

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA

FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

REPRESENTACIONES SOCIALES

SOBRE PERSONAS CON PADECIMIENTOS MENTALES

EN AGENTES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION:

Aportes para pensar prácticas novedosas en Salud Mental

Tesista: Ana Paula Saravia.

Directora: Lic. Ana Laura Herrando.

Año 2020

AUTORIDADES ACADÉMICAS

RECTOR

Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

VICERRECTORA ACADÉMICA

Mg. María Constanza Diedrich

SECRETARIA GENERAL

Mg. Lic. Silvia M. Álvarez

DECANA DE LA FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

Lic. María Dolores Medina Bouquet

SECRETARIA ACADÉMICA

Dra. Adriana Iburguren

JEFA DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Lic. Sonia Edith Guijarro Cárdenas

A quienes encuentro en el abrazo:

A mis viejos,

A mi familia,

A mis hermanas y amigas,

Gracias

A las locas y locos

que me inspiran,

Gracias

A cada uno de los que participaron,

Maestros anónimos de otra forma de ver.

Gracias.

INDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
<i>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....</i>	<i>13</i>
<i>OBJETIVOS</i>	<i>13</i>
Objetivo General	13
Objetivos específicos.....	13
Palabras Clave.....	13
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	<i>14</i>
<i>CONSECUENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN</i>	<i>15</i>
<i>ANTECEDENTES</i>	<i>16</i>
Deficiencias en el conocimiento.....	24
MARCO TEÓRICO	25
<i>CAPITULO I: Salud Pública y Atención Primaria en Salud</i>	<i>26</i>
El campo de la Salud Pública	26
El Sistema de Salud.....	27
Sobre la Atención Primaria en Salud (APS).....	30
El sistema de Salud en Salta.....	37
<i>CAPITULO II: Nociones de Salud Mental y Padecimiento Subjetivo.....</i>	<i>41</i>
El proceso Salud/Enfermedad/Atención: La complejidad en Salud.	41
Nociones de Salud Mental y Padecimiento Subjetivo	43
Sobre la Accesibilidad en Salud	44
<i>CAPÍTULO III: Un cambio de paradigma en Salud Mental.....</i>	<i>47</i>
Atención psiquiátrica tradicional.....	47
La "desmanicomialización"	48
Un cambio de modelo: Declaración de Caracas y Principios de Brasilia.....	48
Paradigmas en Salud Mental	49
Salud Mental y APS	52
Ley Nacional de Salud mental 26.657: un enfoque de derechos.	53
Plan Nacional de Salud Mental	55
Los Agentes de Salud como Actores del cambio	56
La interdisciplina.....	57
Salud Mental Comunitaria	58
Lo comunitario	59
<i>CAPITULO IV: Representaciones Sociales</i>	<i>61</i>
Estructura y contenidos de las Representaciones Sociales	62
Procesos constitutivos	63
Las Representaciones Sociales y las prácticas	65
Algunas consideraciones sobre Estigma y padecimiento mental	65

ESTRATEGIA METODOLÓGICA	67
<i>NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO</i>	<i>68</i>
<i>ANTICIPACIÓN DE SENTIDO</i>	<i>69</i>
<i>DEFINICIÓN DE CONCEPTOS CLAVE</i>	<i>70</i>
<i>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</i>	<i>72</i>
<i>CONTEXTO</i>	<i>73</i>
<i>PARTICIPANTES</i>	<i>75</i>
<i>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</i>	<i>77</i>
<i>Periodo de recolección de datos</i>	<i>79</i>
<i>PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</i>	<i>80</i>
COREOGRAFÍA DE ANÁLISIS DE DATOS	82
<i>Codificación axial: Paradigmas de codificación</i>	<i>82</i>
<i>Categoría Personas con padecimiento mental/ enfermedad mental</i>	<i>84</i>
<i>Categoría Proceso Salud- Enfermedad- Atención de Personas con Padecimientos mentales</i>	<i>86</i>
DEPENDENCIA Y CREDIBILIDAD	89
Reflexiones metodológicas (Ex-post)	90
RECONSTRUCCIÓN ANALITICA DE DATOS	92
<i>El contexto y lo institucional</i>	<i>92</i>
<i>El escenario de las reformas en Salta</i>	<i>92</i>
<i>El Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone</i>	<i>94</i>
<i>Dinámicas Institucionales</i>	<i>95</i>
<i>Saber(es) sobre la Ley de Salud Mental</i>	<i>98</i>
<i>Personas con padecimiento mental: una alteridad compleja</i>	<i>100</i>
<i>Dos “polos” del padecimiento mental</i>	<i>102</i>
<i>Personas (en) riesgo</i>	<i>104</i>
<i>La discapacidad psico-social</i>	<i>106</i>
<i>El Proceso Salud/Enfermedad/Atención de Personas con Padecimientos mentales</i>	<i>108</i>
<i>Hospital Ragone: el referente</i>	<i>108</i>
<i>El modelo médico psiquiátrico: hegemonía y alteridad</i>	<i>110</i>
<i>El foco en lo clínico y la medicación</i>	<i>111</i>
<i>Más allá de lo clínico: Otras dimensiones del P/S/E/A</i>	<i>113</i>
<i>Representaciones sociales y prácticas</i>	<i>115</i>
DISCUSIÓN	119
CONCLUSIONES	123
SUGERENCIAS	131
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133

ANEXOS	143
<i>Anexo 1: Modelo Consentimiento informado.....</i>	<i>144</i>
<i>Anexo 2: Guía entrevista Informantes Clave</i>	<i>146</i>
<i>Anexo 3: Guía Entrevista Agentes de Salud</i>	<i>147</i>
EVALUACIÓN	¡Error! Marcador no definido.

.....

RESUMEN

Esta investigación indagó en las Representaciones Sociales de las y los Agentes de Salud del Primer Nivel de Atención en Salud Pública respecto a personas con padecimientos mentales. La investigación se realizó en cuatro Centros de Atención Primaria en Salud de la zona sur de la Ciudad de Salta, en el periodo octubre-diciembre del año 2019. El Marco Teórico que orientó el proceso integra el estudio de las Representaciones Sociales desde la Psicología Social, y un análisis del proceso de reforma psiquiátrica en el Sistema de Salud Pública que acontece a nivel local y global. En ese marco, se adoptan aportes de la Salud Mental Comunitaria y nociones sobre salud y padecimiento mental entendidas como parte del proceso salud/enfermedad/atención.

Metodológicamente se adoptó un enfoque cualitativo, y un diseño de investigación exploratorio-descriptivo desde la estrategia de Teoría Fundamentada. Se realizaron dos entrevistas a informantes clave con cargos de gestión en el campo de la Salud Mental a nivel local, y dieciocho entrevistas en profundidad a Agentes de Salud de Centros de Salud, que desarrollan sus labores desde distintas disciplinas. Entre los resultados principales se concluye que, en el marco de la reforma que propone la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, las Representaciones Sociales que los Agentes de salud poseen sobre personas con padecimientos mentales presentan características estereotipadas, ligadas al riesgo y la discapacidad psico-social. Las representaciones en torno al Proceso Salud/enfermedad/atención de personas con padecimientos mentales se centran en una perspectiva clínica, con fuerte influencia del Modelo de atención médico-psiquiátrico. Por último, se rescatan elementos de la perspectiva integral de los participantes que permitiría relativizar estereotipos y reduccionismos, y se esbozan algunas reflexiones sobre las relaciones entre representaciones- prácticas en salud y el potencial de Primer Nivel de Atención en este proceso de reforma en la atención de los padecimientos mentales.

ABSTRACT

This research investigates about Social Representations constructed by Health Agents of First Level Attention In Public Health Care, in relation to people with mental disorders. The research was carried out in four primary Health Care centers in the southern area of Salta City, from October to December 2019. The theoretical framework adopted includes the study of Social Representations from Social Psychology, and an analysis of the psychiatric reform in the public health system that come about locally and globally. In this context, were adopted contributions from Community Mental Health and notions about mental health and illness understood as part of the health / illness / care process.

Methodologically, a qualitative approach and an exploratory-descriptive research design were adopted, based on Grounded Theory strategy. Two interviews were conducted with key informants who hold management positions in Mental Health área at the local level, and eighteen semi-directed interviews with Health Agents who work in different disciplines. Among the main results, it is concluded that, within the scope of the reform proposed by the National Mental Health Law 26.657, Health agents's Social Representations have about people with mental illnesses present stereotyped characteristics, linked to risk and social psycho-deficiency. Representations about the Health / illness / care process for people with mental illnesses focus on a clinical perspective, with a significative influence of medical-psychiatric model. Finally, some elements of participants' holistic perspective are recognized and also some reflections about relations between representations-practices in health, and the potential of First Level of Care in this reform process of mental health.

(...)

Yo soy mi historia clínica.

¿Dejé de ser mi historia, acaso?

