algunas actividades más...interdisciplinarias. Porque enseguida comencé a trabajar más la parte de consultorio, lo clínico, y mi idea era también hacer un poco más de trabajo con otros, en relación a lo grupal, que no sea solamente de asistencia. Me costó un poco organizarme, también por los otros que por ahí cada uno estaba más en lo suyo (...) recién el año pasado, por ejemplo, empecé con actividad grupal (...) me costó porque eso lleva más tiempo también, planificar, conocer un poco la población.” (psicóloga; 2012)

“(mi trabajo) en general siempre es en consultorio, termina siendo asistencial digamos. (...) Lo que pasa es que hay que diseñar otra cosa más grupal, pero (...) eso hay que armarlo y todavía no tuve tiempo. Porque bueno, estaba con muchas horas en otro lugar, con mucho trabajo” (psiquiatra; 2012)

Por otra parte, existen en la comunidad y en el trabajo de equipos sociales, actividades intersectoriales con grupos atravesados por problemáticas de salud mental, pero sin una mirada capaz de articular el trabajo realizado con una estrategia terapéutica. Veamos brevemente una de ellas que formó parte de mi práctica.

*Una experiencia en Tío Rolo.*

En este barrio, la práctica como especializando durante el 2011 se orientó al trabajo en conjunto con la Vecinal “Tío Rolo” (en especial dos de sus miembros) y el Movimiento Martín Fierro, para organizar actividades

comunitarias y saludables en base a las necesidades e iniciativas de jóvenes que se reúnen cotidianamente en el patio de la Vecinal. En este marco se inscribió el acompañamiento de un grupo de jóvenes con el objetivo de construir un emprendimiento socio-productivo de panificación. El grupo inicialmente se componía de 6 miembros varones de entre 15 y 18 años que manifestaban deseos de trabajar.

Un análisis compartido por quienes trabajamos con ellos en torno a este proyecto, es que se trata de un grupo muy estigmatizado en el propio barrio, que por lo general los identifica como protagonistas de enfrentamientos con miembros del “barrio nuevo” y, de acuerdo al discurso de algunos vecinos, se los ve cotidianamente en la calle y en el patio de la Vecinal “vagueando” y “drogándose”. Detrás de este imaginario englobador y estigmatizante, las situaciones de los chicos eran diversas, algunos con consumos problemáticos, otros no, algunos continúan asistiendo a la escuela, otros no, algunos han delinquido e incluso han estado en prisión, otros no, algunos trabajan, otros no, algunos desean trabajar, otros no. Cada uno atravesando estas situaciones con sus particulares motivos y circunstancias existenciales.

Sí cabía tener en cuenta una común situación de riesgo, vulnerabilidad, privación de derechos, que fundamentaba la necesidad de habilitar las oportunidades necesarias para un trayecto de vida con un anclaje en el trabajo y la actividad comunitaria. Entendimos, asimismo, que para ello era preciso un fuerte acompañamiento cotidiano del grupo.

Inicialmente, el grupo se encontraba a la espera de un conjunto de maquinarias de panificación que les serían otorgadas en el marco de un “Taller Familiar” (del MDSN) para llevar adelante el emprendimiento. Mientras tanto, se gestionó con el Sacerdote de Capilla del barrio el permiso para producir pan en una cocina equipada y con un horno industrial con el que cuenta esta institución. El acceso a esta cocina, si bien no permitió aun lograr ingresos a los miembros del grupo, sí implicó la posibilidad de iniciar una socialización práctica de los conocimientos de panificación con los que cuentan dos ellos, y comenzar a construir su organización interna como equipo de trabajo.

En esta experiencia de producción de pan en la Capilla analizamos las dificultades del trabajo iniciado, debido a rencillas internas que atraviesan al grupo de amigos y, principalmente, al gran cambio de hábitos cotidianos que implica para algunos de sus miembros empezar a despertarse más temprano y evitar consumir marihuana previo y durante el tiempo de trabajo. Si bien estas cuestiones fueron previstas antes de iniciar el trabajo, eran dimensionadas y aprehendidas en la medida en que se experimentaban como errores o dificultades y corrigiéndose en la misma práctica. Por ejemplo, hubo ocasiones en que las consecuencias del consumo de marihuana o alcohol previamente o durante la producción hicieron fracasar la misma.