*Es muy malo preguntarse tantas cosas
que complican, además, el tratamiento.*

*Tengo sueños, pesadillas
que a nadie se las cuento, por las dudas,
no sea cosa, vayan a la historia clínica.*

Pero si tengo insomnio, por ejemplo,

esto es inocultable,

y va derecho a la historia clínica.

Mi psiquiatra, entonces, regula las pastillas.

Duermo. Se anota en la historia clínica.

Doctor,

estoy amando...

¿Esto también irá a la historia clínica?

Marisa Wagner

En *Los montes de la loca* (1998)

INTRODUCCIÓN

Los padecimientos o “trastornos” mentales en términos médico-psiquiátricos, afectan a parte significativa de la población, y representan una problemática epidemiológica creciente (Rodríguez, Kohn y Aguilar Gaxiola, 2009).

Las modalidades de atención en salud a personas con padecimientos mentales se organizaron históricamente alrededor de dispositivos de atención psiquiátrica, preponderado la internación crónica, la medicalización y otras *prácticas desubjetivantes* (Stolkiner, 2011) como principales y excluyentes recursos de tratamiento. El manicomio, los saberes y las prácticas allí legitimados evidencian cómo el colectivo social y los discursos dominantes han tendido a controlar la irrupción de aquello diferente a la norma socio-cultural como lo es la figura del “loco”, el “paciente psiquiátrico” (Galende, 2008). Así, se ha intentado invisibilizar a los padecimientos mentales, a costa de excluirlos del tejido social y coartar el ejercicio de sus derechos fundamentales.

Las prácticas psiquiátrico-manicomiales evidenciaron progresivamente su ineficacia. Desde 1978 se inició en Italia un movimiento conocido como Reforma psiquiátrica, que tuvo como referente a Franco Basaglia, quien empezó a cuestionar el modelo asilar e impulsó alternativas de tratamiento, ponderando el medio familiar y comunitario como principal sostén en un tratamiento posible. Esto es conocido como la “experiencia modelo” de Trieste (Dell’Acqua, 2012). Este movimiento tuvo repercusión en otros países desde un enfoque de derechos humanos y fue desarrollándose hasta conformar un *campo de discusión* en Salud Mental que actualmente nos impele a un cambio de paradigma en la atención psiquiátrica (De Lellis et al., 2015).

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocaron a la reestructuración del modelo de atención psiquiátrica con base en los principios de Atención Primaria en Salud (APS), con enfoques comunitarios que preserven los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales y promuevan sus lazos sociales. Esta iniciativa se plasmó en los documentos “Declaración de Caracas” (1990) y “Principios de Brasilia” (2005).

En base a estas directrices, en 2010 fue sancionada y promulgada por el Congreso de la República Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, y reglamentada en el año 2013 por decreto presidencial.

La ley propone una reforma del tradicional modelo psiquiátrico, estableciendo una concepción de Salud Mental como proceso, influido por múltiples factores bio-psico-sociales. En sus capítulos IV y V respectivamente, enuncia derechos de las personas con padecimientos mentales y promueve una modalidad de atención preferentemente fuera del ámbito de internación - hospitalario, implementando abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y basados en los principios de la Atención Primaria de la Salud (Argentina, 2010).

Se propone entonces una articulación posible entre APS (como estrategia basada en principios y como Nivel de atención) y Salud Mental, que conlleva cambios en las prácticas institucionalizadas de los Agentes de salud.

Esta serie de reformas implica un proceso complejo, que bien puede ser considerado como un *cambio de paradigma* en Salud Pública y Salud Mental (Zaldúa, 2011; De Lellis, 2015) ya que impulsa a transformar un modelo de atención institucionalizado de larga data; y a una revisión, de-construcción y re-construcción de discursos, saberes, ideologías, representaciones y valoraciones, que histórico-socialmente se han cristalizado y condicionan la forma en que percibimos y significamos esta problemática, como así también las prácticas cotidianas de atención en este campo.

Se trata de una compleja trama que involucra diversos actores: usuarios y efectores de los distintos niveles del Sistema de Salud Pública (entre ellos agentes de diversas disciplinas), familiares de usuarios de Salud Mental, comunidades, asociaciones en defensa de la Ley, organismos gubernamentales, organismos de Derechos Humanos, entre otros. Es un proceso que además evidencia tensiones y conflictos de intereses inherentes a todo cambio social.

Tras varios años de la promulgación de la Ley, hay evidencias de paulatinos avances en su implementación concreta, más desarrollado en algunas provincias (Río Negro, Rosario, Buenos Aires) que en otras. Existe un Órgano Nacional de revisión de la Ley 26.657. En nuestra ciudad, se articulan acciones coherentes a la Ley desde la Secretaría de Salud mental de la provincia, como también desde el Hospital de Salud

Mental Dr. Miguel Ragone, y existen proyectos a implementar en el Primer Nivel de Atención.

En esta coyuntura, el presente trabajo se orientó a conocer las Representaciones Sociales que los Agentes de Salud de Centros de Atención Primaria en Salud de la ciudad, sostienen respecto a personas con padecimientos mentales.

Desde este estudio, se entiende que las Representaciones Sociales, como construcciones colectivas, condicionan la forma en que los agentes perciben y significan la problemática de los padecimientos mentales y recursivamente, esto influye en sus acciones, decisiones, interacciones y prácticas. Conocer la dimensión representacional posibilita una mejor comprensión de la dinámica relacional en el encuentro efectores-usuarios en salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son los conocimientos de las y los Agentes de Salud respecto a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657?
- ¿Cuáles son las Representaciones Sociales que las y los Agentes de Salud del Primer Nivel de Atención de la Ciudad de Salta poseen respecto a personas con padecimientos mentales?
- ¿Cómo se relacionan dichas Representaciones Sociales con las prácticas de las y los Agentes de Salud en el Primer Nivel de Atención?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Conocer las Representaciones Sociales de las y los Agentes de Salud de Centros de Salud de la Ciudad de Salta, respecto a personas con padecimientos mentales.

Objetivos específicos

- Indagar en los conocimientos de las y los Agentes de Salud respecto a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
- Identificar ideas, imágenes y valoraciones que poseen las y los Agentes de Salud del Primer Nivel de Atención sobre personas con padecimientos mentales.
- Conocer cómo se relacionan las Representaciones Sociales de las y los Agentes de Salud con sus prácticas en el abordaje a personas con padecimientos mentales.

Palabras Clave

Agentes de Salud – Ley Nacional de Salud Mental - Representaciones Sociales - Personas con padecimientos mentales- Proceso Salud/Enfermedad/Atención de los padecimientos mentales

JUSTIFICACIÓN

Este estudio busca ser un aporte en el campo de la Salud Mental en nuestro contexto, en la coyuntura de las reformas en la atención psiquiátrica actuales. Se requieren diversos cambios en las modalidades de atención, descentralizando la atención en hospitales monovalentes hacia una orientación integral, comunitaria e inclusiva, ampliando accesibilidad de la atención en salud de personas con padecimientos mentales.

Para concretar estas propuestas, ya legisladas y normativizadas por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, resulta necesario articular acciones y dispositivos de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención en base a los principios de APS (Ministerio de Salud y desarrollo social, 2019).

Se entiende que conocer las Representaciones Sociales que los Agentes de Salud de Centros de Salud tienen respecto a personas con padecimientos mentales enriquece la comprensión de la dinámica de interacciones entre efectores-usuarios al momento de la atención sanitaria. Se trata de un componente intersubjetivo informal que dinamiza el Sistema de Salud e implica aspectos subjetivos, ideacionales, afectivo-emocionales, culturales, y sociales (Saforcada, 1999) y pueden actuar como facilitadores u obstaculizadores en la interacción y en el abordaje de la Salud Mental.

Así, los resultados de la investigación buscan ser un aporte de conocimiento con implicancias prácticas y operativas, abriendo posibilidades para prever y planificar programas de capacitación e intervenciones con Agentes de Salud que contribuyan a la de-construcción y reconstrucción de las concepciones sobre la problemática en cuestión, posibilitando repensar abordajes novedosos en materia de Salud Mental desde los Centros de Atención Primaria en Salud.

CONSECUENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se desarrolló en el marco de las consideraciones éticas y legales que regulan el ejercicio profesional de la Psicología y la investigación en nuestra disciplina. Se tuvo en cuenta la Ley del ejercicio profesional del psicólogo en la Ciudad de Salta n°6063/83, y el Código de Ética establecido por la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA, 2013).

En coherencia con las normativas éticas y legales explícitas allí, este estudio se basó en el principio de respeto por los derechos y la dignidad de las personas y el resguardo de la integridad psicofísica de los mismos. Se evitó toda acción o intervención que pudiera derivar en consecuencias desagradables o riesgos para los participantes (FePRA, 2013).

Así como lo establece el código de ética de FePRA (2013) en su apartado 4, esta investigación se desarrolló atendiendo a la privacidad, confidencialidad, autonomía y autodeterminación de las personas participantes, quienes fueron entrevistados bajo su consentimiento informado autónomo (en anexo), pudiendo negarse a participar o desistir del proceso si lo consideraban necesario.

El reporte de investigación resguarda el anonimato de los participantes mediante las siguientes medidas:

En función de los objetivos, interesó diferenciar y nominar a los participantes únicamente en función de su profesión o disciplina de incumbencia. Se omitieron sistemáticamente los datos que pudiesen revelar la identidad de los participantes, tales como nombre, sexo, edad y su pertenencia institucional.

La información fue recogida de manera anónima, es decir, registrada y archivada en códigos, de manera tal que los individuos y organizaciones a los que se refiere no puedan ser reconocidos por personas ajenas a la investigación. Operativamente se utilizaron códigos numéricos para el registro de las entrevistas y para toda referencia a los participantes en el análisis de la información. Asimismo, toda la información se archivó en lugares seguros y confidenciales bajo responsabilidad exclusiva de la investigadora.

ANTECEDENTES

A modo de primer acercamiento a la problemática de estudio, se indagó en el Estado del Arte en este campo de investigación. Se recabaron algunos antecedentes relacionados, que permitieron conocer resultados de investigaciones afines en otros contextos, tanto a nivel internacional y nacional, como así también brindaron herramientas teóricas, conceptuales y metodológicas.

La investigación titulada **"La configuración de la reforma psiquiátrica en el contexto local en Brasil: un análisis cualitativo"** (Título original: A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa), realizada en 2003 por Sônia Marina Martins de Oliveira Antunes y Marcos de Souza Queiroz en la ciudad de Andradas, Minas Gerais, Brasil. La lectura de este estudio permitió conocer algunas de las estrategias adoptadas en la reforma psiquiátrica en Brasil que se impulsa en ese país desde 2001 tras la sanción de la ley 10.216 y, al igual que en Argentina, se basa en los lineamientos establecidos por la OMS y la OPS (Antunes et al., 2003). En este proceso surgen en Brasil servicios llamados CAPS (Centros de atención psico social) y hospitales de día, que constituyen, según la autora, estructuras intermedias entre la internación y la vida comunitaria (Antunes et al., 2003). El objetivo de esta investigación fue analizar las representaciones sociales de los profesionales de la salud del programa de CAPS de ese municipio involucrados en la atención a personas con padecimientos mentales, respecto a su inserción social y el nuevo modelo de atención, tomando como ejes de indagación los siguientes aspectos: condiciones de trabajo, el trabajo interdisciplinario; la eficacia del tratamiento y los beneficios para el paciente; las dificultades y los obstáculos que enfrentan en la vida cotidiana. La muestra estuvo compuesta por un psiquiatra, dos trabajadores sociales, dos psicólogos, un terapeuta ocupacional, una enfermera, dos auxiliares de enfermería y tres monitores sociales. Se trabajó con una metodología cualitativa a partir de instrumentos de observación participante y entrevistas semi estructuradas (Antunes et al., 2003).

Las conclusiones emergentes en esta investigación refieren a cierta incertidumbre respecto a la definición de la enfermedad mental en los Agentes de salud, asociada principalmente a factores genéticos biológicos. Se señala que aún se presentan dificultades para integrar en los discursos y prácticas los diversos factores que intervienen en la complejidad del fenómeno (Antunes et al., 2003). La investigadora

señala que el proceso de reforma en salud mental aún se ve impregnado por concepciones del anterior modelo de atención, al que refiere como biológico-mecanicista y caracterizado por la hegemonía psiquiátrica. Sobre el trabajo interdisciplinario, ante lo cual se evidenció entre los participantes la percepción de dificultades en la integración disciplinaria, con una predominancia de la intervención del médico-psiquiatra, mientras quedaba reducida la intervención de los demás profesionales del equipo interdisciplinario (Antunes et al., 2003).

El estudio resalta la importancia de la integración de saberes interdisciplinarios, que constituye un desafío y necesidad en la viabilidad de las propuestas innovadoras en atención en salud mental, en vistas a promover reflexiones relacionadas a un modelo de complejidad del proceso Salud- Enfermedad- Atención, que contemple los factores psico- sociales en juego en los tratamientos con personas con padecimientos mentales.

Otro antecedente es la investigación titulada "**Salud mental en el programa de Salud de la Familia: Concepciones de los agentes de salud sobre el trastorno mental**" por Pereira, Barbieri, Paula, Franco (2007), El estudio tuvo como objetivo identificar las representaciones sociales de agentes comunitarios sobre el trastorno mental. La muestra estuvo compuesta por seis agentes de una unidad de Programa de Salud de la Familia (PSF) en un municipio en el interior de San Pablo, Brasil. Se trata de una investigación cualitativa, utilizando como instrumentos las entrevistas semi estructuradas enriquecidas con la aplicación de técnicas proyectivas. Algunas significaciones- representaciones que se evidenciaron fueron (Pereira et al., 2007):

- la noción de locura relacionada a "persona que no sabe lo que hace, es decir, que se encuentra en situación de permanente irracionalidad" (Pereira et al., 2007. P. 569);
- La concepción de los trastornos mentales como inmutables, irreversibles;
- La representación del trastorno mental como como "Incapacidad e Imposibilidad de Autonomía (...) la idea de que la persona con un trastorno mental está imposibilitada a la emancipación y la autogestión de la propia vida. “(Pereira et al., 2007. P. 570);
- También se evidenció en los participantes la asociación de Trastorno mental con deficiencia mental.

Siguiendo la idea de que las relaciones interpersonales y la modalidad de atención a los pacientes con padecimiento mental tendrían relación directa con las concepciones y representaciones que los agentes de salud tienen sobre el trastorno mental (Pereira et al., 2007), los investigadores concluyen reflexionando sobre la importancia de capacitación de agentes de salud, de re significar las concepciones estereotipadas que sostienen en torno a esta problemática ya que los agentes requieren de recursos adecuados a las complejas situaciones que pudieran presentarse en su labor cotidiana (Pereira et al., 2007).

Otro estudio relevante relacionado a la problemática en cuestión se titula **"Acceso a la atención en salud de pacientes psiquiátricos externados: Barreras de acceso asociadas al estigma"**. Fue realizada por Pamela Garbus en el año 2009 (previo a la promulgación de la LNSM), en el marco del proyecto de investigación UBACyT P040 del CONICET dirigido por Alicia Stolkiner. El objetivo del trabajo fue analizar la existencia de prácticas de atención en salud que puedan actuar como generadoras de barreras de acceso asociadas al estigma de personas con padecimiento mental externadas de hospitales monovalentes, que luego de su externación comenzaron a ser atendidos en salas barriales del sistema APS. Se realizaron entrevistas semi-dirigidas a trabajadores e informantes clave y observaciones en terreno.

La investigadora concluye que es en los hospitales donde se evidencian prácticas favorecedoras de barreras en la accesibilidad a la atención, (aunque no se especifica cómo éstas se manifiestan) mientras que en las salas de APS, se señala que los pacientes han establecido vínculos con los agentes de salud y en este nivel de atención el estigma no opera como barrera, aunque en ambos niveles aún se reproducen "procesos de estigmatización", manifiestos en vínculos marcados por la subordinación y el tutelaje (Garbus, 2009).

En relación a este estudio se retomó el encuadre teórico adoptado particularmente respecto a dos ejes: **accesibilidad en salud**, definida como "vinculo que se construye entre los sujetos y los servicios a partir de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Stolkiner y Barcala; 2000, en Garbus, 2009). Por otro lado el concepto de **procesos de estigmatización** concebido como prácticas consistentes en "destacar diferencias significativas entre los sujetos y a partir de la misma, generar la inserción de

estos en determinados sistemas o estructuras de poder" (Parker y Aggleton, 2003. En Garbus, 2009).

La investigación titulada **"La difícil y necesaria integración entre la atención básica y la salud mental en Brasil"** (Dimenstein; Neves; Paulon; Nardi; Bravo; Brito de Medeiros Galvão; Sousa Severo y Figueiró, 2010), realizada en Brasil, en el marco de la implementación de un modelo de atención comunitaria en salud mental, mediante visitas domiciliarias y acompañamiento familiar. El objetivo de la investigación fue analizar la integración de las Estrategias de Salud de los equipos con las políticas de salud mental, en dos unidades de Salud. Los instrumentos implementados fueron entrevistas y grupos focales con los participantes de ambos equipos de salud. Posteriormente se implementó un proceso de formación.

Se concluyó que los agentes sostenían una visión estereotipada de la enfermedad mental asociada a la peligrosidad, y con ello, un temor a aproximarse o intervenir. Esto llevaba a implementar dos estrategias casi excluyentes frente a los casos considerados del campo de salud mental: la prescripción de medicación y la derivación a especialistas. Sostienen los autores que, entre los entrevistados existe el "imaginario del especialismo" y la valoración del tecnicismo como respuesta legítima a problemáticas de salud mental: se consideran estos casos como competencia exclusivamente del psiquiatra (Dimenstein et al., 2010). Desde la percepción subjetiva de los agentes de salud, se evidenció que la mayoría afirma no estar capacitados para intervenir, o no considerarlo pertinente y se evidencia que el rol de estos agentes se ve reducido a la derivación a otro nivel de atención y a especialistas, lo cual obstaculiza otras posibilidades, según los autores "más creativas" de intervención, promoción y prevención por parte de los agentes comunitarios. (Dimenstein et al., 2010). Así también, los participantes percibieron que las prácticas en salud en estos equipos de trabajo se desarrollan de modo fragmentado y burocrático, señalando la necesidad de articular estrategias y acciones interdisciplinarias (Dimenstein et al., 2010).