Durante alrededor de dos meses de trabajo en la Capilla, el grupo cambió su composición: los miembros más chicos desistieron, de acuerdo a lo expresado en su momento por ellos, habían dimensionado la responsabilidad que implicaba sostener un trabajo y no estaban dispuestos a ella; y se incorporaron en su reemplazo 4 miembros nuevos (de entre 22 y 24 años) también varones, que valoraron y tomaron con mayor responsabilidad el trabajo, quizás por tener hijos a su cargo, y dos de ellos por haber estado en prisión recientemente. Experiencia a la que no deseaban correr el riesgo de retornar y que volvía más dificultosa su búsqueda de empleo, por lo cual manifestaban un gran compromiso con la iniciativa.

A mediados de agosto fueron entregadas e instaladas en la Vecinal “Tío Rolo” las máquinas para panificación. A partir de entonces comenzó un período de intenso trabajo en producción de prepizas, lo cual fue un gran cambio para los jóvenes. Ante la permanente ocupación y la necesidad de mantenerse concentrados en el trabajo, fue muy notable en algunos una mejora en sus relaciones familiares, y la merma en el consumo de marihuana y alcohol, ya que comenzaron a no consumir antes y durante el tiempo de trabajo. Recibieron apoyo de sus respectivas familias y vecinos, quienes, con la intención de apoyar la iniciativa laboral, privilegiaban comprarles prepizas y difundían sus ofertas. Además, como parte del apoyo que recibían del Movimiento Martín Fierro, se les presentaba a través de esta organización la posibilidad y expectativa de formar

parte de una red de emprendimientos para comercializar sus productos en distintas Facultades de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y eventos realizados en ésta.

Este período no fue ni armonioso y ni sin dificultades. Para empezar, los miembros del grupo que trabajaban en “changas” las habían abandonado para dedicarse de lleno a “la panadería”, pero aun las cuentas no dejaban un margen de ingresos acorde al tiempo de trabajo, generando cierto malestar en ellos. Por otra parte, también las relaciones de trabajo encontraron obstáculos, en los que se atravesaban narcisismos y desconfianzas entre compañeros. Esto provocó que abandonaran la empresa dos de sus miembros, quedando los cuatro de mayor edad.

Con todo, hasta acá evaluábamos favorablemente la experiencia, teniendo en cuenta la intensidad y el compromiso logrado en el trabajo en la panadería, y el marco de apoyos comunitarios que había recibido el grupo.

Pero la experiencia finalizó con el robo de las maquinarias de panificación, en el que fue evidente la participación de uno de los miembros del grupo, mientras el resto se mostraba angustiado y furioso. El vecindario tendió un manto de sospecha sobre todos, agravado en algunos por el hecho de haber estado en prisión. Mientras la policía investigaba la situación, en el barrio corrían un sinnúmero de rumores anónimos de quienes decían haber visto el momento del hurto y a sus responsables, y de quienes habían recibido “ofertas” de maquinarias. Sin embargo, nadie otorgó estos datos a la policía.

Para quienes acompañamos el proceso desde la Vecinal, la organización social y el CIC, el hecho fue vivido como una tragedia de la cual resulta difícil dar cuenta ya que la experiencia realizada constituyó una apuesta a la confianza y la construcción de valores solidarios con sujetos estigmatizados por su “peligrosidad”, y resultó en una flagrante expresión de fractura en estos lazos que retroalimentó la desesperanza y el estigma.

Aun desconociendo en qué medida el consumo problemático de sustancias estuvo vinculado con aquella experiencia, ya que no fue una

dimensión central en el abordaje, lo sucedido abonó cierta sensación de impotencia y frustración de vecinos y “técnicos” por igual ante la envergadura y complejidad del tema.

*El taller de las chicas.*

Por último, cabe destacar otra iniciativa novedosa que emprendieron miembros de los equipos municipales en el territorio, entre ellos la psicóloga del Centro de Salud, el trabajador social Coordinador del CIC, y otra psicóloga del CTR. Se trata del trabajo con un grupo de chicas pre-adolescentes, que escapa a la matriz de participación limitada que se da generalmente en el CIC, ya que en este espacio la participación pareciera tener mayor profundidad.