Esta investigación permitió abrir perspectivas respecto al presente estudio, en tanto le otorga importancia a la perspectiva de los agentes comunitarios de salud, quienes pudieron expresar algunos de sus propios alcances y limitaciones en la atención y acompañamiento de casos de salud mental. Ello se fundamenta en que, por estar en contacto directo con la comunidad, las acciones de los Agentes de Salud son esenciales para preservar la permanencia de los pacientes psiquiátricos en su medio social y

comunitario, y por ello, un mayor conocimiento de la perspectiva de los agentes de salud permitió visualizar en este estudio otras dimensiones del fenómeno, como los ya señalados.

Otro antecedente de investigación se presenta en el informe titulado **"Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental"**, Que reúne los resultados de una investigación realizada por Zaldúa, Bottinelli, Tisera, Sopransi, Lenta y Freire, en 2011. Presentada en el marco de las IX jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población en el Instituto Gino Germani, Ciudad de Buenos Aires. El objetivo general fue comprender las representaciones y significaciones de los/as trabajadores/as del sector acerca de la viabilidad de la Ley nacional de Salud mental n° 26.657, y sus efectos. La investigación adoptó un enfoque cualitativo de tipo descriptivo. Se realizaron entrevistas, grupos focales y observaciones participantes en hospitales mono y polivalentes públicos de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, tomando muestras intencionales y estratificadas de profesionales médicos (4), psicólogos (11), terapeutas ocupacionales (2), un musicoterapeuta, un profesor de teatro y un trabajador social. El criterio de elección de la muestra fue el previo conocimiento de la ley.

Para conocer las significaciones en torno a la viabilidad de la ley, las investigadoras indagaron respecto a lo que los participantes consideraban facilitadores-obstaculizadores en el proceso de implementación de la Ley Nacional de salud mental, como así también sus concepciones respecto a las reformas que plantea la misma. Además, se indago respecto a qué incidencias tendría la ley en las prácticas en salud en general y en sus propias prácticas, desde el criterio de los participantes, y quiénes consideraban que apoyarían o no los cambios en las prácticas en Salud mental.

Uno de los principales aportes de esta investigación constituye la visibilidad de la perspectiva de los trabajadores y agentes de salud como muestra de participantes, quienes teniendo conocimiento de la ley, presentaron un posicionamiento a favor de los lineamientos que la misma propone, y demostraron un previo análisis crítico de la ley (Zaldúa et al., 2011).

Los participantes señalaron como obstaculizadores de la implementación de la ley: la ausencia de recursos y dispositivos alternativos, la desinformación general de la comunidad y de los agentes de salud acerca del sufrimiento mental, insuficiente difusión

de la ley con trabajadores del sector, o malas interpretaciones de la misma. En lo referente a aspectos administrativos organizacionales obstaculizadores, señalaron la ausencia de coordinación desde el sector Salud; falta de gestión y planificación para implementar los cambios, la falta de recursos humanos especializados en los procesos de desinstitucionalización y necesidad de capacitación de los agentes, falta de presupuesto para efectivizar los cambios, entre otros factores menos frecuentes en las entrevistas (Zaldúa et al., 2011).

Los entrevistados señalaron como requerimientos-facilitadores para la plena implementación de la ley: voluntad política-institucional; construcción de dispositivos para sostener prácticas de atención comunitaria, la necesidad de modificaciones en las formaciones curriculares de futuros profesionales y una revisión de aspectos ideológicos en la comunidad, en vistas de legitimar las propuestas de la ley (Zaldúa et al., 2011).

Sobre las incidencias de estos cambios en las prácticas, los participantes señalaron que la ley propicia una redistribución de poderes y responsabilidades en los equipos de salud, involucrando a nuevos actores, en especial al paciente y sus familiares en la toma de decisiones y la articulación en red intersectorial. Algunos señalaron que la ley constituye un sustento legal de prácticas que hasta el momento se consideraban alternativas, principalmente modalidades de trabajo comunitario, como así también resaltaron la necesidad de capacitación de profesionales de la salud y nuevas formas de organización y trabajo interdisciplinario (Zaldúa et al., 2011).

Otro antecedente de la problemática planteada es una investigación realizada por Fotia, Guillermo Daniel y Assis, Carlos Miguel, en el año 2012. El objetivo de esta investigación fue explorar **Representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padecimientos mentales en el hospital general de agudos J.M Ramos Mejía a partir de la sanción de la ley de salud mental.**

Se trató de un estudio con diseño exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo. Se realizaron entrevistas a trabajadores del área de la salud (enfermeros, psicólogos, psiquiatras, médicos) cuyos ejes fueron: conocimiento de la Ley; el problema de la internación conjunta de pacientes de salud mental con pacientes con otras problemáticas de salud (tal como lo plantea la ley); representaciones sobre las personas con padecimientos mentales y condiciones materiales.

Respecto al conocimiento de la Ley, se evidenció que no forma parte del bagaje de conocimientos de los participantes, sino que resulta ser más bien un "*conocimiento de sector*" de quienes se ven afectados por ella, positiva o negativamente. (Fotia et al., 2012). Señalan los autores que existe la creencia generalizada de que el paciente psiquiátrico "es problemático", "hace quilombo", y por tanto deberían ser contenidos en un dispositivo diferenciado como sector de salud mental (Fotia et al., 2012).

Los investigadores concluyen que se evidencia una falta de consenso en la definición o concepción de lo que es un padecimiento mental, lo que deja entrever las diferencias en las concepciones teóricas y en los posicionamientos de los agentes de salud, y una marcada fragmentación en la división de sectores y tareas en el caso particular del hospital de Ramos Mejía. El enfoque de este antecedente resulta un respaldo para el presente estudio, ya que los autores resaltan la necesidad de considerar la compleja trama de factores psicosociales (prácticas, creencias, experiencias, valoraciones, ideologías) que los trabajadores de salud sostienen alrededor de esta problemática, y que de algún modo determina su posicionamiento ante los nuevos requerimientos en el servicio de salud mental, y "que podrían materializarse en prácticas facilitadoras y obstaculizadoras" (Fotia et al., 2012. P.89) ante estos cambios.

La investigación titulada "**Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en Centros de salud, Argentina.**" “ realizada por Yanco ; Gerlero ; Augsburger; Duarte y Gómez, en el marco de la Beca “Carrillo-Oñativia” para Proyectos Institucionales, de la Comisión Nacional Salud Investiga, desde el Ministerio de Salud de la Nación (Argentina), resultó un antecedente útil como panorama de la integración APS- salud mental en nuestro país, ya que abarcó una muestra extensa, un total de 120 centros de salud (65 en Rosario, 23 en Paraná, 14 en CABA, 18 en Córdoba) que llevan a cabo intervenciones en salud mental. El trabajo adoptó un diseño de casos múltiples con un abordaje multidimensional y cuali-cuantitativo. Se realizaron entrevistas individuales y grupales con trabajadores de los equipos de salud y gestores de las instituciones (Yanco et.al, 2011). Se pueden encontrar dos reportes, uno cuali- cuantitativo (2011) y un análisis cualitativo más profundo (2012).

Se buscó identificar las modalidades de inserción de la atención en salud mental en la estrategia de la atención primaria, así como indagar los obstáculos que se

presentan en la implementación de estos dispositivos (Yanco et al., 2011). Algunos de los ejes de análisis fueron:

- El tiempo transcurrido desde la solicitud de asistencia a la concreción de la misma.
- La *integralidad* en los abordajes de casos de salud mental, contemplando acciones de prevención, promoción y rehabilitación de las condiciones de salud. Se evidenció que se desarrollan acciones en el 78% de los centros de salud contemplados, en la mayoría de los casos enfocadas en la promoción, más que en la prevención y la rehabilitación.
- El último eje de análisis fue la *continuidad* de las intervenciones destinadas al tratamiento de los pacientes psiquiátricos. Se evidenció que la mayoría de CS en Córdoba, Paraná y Rosario receptan pacientes externados de hospitales psiquiátricos. Así también, en todas las ciudades son frecuentes derivaciones al segundo y tercer nivel de atención, en especial a hospitales monovalentes, aunque no parecen estar normativizados los criterios o procedimientos para hacerlo. Un punto crítico señalado por las investigadoras es que, en la mayoría de las instituciones no se ha establecido dispositivos o procedimientos específicos tendientes a mantener la continuidad o seguimiento de los pacientes, evidenciando cierta fragmentación en los procesos de cuidado entre niveles de atención (Yanco et al., 2012).
- Entre las barreras de accesibilidad que emergieron del análisis, una de las más relevantes resultó la deficiencia en el registro de historias clínicas de estos pacientes, donde se plasman los itinerarios de tratamiento, lo cual, según las investigadoras, interrumpe y dificulta la continuidad de la asistencia, de suma importancia en algunos casos. Así también, se evidenció escasa producción de registros de información socio-demográfica y epidemiológica que permitirían priorizar acciones, definir intervenciones adecuadas al contexto y la población (Yanco et al., 2011, 2012.)

La investigación mencionada es relevante para este estudio en tanto presenta casos de efectivas implementaciones de dispositivos de salud mental en Atención primaria en Salud, y algunas de las dificultades o deficiencias que se presentan en este proceso. Los autores señalan que los centros de Salud asumen un rol central en tanto permiten una mejor accesibilidad de las personas con padecimientos mentales y tienen

gran potencialidad para el trabajo en red y para la construcción de servicios que posibiliten el acogimiento de estos casos (Yanco et al., 2012).

Deficiencias en el conocimiento

No se encontraron antecedentes de investigación sobre la problemática específicamente en la Ciudad de Salta, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental vigente desde 2011. Este estudio se orienta a realizar un aporte contextualizado sobre la problemática en nuestra Ciudad, desde la perspectiva de los actores que desarrollan sus prácticas en el Primer Nivel de Atención.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I: Salud Pública y Atención Primaria en Salud

El campo de la Salud Pública

Salud pública es un concepto polisémico, del cual se desprenden tres dimensiones básicas, interrelacionadas: es un *campo de saber*; un *campo de prácticas* y *acciones socialmente organizadas*, y puede considerarse también a la salud pública como *realidad social* (Gómez, 2002).

Tras un extenso desarrollo de conocimientos y técnicas, los modelos de comprensión de los determinantes en salud y los medios disponibles para intervenir sobre el fenómeno fueron complejizándose. Desde la década del '70, se conforma un enfoque renovado denominado "La nueva Salud Pública", cuyo principal referente es Marc Lalonde. Se desplaza el foco de las enfermedades hacia una concepción de *salud positiva*, con mayor énfasis en la prevención de enfermedades y en la promoción de salud, apuntando a mejorar la calidad de vida de las poblaciones, y centrando la responsabilidad en los Estados (De Lellis, et al, 2015).

En 2002, la OPS define a la Salud Pública como "El esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo" (2002. p.47).

Este documento brinda una perspectiva de la complejidad que caracteriza a este campo, señalando que no sólo refiere a la salud de la población, sino también a la salud "*generada por la población*" (p.49). Respecto a ello, la OPS resalta la implicancia de lo que llaman "capital social" y la cultura de cada colectivo social: valores, costumbres, creencias y normas de algún modo institucionalizadas y naturalizadas que se reflejan en formas actitudinales y comportamentales, que repercuten de modo directo o indirecto, positivo o negativo, en la salud colectiva, en tanto facilitan u obstaculizan el desarrollo de condiciones que "reducen los riesgos para la misma, aumentan el potencial de salud de las personas y poblaciones y la capacidad y eficacia de la respuesta social a las necesidades sanitarias"(OPS,2002. P.50).

Desde una perspectiva de complejidad, la salud pública no solo implica interacciones sociales formalmente organizadas y prácticas legitimadas institucionalmente, sino también interacciones y prácticas sociales fundadas en

componentes culturales, que dinamizan al colectivo social implicado en las problemáticas sanitarias y sus modos de solución.

La Salud pública comprende esfuerzos organizados e institucionalizados para la creación de dispositivos y servicios acordes a las necesidades poblacionales. Implica además la concepción que los actores intervinientes tienen sobre las necesidades y problemas de salud, y las significaciones que cada grupo social construye y sostiene sobre las nociones de salud y enfermedad (OPS, 2002). La OPS sostiene que:

(...) aun cuando la amplitud de los sistemas de salud y específicamente, la oferta de servicios de atención de salud, resulten decisiones de naturaleza científico-técnica [y política], y se deriven de la racionalidad y uso de los recursos disponibles, la utilización de esos servicios depende fuertemente de la cultura" (OPS, 2002. p. 53).

En el documento citado, la OPS delimita ciertas funciones esenciales de la Salud Pública (FESP). Son consideradas esenciales en tanto conforman una base prioritaria para lograr el objetivo de mejoras en la salud poblacional, y constituyen *categorías operacionales* que funcionan como ejes de orientación de las decisiones y políticas en materia sanitaria en el país (OPS, 2002). En el siguiente cuadro se enumeran las FESP:

Cuadro 2 Funciones esenciales de la salud pública

FESP 1	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3	Promoción de la salud
FESP 4	Participación de los ciudadanos en la salud
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
FESP 10	Investigación en salud pública
FESP 11	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Fuente: OPS, 2002 p.68.

El Sistema de Salud

Es necesario contextualizar el ámbito de estudio dentro del *Sistema Total de Salud (STS)*. Enrique Saforcada (1999) define al mismo como

Todo lo que una sociedad genera –de sustancia material y/o ideacional, tangible y/o intangible-, y pone en práctica en relación a los emergentes (positivos o negativos) del proceso de salud- enfermedad de quienes la constituyen y/o con el proceso mismo (p 43).

La noción de sistema hace referencia a un todo organizado cuyos componentes son interdependientes y se influyen mutuamente. Saforcada (1999) diferencia dentro de esta totalidad compleja algunos componentes básicos, que incluyen a su vez subcomponentes:

- *Componente legislativo.* Cuerpos legislativos en las jurisdicciones a nivel nacional, provincial, municipal, que emiten leyes, reglamentaciones y ordenanzas sobre aspectos de la salud poblacional.
- *Componente gubernamental.* Concerniente al Poder Ejecutivo, comprende a ministerios, secretarías o subsecretarías en los tres niveles de jurisdicción. Se incluyen aquellas específicas del área de la Salud, y aquellas que inciden indirectamente, por la creación (u omisión) de políticas relacionadas al trabajo, la educación, la vivienda, la seguridad social, etc.
- *Componente judicial.* Incluye cuerpos judiciales cuya competencia es juzgar las contravenciones a las legislaciones en relación a las cuestiones concernientes a la salud o que inciden en la misma por sus efectos.
- *Componente Formal.* Constituido por todo el conjunto de instituciones, profesionales y técnicos en salud avalados y legitimados legalmente. Dentro de este componente se incluyen el *Sistema de Previsión Social* y el *Sistema de Atención a las Personas*, este último integrado por tres subsistemas: Subsistema Público (en dependencia del Estado en sus tres niveles de jurisdicción, aquí es donde se enmarca la Atención Primaria en Salud), *Subsistema Privado* y *subsistema de la Seguridad Social* (que incluye mutuales, obras sociales).
- *Componente cuasi formal.* Incluye al personal administrativo, de maestranza, ordenanza, mantenimiento y vigilancia que hacen parte de las instituciones de salud y su cotidianeidad.
- *Componente informal.* Se conforma por la población en general y las instituciones u organizaciones presentes en la sociedad que no están legitimadas formalmente. Dentro de este componente podemos incluir subcomponentes: *Subcomponente de los saberes en salud*, *Subcomponente de los referentes*

válidos en salud, *Subcomponente de formación y capacitación en salud*, y el *Subcomponente de las estructuras psico socio culturales* (Saforcada, 1999).

- *Componente intersubjetivo general.* Se configura en la red de interacciones que estructura y le otorga dinamismo al STS, e incluye a los contenidos de las estructuras psico socio culturales de cada uno de los componentes antes mencionados, específicamente referidos a los demás componentes (Representaciones sociales, sistemas de significación, sistemas valorativo-actitudinales, sistemas de atribución, imágenes, prejuicios, pautas culturales, estilo de desempeño de roles, etc.) que además implican reacciones de tipo afectivo-emocionales (Saforcada, 1999).
- *Componente intersubjetivo sectorial.* Hace referencia a la red de interacciones que se dan entre el componente formal y cuasi formal. Dentro de este componente podemos incluir también, como en el anterior, el *Subcomponente de los contenidos de las estructuras psico socio culturales* (del componente formal específicamente referidos al cuasi formal y de éste referidos al formal) y el subcomponente de las reacciones emocionales.

Todos los componentes mantienen una dinámica interaccional compleja y particular a cada contexto. Es de particular importancia para este trabajo mantener el foco en los componentes intersubjetivos ya señalados. Las relaciones humanas y sus vicisitudes son inherentes a las prácticas y procesos que se desarrollan en el campo de la salud, en sus diversos niveles. En todos los ámbitos en el que participan e interaccionan seres humanos, se configura un espacio intersubjetivo en el que emergen aquellas estructuras psicosocioculturales a las que remite Saforcada.