“La idea en realidad, fue pensar en un grupo en esa edades, que no fueran tan chiquitas (...) dijimos ‘no mixto’, y lo pensamos con chicas de esa edad en la que (comienzan a) pasar de la pre-adolescencia a la adolescencia, donde ya empezaron a aparecer cuestiones más fuertes con el tema de la sexualidad, con las relaciones sexuales del noviazgo, de pensar en cómo terminar la escuela...porque acá la que tenía doce estaba terminando la escuela, la que tenía catorce estaba en sexto grado (...) Y bueno, laburar también lo conflictivo de esa edad, que es la relación con los adultos de su propia casa y con los padres básicamente. Y en realidad ahí aprendes un montón de cosas, esto de cómo se relacionan entre ellos, con los padres, intentando como tirar otras opciones, otras posibilidades. No necesariamente bajando línea, pero si hay otras cosas que uno puede aportar (...) todo lo que se reproduce dentro de los grupos y las familias es muy fuerte, pero ahí hay otras opciones. Porque de hecho la idea era trabajar, digamos a partir de cuestiones que ellas fueron tirando, como de a poco viendo...por ejemplo en este caso había varias de ellas que habían pasado por el espacio de Ludoteca siendo más chicas entonces la conocían a (la psicóloga del CTR que fue ludotecaria) y, cuando nosotros las convocamos era como una continuación de la Ludoteca, de hecho hemos trabajado con juegos para amenizar un poco, pero la idea era que a partir de eso surgieran cosas para laburar, ahí lo fuimos traduciendo” (trabajador social; 2013)

Por su parte, la psicóloga entrevistada relata sobre el origen de este espacio:

“Nace como ludoteca, pero cuando me sumo yo y se suma el CIC ya no es más, porque la ludoteca era (...) como una opción más en el barrio para los chicos que se quieren integrar. Nosotros lo pensamos más para determinadas familias con determinadas particularidades. Pensando un poco, haciendo un diagnóstico de lo que venía pasando con los niños en la Escuela, lo que me pasaban a mi de derivaciones de chicos con problemas de conducta, con problemas de aprendizaje. Y lo que venía viendo también (la psicóloga del CTR), chicos con menos recursos subjetivos, entonces que necesitan más este espacio: un espacio no tan amplio como era la Ludoteca con 30 chicos, sino un poquito más personalizado, un grupo más chiquito y más focalizado.” (psicóloga; 2012)

Pero más allá de las ideas en mente y diagnósticos que tuviesen los profesionales, diseñaron la propuesta en conjunto con las chicas como protagonistas, con temas y herramientas elegidos por ellas.

“El pacto fue que la mayoría eran temas que a ellas les preocupaban y nosotros pudimos mechar algunos. (Sus intereses) eran las relaciones entre ellas, la cuestión de los territorios ahí en el barrio que se dan, el tema de la sexualidad, el sexo, relaciones sexuales, el noviazgo, el tema del embarazo adolescente, la relación con los adultos. Por ejemplo el tema de las adicciones tuvo para ellas como el último lugar, había otras cosas que les preocupaban más, como el cuidado del cuerpo, hasta otros tipos de problemas, no solo del embarazo. Tampoco aparecía el tema de la violencia porque eso era algo ‘natural’.” (trabajador social; 2013)

“Laburamos con juegos (...) después arrancamos como en un croquis del barrio mencionando los lugares donde ellas más transitan, los espacios que conocen, pensando en el barrio. Lo que sí, en ellas aparece la necesidad de, siendo chicas y en esa edad, de tener espacios...si pudieran todo el día para estar bailando. Les hemos ofrecido, fuera de este espacio, un lugar con cualquier adulto presente para que puedan estar bailando (...) pudimos hacer dos salidas que en sí estuvo bueno, pero también estuvo pensado en un principio la idea de hacer cosas para vender para juntar guita y así

conseguir recursos como la tarjeta de colectivo, en ese momento para trasladarse o bancar algunas cosas que las hemos conseguido. Pero la idea era ponerse a laburar, hacer tortas para vender (...) La experiencia la verdad es que estuvo interesante, la idea es sostenerla. Y sí, lleva mucho laburo previo, mucho laburo posterior y además sostener el espacio. El tema es la constancia, que además por el grupo en promedio eran diez, pero por ahí venían cuatro, las otras se habían peleado, había que recomponer eso, unas dejaron de venir por haberse peleado y nunca más aparecieron, otras desaparecieron y volvieron dos meses después, eso está todo el tiempo. Y además hay que...por ahí venían y no podían decir nada, no querían hacer nada, y otras estaban re aceleradas, querían hacer cosas, típico de esa edad, está bueno manejarlo, pero es agotador.” (trabajador social; 2013)