Estas configuraciones intersubjetivas condicionan en múltiples aspectos las modalidades en que cada uno de los actores implicados ven, piensan y significan la diversidad de fenómenos emergentes en el campo de la Salud, y condicionan también reacciones de tipo cognitivo (creencias, opiniones, concepciones), afectivo (valoraciones, empatía, emociones), y conductuales (actitudes, modalidades concretas de interacción) en la dinámica que se genera en el encuentro entre efectores- usuarios.

El autor sostiene además que "(...) si estos emergentes son negativos –actitudes de rechazo, valoraciones descalificantes, atribuciones desfavorables, desconfianza, incomprensión, imágenes negativas, etc.- en el espacio intersubjetivo surgirá una *barrera psicosociocultural* que generará ineficacia de las acciones efectoras del

componente formal" (Saforcada 1999, p.57). Sus consecuencias se traducen en cierta obturación de ciertas potencialidades en el sistema de atención, y el refuerzo de estos componentes negativos (Saforcada, 1999).

Sobre la Atención Primaria en Salud (APS)

En 1978, en la conferencia de Alma Ata se formuló la meta denominada "Salud para todos en el año 2000" como meta de alcance social y mundial, en respuesta ante un contexto global de desigualdad social. En la *Declaración de Alma Ata* (OMS, OPS, 1978), se establece que la *estrategia* más favorable para alcanzarla sería la Atención Primaria en Salud, con un enfoque ampliado a la promoción y prevención en salud. En la misma se define a la APS como:

Atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, *accesible universalmente* a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa *participación*, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad (OMS, 1978. Inc. VI).

La implementación de APS como estrategia integral varió de acuerdo al contexto socio-histórico- político en cada país, resultando de ello enfoques divergentes en APS (OPS, 2005), interpretaciones diversas y hasta algunas tergiversaciones y distorsiones de sus contenidos y principios (Rozemblat, 2007). Estos enfoques se han diferenciado por interpretar los lineamientos de Alma Atta, enfocándola como Atención selectiva y limitada, como Nivel de atención en un STS, como estrategia de organización de un STS que promueva salud, o como una filosofía transversal al STS (OPS, 2005). Cada uno de ellos hace referencia a dimensiones semánticas y prácticas enunciadas en Alma Ata, pero sin agotarla.

En 2005, de cara a los nuevos desafíos epidemiológicos y la integración de nuevos conocimientos y prácticas en Salud, se enuncia la *Renovación de la APS en las Américas* (OMS/OPS, 2005). Así como en la declaración de Alma Ata se definía a la salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, y como un derecho humano fundamental" (OMS, 1978. Inc. I), en la Renovación de APS se reconoce una comprensión de la salud ampliada y compleja, atendiendo a los Determinantes sociales del Proceso Salud-

Enfermedad-Atención. "Ahora sabemos que cualquier enfoque para mejorar la salud debe estar articulado dentro de un contexto económico, social, y político más amplio, y debe posibilitar el trabajo con múltiples actores y sectores" (OPS, 2005. p.3).

Se describen a continuación los valores, principios y elementos de la estrategia de APS, siendo la estrategia transversal al Sistema de Salud pública en nuestro país:

Los **valores** que se subrayan en la renovación de APS (OPS, 2005) fueron:

El derecho al nivel de salud más alto posible: articular las condiciones necesarias para dar respuesta a las necesidades de salud de la comunidad y garantizar la salud como derecho.

La equidad en Salud está, según la OPS, en el núcleo axiológico de un sistema de salud basado en APS, en tanto se orienta a disminuir y erradicar las *diferencias injustas referidas a estados de salud o accesibilidad en la atención*. En este punto toman particular importancia los grupos más vulnerables y vulnerados de la sociedad.

La solidaridad social: El sentido de participación ciudadana y acciones comunitarias caracteriza a la renovación de APS, convocando a nuevos actores en el sistema de salud, y virando hacia una la construcción de sujetos más activos y responsables respecto a las problemáticas de salud.

Los **principios de APS** serían las bases que sustentan y orientan acciones y decisiones en el campo de la salud, que incluyen "políticas de salud, criterios evaluativos, generación y asignación de recursos, así como la operativización del sistema de salud", entre otras (OPS, 2005. p.10). Los **principios** enunciados en la renovación de APS (2005) son:

-Dar respuesta a las necesidades de salud de la población, de manera integral, contemplando necesidades contextuales e independientemente de las condiciones de género, étnicas, socioeconómicas y culturales.

-Orientación hacia la calidad. Los servicios no sólo deben responder a las necesidades sanitarias sino también ser capaces de "anticiparse a las mismas, asegurando el mejor tratamiento posible" (OPS, 2005. p.10). Implica además un proceso de evaluación continua, sobre la eficiencia de las acciones preventivas y curativas.

-Intersectorialidad: Remite a la acción coordinada de diferentes sectores sociales e institucionales, con vistas a integrar dimensiones tales como Educación, salud, Recreación, Deporte, Cultura, etc., orientados a la calidad de vida. La intersectorialidad permite intervenir e impactar en los múltiples determinantes sociales de la salud (OPS, 2005. p.10).

-Participación en Salud: Como ciudadanos, tanto actores y efectores de salud tienen el derecho a implicarse en los procesos de toma de decisiones, definición de prioridades, uso de recursos, entre otras acciones. Desde el S.S es fundamental promover espacios de participación, ya que permite reconocer y satisfacer aquellas necesidades percibidas subjetivamente por los individuos y comunidades, involucrando a sus actores. Siguiendo a Montero (2004) es importante reconocer la participación como "*acción socializadora y concientizadora que transmite, comparte y modifica patrones de conducta*". En tanto APS funciona como primer contacto del STS con la realidad y sus actores, cabe reflexionar sobre sus potenciales formas participativas.

-Sostenibilidad. Aún en contextos de fluctuación política y económica, el sistema de salud requiere de compromisos duraderos con eje en sus valores, principios y objetivos, como también de planificaciones estratégicas que garanticen la salud como derecho. La sostenibilidad implica múltiples factores, aunque en el documento se subraya la importancia de sostenibilidad financiera como un necesario compromiso Estatal (OPS, 2005).

-Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos. Se destaca la figura del Estado como garante, y el gobierno en sus jurisdicciones, responsables de la disponibilidad de recursos (humanos, tecnológicos, insumos, medicamentos, infraestructura, etc.) para satisfacer las necesidades de salud. Ello implica mecanismos regulatorios y legislaciones para un seguimiento continuo, con transparencia y sujeto a control social. Como ejemplo puede mencionarse el Órgano Nacional de revisión de la ley 26.657, encargado de evaluar y promover el cumplimiento de la misma.

-Justicia Social, en el sentido de promover el desarrollo y bienestar de todos los ciudadanos, en particular de los grupos más vulnerables.

Algunos enfoques para lograr la justicia social en el sector salud incluyen: garantizar que todas las personas sean tratadas con respeto y dignidad; establecer objetivos de salud que incorporen metas específicas para lograr la mejoría de la cobertura de los pobres; usar estas metas para asignar recursos adicionales que

permitan satisfacer las necesidades de las personas desfavorecidas; mejorar la educación y hacer uso de iniciativas que ayuden a los ciudadanos a conocer sus derechos; asegurar la participación activa de los ciudadanos en la planificación y control del sistema de salud; y desarrollar acciones concretas para combatir los principales determinantes sociales de las inequidades en salud (OPS,2005.p.10)

Los sistemas de Salud basados en APS deberán configurar **elementos estructurales y funcionales**, transversales a todos los niveles del STS, a saber:

Acceso y cobertura universal: Implica promover cobertura y equidad en todos los niveles, eliminando las barreras u obstáculos que pudieran intervenir en el proceso de atención. Esto es, garantizar *accesibilidad* en los servicios de salud. La OPS define a esta última como " *la ausencia de barreras a la atención, ya sean de tipo geográfico, financiero, organizacional, sociocultural y de género*" (2005, p 11). Este tema será abordado más específicamente en las páginas siguientes.

Atención integral e integrada. *Integral* en el sentido de disponer de un amplio rango de servicios para responder a las múltiples y complejas necesidades sanitarias poblacionales, lo que incluye servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación, atención paliativa, etc. Una *atención Integrada* hace referencia a necesarios mecanismos de coordinación y cohesión entre los diferentes niveles, sectores, y servicios del S.S, lo cual incluye el desarrollo de redes (OPS, 2005).

Énfasis en prevención y promoción. Desde un enfoque de salud positiva y no sólo rehabilitación de enfermedades, los procesos de prevención y promoción de salud permiten anticiparse a las problemáticas en salud. La OPS señala que la prevención de la enfermedad abarca el conjunto de "medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo [Prevención primaria], sino también a detener su avance [prevención secundaria] y atenuar sus consecuencias una vez establecida [prevención terciaria]. "(OMS, 1998. P.13)

La promoción en salud fue definida en la Carta de Ottawa, en 1986, como un proceso que posibilita a la población aumentar el control sobre los diversos determinantes de la salud (OMS, 1986). Implica fomentar nuevos modos de vida, hábitos, y prácticas sociales saludables, hacia la construcción de *una cultura de la salud*. Ello mediante herramientas tales como acciones intersectoriales y educativas, comunicaciones sociales, entre otras (OPS, 2002. Pp.86-87).

Atención apropiada: Implica una atención enfocada en la persona y sus necesidades, considerando su contexto social, familiar y comunitario. Los servicios deberían adaptarse desde esta visión holística de los usuarios y efectores de un sistema de salud.

Del elemento anterior se desprende una Orientación familiar y comunitaria. Implica orientar prácticas desde un marco de referencia que contemple "las circunstancias y hechos en la vida de una persona, su cultura, condiciones de vida, dinámica familiar, situación laboral y problemas de salud" (OPS, 2005. p. 27-28). Este enfoque es uno de los ejes fundamentales en la reforma de la atención psiquiátrica, y se basa en una concepción del ser humano como sujeto social y sujeto de derechos.

Retroalimentando esta perspectiva, las familias y comunidades debieran ser partícipes activos en las planificaciones e intervenciones atinentes a sus necesidades prioritarias de salud. La Participación es un principio y elemento esencial del enfoque renovado de APS, aunque es aún uno de los elementos que requiere mayores esfuerzos para ser instituida y legitimada en el Sistema de Salud.

Organización y gestión óptimas de las estructuras, funciones y niveles del sistema de salud. La OPS menciona como *buenas prácticas de gestión* la planificación estratégica, la investigación operativa, la evaluación de desempeño, entre otras (2005, p.13).

Los sistemas de salud basados en APS deberán desarrollar Políticas y programas que estimulen la Equidad en Salud, aportando a disminuir la brecha en la accesibilidad y atendiendo a los factores causantes de la misma.

Primer Contacto: Ya desde Alma Ata se define que la Atención Primaria

Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el Sistema Nacional de Salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada (OMS, 1978. Inc.VI).

El Primer Nivel de Atención se constituye como dispositivo mediador entre el Sistema de Salud y la comunidad, ubicando los servicios en los espacios geográficos más cercanos, de modo que se disminuyan las barreras de acceso de tipo geográficas, económicas, simbólicas y socio-culturales. Este debería ser el nivel de atención que recepte nuevos problemas en salud, y donde se resuelvan la mayoría de estos (OPS, 2005).

Otro elemento de una APS integral es la disponibilidad de Recursos humanos apropiados, incluyendo agentes de salud, gestores, administrativos, trabajadores comunitarios, entre otros. Para ello, el sistema de salud debe emplear estrategias de capacitación, empleo, incentivos, fortalecimiento de conocimientos y prácticas de agentes de salud (OPS, 2005. P.13). En este punto se introduce la necesidad de conformar equipos multi e interdisciplinarios, que posibiliten abordajes integrales, aunando perspectivas disciplinarias, en función de las dimensiones del ser humano en su unidad, y los determinantes de la salud en su complejidad.

Además de agentes de Salud, la Atención primaria requiere de una adecuada planificación que provea de Recursos adecuados, apropiables y sostenibles, en lo referente a infraestructura, equipos, tecnología básica, suministros necesarios, medicamentos, y el necesario presupuesto para una atención integral y de calidad (OMS, 2005).

Intersectorialidad: la Atención primaria requiere de la acción coordinada entre instituciones y sectores sociales del área pública, privada y también no gubernamentales, que permitan promover el impacto en los determinantes múltiples de la salud, entre los cuales se incluye "empleo y trabajo, educación, vivienda, producción y distribución de alimentos, ambiente, agua y saneamiento, y atención social, entre otros" (OPS, 2005. P.14).

LA PSICOLOGÍA COMO CAMPO DE CONOCIMIENTO Y ACCIÓN EN SALUD PÚBLICA

La renovación de APS implicó una reformulación y ampliación del concepto de Salud, resignificándola como un derecho, y además considerando la complejidad de los múltiples factores condicionantes o determinantes de la salud como proceso. Esto implicó además integrar la interdisciplina e intersectorialidad, en la estrategia de abordaje del complejo proceso salud-enfermedad-atención.

Es en este punto que interviene la psicología como ciencia, campo de conocimientos y prácticas indisolublemente ligado a la salud integral (y no sólo mental), y que por tanto forma parte esencial de este amplio campo interdisciplinario de la salud pública. Siguiendo a Morales Calatayud (2010) la *Psicología de la salud* puede definirse como:

La rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y

de la atención de la salud. (...) le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud (p.100).

Tal como señalan De Lellis, Berra y Morand (2013), la psicología encuentra un gran campo de potencialidades en el primer nivel de atención, donde se despliegan diversas problemáticas, no solamente relacionadas a la psicopatología sino también a aspectos de la cotidianidad de individuos, grupos, familias, comunidades, y procesos inherentes al desarrollo y al ciclo vital. La psicología presenta potencialidades para;

Intervenciones individuales, familiares, grupales e institucionales orientados a la promoción de estilos de vida y/o ambientes saludables; Desarrollo de acciones destinados a fortalecer las redes de apoyo y sostén, (...); Disponibilidad de servicios de atención psicológica para la atención de los problemas y/o trastornos más frecuentes en las personas que acuden en busca de asistencia; Asesoramiento y/o capacitación de los restantes integrantes del equipo de salud para la atención del componente mental o intersubjetivo que afecta las condiciones de salud/enfermedad; Disponibilidad e integración de recursos de asistencia psicológica para el tratamiento de enfermedades crónicas, en coordinación con otros servicios de salud; Diseño e implementación de acciones psico educativas destinadas a grupos específicos de la población para el abordaje de los problemas de salud prevalentes (...) (De Lellis et al., 2013.p. 24-25).

APS EN ARGENTINA

En una investigación realizada por Stolkiner, Comes, Garbus (2010), las autoras señalan ejes históricos claves de la APS en Argentina, entre ellos, un contexto de profunda crisis socio- económica en 2001, una creciente brecha de inequidad entre los sectores de la población, y una posterior declaración de emergencia sanitaria en el año 2002, el gobierno propuso un Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud (PROAPS) con el programa REMEDIAR.

En el año 2004 se reforma la estructura sanitaria Argentina, enunciada en las Bases del Plan Federal de Salud en el año (Argentina, 2004) con perspectivas hacia el año 2007. Se propone "un modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y fundamentado en la estrategia de Atención Primaria como organizadora del sistema" (Stolkiner et al., pp.2810).

La integración de los principios, valores y elementos esenciales de APS, y su articulación concreta remite a una construcción que aún requiere fortalecerse en nuestro país. Las autoras señalan que, al momento, entre los principales desafíos que atraviesa la estrategia de APS se ubican: la inequidad en términos geográficos y sociales, la heterogeneidad de normativas provinciales, la necesidad de una mejor coordinación entre subsectores del STS e intersectorialmente. Una de las principales potencialidades de APS que señalan es la tarea de promover formas de participación social en salud instituidas (Stolkiner, et al., 2010).

Más allá de sus alcances y limitaciones, APS es la estrategia que actualmente organiza el Sistema de Salud en su estructura y funciones y orienta políticas sanitarias a nivel nacional y provincial.

El sistema de Salud en Salta

En la provincia de Salta, El Ministerio de Salud pública elaboró el Plan Quinquenal 2011-2016 que enuncia la estructura operativa del S.S. provincial, prioridades y estrategias. Se adopta una concepción de la salud como derecho humano fundamental, y sus lineamientos están basados y orientados en la estrategia organizadora de Atención Primaria en Salud.

En el plan quinquenal se establecen los principios de Equidad, Universalidad, Solidaridad, Ética, Calidad e Inclusión social como ejes axiológicos que sustentan y orientarán las decisiones y acciones en Salud. Los ejes transversales son: Un enfoque de género, Un enfoque de derechos humanos (la salud como derecho) y eje en la Participación Social (Plan Quinquenal, 2011).

La provincia de Salta está dividida políticamente en 23 departamentos, y administrativamente en 59 municipios. Todos los establecimientos de salud dependen del Ministerio de Salud Pública de la provincia, que tiene las funciones de conducción y administración de recursos humanos, materiales y financieros del área salud, y de planificación, programación, normatización y ejecución de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población. Además tareas de fiscalización, promoción y desarrollo de la actividad científica, capacitación de personal y educación sanitaria. Esto se implementa mediante programas, a través de tres secretarías, y tres subsecretarías. Se ilustra esta estructura general en el siguiente gráfico:



Fuente: Plan quinquenal. Salta, 2010



Fuente: Plan quinquenal. Salta, 2011. pp.85

La estructura del Sistema de Salud provincial se divide en cuatro Zonas Sanitarias, en base a regiones geográficas de la provincia: Centro, Norte, Sur y Oeste. Estas zonas, a su vez, están subdivididas en Áreas Operativas.

Las Áreas operativas (AO) son "unidades técnicas y administrativas para la programación, ejecución y evaluación de las actividades de atención de la salud y enfermedad, como así también del medio ambiente" (Plan Quinquenal. Salta, 2011). Cada AO dispone de un establecimiento sanitario cabecera, aquel de mayor nivel de atención.