#### *El malestar frente a las adicciones.*

El consumo de sustancias, vinculado al narcotráfico y las situaciones de violencia que se generan a partir de esta trama, constituye una problemática que inquieta mucho a la comunidad y a los técnicos que con ella trabajamos. Se observa esta sensación mortecina de impotencia, que da lugar al dolor enojado y a la queja que analizamos con Ulloa, pero sin poder alcanzar la instancia de apelar a otros para dar sentido y respuesta a lo que sucede. La pobreza de las instituciones del Estado en el territorio parece aplanar los ánimos de cambio y superación de las formas actuales de trabajo sobre una problemática cuya complejidad es vista de esta manera como inabordable. Los profesionales entrevistados reflexionan al respecto:

“(Personas con adicciones) es muy difícil que vengan a la consulta espontánea, sino que vienen derivados, generalmente son las madres las que los traen (...) se hace un poco difícil sostener un tratamiento, porque no hay un interés realmente del involucrado para seguirlo. Y aparte las adicciones ya de por sí me parece algo muy complejo que es muy difícil...ha habido casos, pasa que ninguno se puede decir que dejó de consumir, no, dejo de venir al consultorio” (psicóloga; 2012)

“(Respecto de la incorporación de las adicciones en la Ley Nacional de Salud Mental) es un territorio muy complicado que a mi particularmente

no...no se como decirte, me frustra demasiado, no se si tendré un paciente que pudo haber salido de su adicción, viste...Hay muchas personas que inician un tratamiento también buscando el acceso a psicofármacos o a recibir protección de tipo física. Entonces, es un terreno medio pantanoso que...a mi particularmente no...no le tengo mucha fe a que las cosas puedan salir bien (...) es un terreno muy espinoso, muy complicado, yo me frustró, debe ser por eso...hay ciertas patologías que yo no...las tengo que tratar porque no me queda otra, pero no les tengo fe (...) no hay un sostén de esos tratamientos, porque vienen de familias muy desestructuradas y no hay nadie que pueda sostener o asegurar el tratamiento. O la propia patología de la persona, generalmente son chicos de situaciones muy complejas y no hay una familia detrás que pueda responder. Entonces, la intervención momentánea para la crisis y después...nada” (psiquiatra; 2012).

“(Cuando hay un pedido de ayuda) el otro tema es si va acceder, por lo menos ofrecerle pero otra cosa es que venga. Ahí depende si vos tenes en ese momento cuando aparece la situación, alguien a mano, por lo menos ‘mira te los presento, ella es la psicóloga, después venís sacás un turno con ella’ (...) Después están las particularidades de las personas que abordan, porque vos tenes para toda la población del barrio una psicóloga y una psiquiatra que viene dos veces a la semana, es una oferta limitada, porque después se genera una cuestión de los turnos que vos tenes de la psicóloga para las atenciones individuales, y el laburo que puede ser más grupal (...) Lo que pasa es que por ahí la gente demanda también los turnos individuales (...) Y después en base a la particularidad de cada uno de los actores, el caso por ahí de la psicóloga de involucrarse con el laburo desde otro lugar, de estar más atenta, de participar de todos los espacios en donde se discuten estas cosas...Me parece que en eso sí fue mejorando, pero de experiencias de laburar con otros psicólogos yo vi otras situaciones donde la cosa era más dinámica digamos. Acá es así como lentamente” (trabajador social; 2013)

“(Los casos de adicción) son como los más complicados de abordar, porque cuando aparece la instancia de (...) alguien que quiere ir a una institución porque quiere salir, bueno es todo un tema ahí, porque tiene que pasar por un filtro de entrevistas, que a veces parece que fuera a propósito para que

no haga ningún tratamiento. En realidad no hay instituciones del Estado que te hacen el tratamiento, sí que están contratadas y ahí tenes de todo, lo más diverso. Tenes serias, otras no tanto.” (trabajador social; 2013)

“Me parece para mí que es insuficiente la oferta frente a la necesidad (...) hay gente que queda afuera de la posibilidad de una atención, porque suponete vos laburas una derivación (...) pero le das un turno de acá a un mes y ya está, fuiste (...) También depende de quién sea que ofrece esa oferta (...) alguien que no se involucra y que ni siquiera piensa en algún espacio de laburo en equipo (...) y dice ‘la gente no saca turno conmigo’ y bueno pero sino le pones onda, sino tiene mucho entusiasmo y bueno (...) Con los jóvenes a lo mejor hay que pensar en otra estrategia porque, pasa en todos los sectores, los jóvenes son los más complicados de llevar, necesitas otra forma de asistencia, o de llegarte vos (...) obviamente vos no vas a arrancar llegando a la casa y empezas con tal tratamiento así, en una entrevista en la casa. Pero sí es parte del laburo que vos pretendes (...) eso es lo que más cuesta, porque también primero es la disposición que pueda tener el profesional para que quiera hacer eso...” (trabajador social; 2013)

Frente a las adicciones, se plantean cuestiones éticas en torno a *qué hacer* con eso que nos “quema los papeles”, nos genera frustración u otro tipo de malestar. Pienso que puede orientar una reflexión sobre este interrogante, concebir también a los equipos de técnicos como “comunidad” (además de “la comunidad” con la que trabajamos) en la que se presentan puntos de conflicto o fragilidad de los vínculos, y en la que es preciso crear mecanismos de asunción colectiva de tales conflictos. Y este proceso sólo puede darse a partir de compartir tareas concretas con “la comunidad”.

A lo largo de este capítulo pienso que es posible reconocer espacios e iniciativas con un potencial en este sentido, pero que, en caso de pretender verdaderamente “salir de la queja”, deberán ser reforzadas con un mayor involucramiento por parte de los equipos técnicos y con un trabajo de análisis de su implicación subjetiva frente a problemáticas y conflictos complejos, ubicando distintos niveles de responsabilidad y pudiendo plantear proyectos propios, o bien el ejercicio de la denuncia y la protesta de acuerdo al caso.

## REFLEXIONES FINALES

El modelo comunitario de atención en salud mental nos orienta, en primer lugar, a dejar en suspenso las categorías psicopatológicas, para poder pensar en la salud mental en términos positivos y como parte indivisible de *la salud*, cuyos indicadores pueden ubicarse en la participación de la comunidad, en su capacidad transformadora de situaciones que generan sufrimiento (no en la ausencia de conflictos, sino en lo que se hace con ellos), y en la ruptura de las relaciones de saber-poder, que permite liberar el saber hacer cotidiano de los sujetos en su comunidad, indispensable e irremplazable para trabajar con ellos.

Implica por ello, entender, analizar, explicitar y vigilar, la dimensión política de nuestras tareas de asistencia, prevención y promoción, explorando las posibilidades de trabajo intersectorial e interdisciplinario en distintos niveles de abordaje que se despliegan, desde lo comunitario hasta lo familiar-individual, integrando una mirada estratégica y atenta a la territorialidad, con una mirada clínica atenta a la construcción de subjetividad, y a las posibilidades de habilitar espacios terapéuticos. Tanto la psiquiatría como la psicología, el trabajo social, los referentes orgánicos de la comunidad, la terapia ocupacional, la antropología, la comunicación social, etc., tienen mucho que aportar a esta construcción en lo que tiene de interdisciplinaria.

Desde esta perspectiva, pudimos ubicar en la experiencia general del CIC, expresiones de distintos modos de concebir y desplegarse la participación:

1) La hegemonía, en la oferta tanto como en la demanda de servicios, de una lógica de participación tecnocrática, limitada al intra-muros institucional, en la que los técnicos, con un imitado reconocimiento del territorio, definen las coordenadas de los espacios, y los sujetos asisten a ellos en el mejor de los casos.

2) La MGL aparece como un lugar diferente donde se disputa en mayor medida el sentido de lo público y la profundidad de la participación comunitaria, y se despliega la mayor diversidad ideológica para buscar alcanzar

grandes acuerdos estratégicos, pero que no se traducen en lo programático de un nivel de abordaje grupal-individual

3) La experiencia del emprendimiento de panificación con jóvenes de Tío Rolo, que constituyó una iniciativa intersectorial de trabajo en concreto a nivel grupal, sobre la base de un acuerdo ideológico en cómo analizar la situación, y que recuperaba el saber de referentes barriales y de los miembros del grupo. Sin embargo, no hubo una mirada clínica sobre la singularidad de cada uno de estos jóvenes y su relación con las drogas, con la violencia, delincuencia, etc., lo cual puede haber constituido un error cardinal.

Se trató de una apuesta a la construcción de lazos en un espacio público. Sin embargo, tomando los aportes de Galende, vimos que en nuestra época se presentan un sinnúmero de dificultades para construir lazos interpersonales duraderos, primando una tendencia a buscar la “realización personal” con indiferencia de lo social. Sobre todo, pensemos, cuando lo social se presentó, para los jóvenes implicados en esta experiencia, tantas veces como hostil, estigmatizante. En este marco, la “salida” individual y el consumo pueden haber sido más fuertes. De otro modo y con Fernando Ulloa, analizamos que la cultura de la mortificación conduce a menudo a pequeñas infracciones oportunistas con el objeto de obtener ventajas mezquinas, o también a esperar siempre soluciones imaginarias, independientes del propio esfuerzo. Y vaya esfuerzo que estaba significando para el grupo llevar adelante el emprendimiento, con hijos a cargo, escasos recursos simbólicos y a contra-corriente de gran parte de la “opinión pública” barrial. Pero lo importante a rescatar, además de lo aprendido, es que se dio batalla a aquella mortificación, a la cultura del aislamiento y la exclusión. Y no sólo se dio batalla a partir de quienes acompañamos al grupo de jóvenes, sino también por parte del vecindario, al interior mismo del grupo y, quién sabe, al interior de cada uno de sus miembros. La valentía y el valor para resistir, no han desaparecido.

4) “El taller de las chicas”, si bien sólo involucra a trabajadores del municipio en la coordinación, constituye un avance significativo en la articulación inter-institucional para el nivel de abordaje grupal, de índole preventiva,

promocional y con una mirada también clínica, que puede constituir un antecedente de interés para futuras experiencias. Por otra parte implicó una participación de las chicas en instancias de definición de las coordenadas del espacio, lo cual se ubica en una concepción de la participación más rica y diferente de la tecnocrática.

En base a los aprendizajes de cada experiencia y lo expresado por los entrevistados, podemos registrar que se reitera la necesidad de “poner el cuerpo” en el trabajo con jóvenes, y más aún si de atención y prevención de adicciones se trata. Es decir, “poner el cuerpo” en el sentido de tomar como eje central de las estrategias la insistencia, la constancia de los equipos de acompañamiento (“técnico”, terapéutico, comunitario), pensando detenidamente cómo plantear espacios acordes a la complejidad y las fluctuaciones en la motivación de los pibes, saliendo de las instituciones para recorrer el barrio, ir a buscarlos, tener la mirada y la escucha atenta a las problemáticas que los atraviesan, conversar con ellos para analizarlas, etc. Es preciso destacar aquí, sabiendo que es ya casi un lugar común, que “poner el cuerpo” es una “cuestión de actitud” (deseo, vocación, posición ideológica, etc), pero no sólo eso. Para “poner el cuerpo” también hacen falta más “cuerpos” de trabajadores dedicados a esta tarea, y con herramientas y en buenas condiciones de empleo, y para ello hace falta decisiones políticas y presupuesto.

La Ley Nacional de Salud Mental constituye un enorme avance en la materia que, en tanto horizonte legitimado y sancionado, permite remitirnos a ella toda vez que se despliega planteos desmanicomializantes en la crítica de las políticas públicas, a nivel gremial, en el análisis de la demanda comunitaria y el trabajo con ella. Sin desconocer las preocupantes demoras en su aplicación, también resulta llamativo escuchar como fundamentación opositora del gobierno nacional la distancia entre lo que plantea como “deber ser” esta Ley profundamente transformadora, y la realidad que viene cuestionar. Creo, por el contrario, que algo apasionante del gobierno kirchnerista es justamente la apertura para dar lugar a justas reivindicaciones postergadas durante años, y plantear con ellas metas ambiciosas, desafiantes, que interpelan la ciudadanía y

orientan la lucha contra poderes corporativos en favor de una ampliación de derechos y fortalecimiento del espacio público.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

–Arrieta, Melina. “Desencuentros participativos: las concepciones de la Participación Comunitaria de los diferentes actores sociales del Barrio Tío Rolo, y sus relaciones en el Modelo de Gestión del Centro Integrador Comunitario Sudoeste de la ciudad de Rosario.” Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, UNLa.

–Barbero, Martín J. “Jóvenes: comunicación e identidad” (pdf). Pensar Iberoamérica: revista de cultura. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI). N° 0. Febrero de 2002. <http://www.campus-oei.org/pensariberoamerica/numero0.htm>. Acceso el: 09 de julio de 2006

–Borges, Guilherme; Medina Mora, María Elena; López Moreno, Sergio. “El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales”. Salud Pública. México. 2004

–Castoriadis, Cornelius. “La institución imaginaria de la sociedad”. Tusquets. Buenos aires. 2007

–Comisión de Epidemiología en Salud Mental - Secretaría de Salud Pública de Rosario. “Informe sobre Consultas de 1ra vez a salud mental en Centros de Salud de la SSP de Rosario durante el período Junio - Noviembre de 2011”. Rosario. 2012.

–Cuaderno de difusión del Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. “Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657”. Buenos Aires, 2011.

–Enriquez, Eugene “El trabajo de la muerte en las instituciones”. En “La institución y las instituciones” Kaes. R; Bleger. J; Enriquez. E. Paidós. Buenos Aires. 1989

–Foucault, Michel “Historia de la locura en la época clásica I” (1961). <http://www.patriciolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf>. Acceso el: 12 de marzo de 2012

–Freud, Sigmud. Obras Completas. Tomo XXI “El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura y otras obras (1927-1931)”. Amorrortu Editores. 2º ed. 12º reimp.

–Galende, Emiliano “De un horizonte incierto”. Paidós. Buenos Aires. 2001

–Galende, Emiliano “Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón Psiquiátrica”. Paidós. Buenos Aires. 1994

–Galende, Emiliano “Sexo y amor: anhelos e incertidumbres de la intimidad actual”. Paidós. Buenos Aires. 2001

–Goffman, Edwin. “Estigma: la identidad deteriorada”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1975

–Laplanche, Jean; Bertrand Pontalis, Jean “Diccionario de Psicoanálisis”. Editorial Labor S.A. Colombia. 1994

–Latino, Giselle “Participación Comunitaria. La pasión de hacer con otros.” (Trabajo Final Integrador). Especialización: Abordaje Integral de Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario. UNLa. 2012

–Margulis, Mario; Urresti, Marcelo. “La construcción social de la condición de juventud”. [http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/mario\\_margulis\\_y\\_marcelo\\_urresti - la construccion social-de la condicion de juventud urresti.pdf](http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/mario_margulis_y_marcelo_urresti_-_la_construccion_social-de_la_condicion_de_juventud_urresti.pdf) Acceso el: 10 de febrero de 2012

–Menéndez, Eduardo Luis. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia & Saúde Coletiva. 2003;8(1)

–Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. “Abordaje Territorial. Centros Integradores Comunitarios” Buenos Aires. 2003-2014. <http://www.desarrollosocial.gob.ar/cic/105> Acceso el: 17 de octubre de 2014

–Natella, Graciela. “La creciente medicalización contemporánea”. En Canelotto, Adrián y Luchtenberg, Edwin (compiladores) “Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades”. UNSAMEdita. 2010

–Pichón Rivière, E. “Del psicoanálisis a la psicología social”. Tomos I y II. Ed. Galerma. Buenos Aires. 1971

–Porter, Roy “Historia de la locura”. Fondo de Cultura Económica. Turner, España. 2002

–Reguillo, Rossana. “Las culturas juveniles: un campo de estudio; breve agenda para la discusión”. Revista Brasileira de educação. <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n23/n23a07.pdf> Acceso el: 10 de febrero de 2012

–Sautu, Ruth. “Estilos y prácticas de la investigación biográfica” en Sautu, Ruth (comp.) “El método biográfico.” Buenos Aires, Lumiere. 2004.

–Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Boletín N° 1 “Estimación de la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina”. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. 2010

–Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Boletín N° 2 “Camas disponibles destinadas a la atención en salud mental y egresos hospitalarios del sector público en Argentina”. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. 2010

–Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Boletín N° 3 “Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina. Algunas aproximaciones”. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. 2011

–Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Boletín N° 4 “Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina”. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. 2011

–Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. 2010;6(3):275-293.

–Stolkiner, Alicia. “Prácticas en Salud Mental”. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Vol. VI. Medellín, Colombia. 1989

–Ulloa, Fernando “La novela clínica psicoanalítica”. Paidós. Buenos Aires. 1999

–Ulloa, Fernando “Sociedad y crueldad (notas preliminares)”. París. 1999.  
<http://www.etatsgeneraux-psychanalyse.net/mag/archives/paris2000/texte171.html> Acceso el: 21 de marzo de 2007