NIVELES DE ATENCIÓN

La Estructura del Sistema de Salud salteño se operativiza mediante un *Sistema de Atención Progresivo* en distintos Niveles de Complejidad de los servicios sanitarios que ofrece (Plan Quinquenal, 2011).

El nivel de mayor complejidad es el *cuarto nivel de atención*. Este "tiene capacidad para resolver casi la totalidad de problemas de atención médica" (Plan Quinquenal, 2011, p.22). Son cabeceras referenciales de zonas sanitarias y de otras jurisdicciones.

El tercer nivel de atención está conformado por instituciones que "disponen de atención ambulatoria y de internación diferenciada en las cuatro clínicas básicas más algunas especialidades críticas. Tienen servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad" (Plan Quinquenal, 2011, p.23).

El segundo nivel de atención reúne hospitales cabeceras de diferentes AO. Brindan servicios de atención ambulatoria en consultorios externos, internación no diferenciada, pueden incluir servicios de odontología, bioquímica y radiología periódicamente (Plan Quinquenal, 2011).

El *Primer Nivel de Atención* (PNA) brinda únicamente servicios de atención ambulatoria y están ubicados en zonas periurbanas y áreas rurales. El PNA se divide en tres tipos de espacios sanitarios:

- Centros de Salud. Ofrecen atención de enfermería a diario, atención en Medicina General, Pediatría, Ginecología, Odontología, Nutrición, Psicología y en algunos casos laboratorio periódico.
- Puestos Sanitarios. Son atendidos por personal de enfermería permanente, disponen de atención médica periódica y programada. Funcionan distribuidos en toda la Provincia.
- Puestos Fijos. Funcionan en escuelas, centros vecinales o casas de familias del ámbito rural. El equipo de salud (médicos, enfermeras, agentes sanitarios) se traslada en forma periódica para atender poblaciones de difícil acceso ubicadas en distintos parajes provinciales.

Esta estructuración en niveles de complejidad permite que un paciente pueda ser atendido inicialmente en un Nivel de atención primario o secundario, es decir, reciba prestaciones de salud lo más cerca posible de su lugar de residencia, en su comunidad,

para luego ser derivado a otro nivel de mayor capacidad resolutive adecuado a esa necesidad. Se trata de una estructura orientada a favorecer la accesibilidad en salud como principio de APS.

LA SALUD MENTAL EN EL PLAN QUINQUENAL

Resulta importante puntualizar que el Plan quinquenal, en su sección Políticas y Estrategias, entre otros objetivos, establece una Política específica en Salud mental:

Fomentar las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Atención integral de la fármaco–dependencia con énfasis en promoción de la salud y prevención de adicciones" (Plan Quinquenal, 2011. p.77).

En función de ello se propone los siguientes objetivos en relación al campo de la Salud Mental:

- Descentralizar la atención psiquiátrica hacia un modelo comunitario e interdisciplinario, que incluya la promoción de la salud mental y el fortalecimiento en el primer nivel de atención.
- Incluir la salud mental en el nivel primario de atención, con énfasis en detección y atención de la depresión y suicidios.
- Garantizar el derecho de la población a la salud mental y a la atención oportuna de los trastornos mentales. (...)
- Desarrollar acciones para la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación en fármaco y droga – dependencia, en prevención de las adicciones. (...)
- Impulsar el proceso de transformación del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, superando el modelo de atención tradicional, para encarar un modelo integral de atención que contemple un enfoque familiar y comunitario en el pleno respeto de los derechos Humanos Universales.

(Plan Quinquenal, 2011. p.77)

CAPITULO II: Nociones de Salud Mental y Padecimiento Subjetivo

El proceso Salud/Enfermedad/Atención: La complejidad en Salud.

La Salud ha sido definida por la OMS como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (OMS, 1978. Inc.). Esta conceptualización ha sido criticada y revisada. Por un lado, se ha señalado que la salud no debería concebirse como *estado*, lo cual remite a una situación estática, inalterable.

Así también, concebir a la salud como un estado de "*completo*" bienestar, dificulta pensar la relatividad y complejidad de la salud como proceso fluctuante y contextualizado: "la salud no puede ser entendida en términos ideales o absolutos, sino que debe ser comprendida como una cuestión relativa a cada contexto social y momento histórico que implica aspectos subjetivos y objetivos" (De Lellis et al., 2015. p.14). Se adopta una conceptualización más ajustada, acorde a la complejidad del fenómeno:

La Salud es un proceso, que depende de los factores sociales y ambientales asociados al bienestar logrado en un determinado momento histórico-social, y que asume como premisa la mutua transformación que se produce a través de la interacción permanente entre las personas y sus entornos (De Lellis et al., 2015. pp.15).

Desde esta perspectiva, Lalonde (1974) establece un marco referencial integral del **campo de la salud**, conformado por cuatro elementos básicos, interrelacionados:

- Biología humana: Aspectos biológicos- orgánicos que se relacionan con la salud, física y mental.
- Ambiente: Aquellos factores "externos al cuerpo humano, y sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control" (Lalonde, 1974. p.3). Pueden incluirse aquí, además de factores medio-ambientales, factores relacionados a problemáticas sociales complejas (tales como la pobreza, el desempleo, etc.) que inciden sobre la salud (De Lellis et al., 2015).
- Estilo de vida: comprende "la suma de todas aquellas decisiones del individuo que afectan su salud, y sobre las cuales, en menor o mayor medida, tiene algún tipo de control" (Lalonde, 1974. p. 3). Esta dimensión refiere a hábitos personales que inciden positiva o perjudicialmente sobre la salud.
- Organización de los servicios de salud: consiste en la naturaleza de las prestaciones y servicios de salud, en cuanto a su calidad, cantidad y las

relaciones entre la población y los recursos- servicios. Se incluyen en esta categoría todas las prácticas e instituciones de un sistema de salud, con sus dinámicas complejas (Lalonde, 1974).

Con este enfoque, se adopta una concepción integral de la Salud y de la enfermedad, "como un conjunto de cualidades sistémicas complejas y fenómeno multidimensional" (De Lellis et al., 2015. pp.15). En coherencia, en 2009 la OMS creó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estos refieren a las condiciones del entorno en que las personas y los grupos sociales nacen, crecen, viven, se educan, trabajan y envejecen (OPS, 2009), lo cual remite a contextos y coyunturas sociales, económicas, políticas, que configuran circunstancias favorables o desfavorables, y "se convierten en elementos estructurantes de las condiciones de vida y de salud de los sujetos" (De Lellis et al., 2015. p. 34).

Desde esta perspectiva, Menéndez (1994) entre otros autores que forman parte del movimiento salubrista denominado Salud Colectiva - Medicina social, propone reemplazar la dicotomía salud-enfermedad por la noción de *Proceso Salud/Enfermedad/Atención* (PSEA).

El autor sostiene que los padecimientos, el enfermar y el dar respuesta a las problemáticas sanitarias, constituyen *hechos sociales* inherentes a la vida social, y por ello todo conjunto social tiene la necesidad de construir y sistematizar conocimientos, acciones, técnicas, instituciones, sistemas de atención y estrategias de acción, y todo tipo de organizaciones, prácticas, e incluso ideologías, para convivir con estos fenómenos, y buscar soluciones posibles (Menéndez, 1994). Por lo tanto, el proceso Salud- Enfermedad- Atención comprende todo este abanico de hechos sociales, en su interjuego y complejidad. Resulta de relevancia para este estudio adoptar la perspectiva de Menéndez cuando señala que

El proceso salud/enfermedad/atención ha sido y es una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas (...). Los padecimientos constituyen en consecuencia uno de los principales ejes de construcción potencial de significados colectivos. (...) Las representaciones ideológico-culturales son parte de la construcción diagnóstica, del tratamiento, de los criterios de curación y prevención. Estos constituyen además de hechos técnicos, procesos de construcción social de saberes institucionales en relación con la enfermedad, los enfermos y las instituciones" (Menéndez, 1994. p.137).

Nociones de Salud Mental y Padecimiento Subjetivo

"La definición de la salud que incluye la referencia a la vida orgánica, al placer y al dolor experimentados como tales, introduce subrepticamente el concepto de cuerpo subjetivo en la definición de un estado que el discurso médico cree poder describir en tercera persona"
Canguilhem, G. 2004. P.6.

En coherencia con lo anteriormente planteado, puede diferenciarse un subcomponente de la salud referente a la dimensión psíquica-mental más específicamente, aunque indisociable de la salud integral.

La Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 define a la Salud Mental:

"Artículo 3°: En el marco de la presente ley se reconoce a la **salud mental** como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (Argentina, 2010).

En su decreto reglamentario 603/2013, se enuncia:

ARTÍCULO 1°.- Entiéndase por **padecimiento mental** a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de *crisis* previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo *trastornos y/o enfermedades*, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657.

En el Plan Nacional de Salud Mental (2005) se señala que el marco conceptual de la Ley enuncia el padecimiento mental diferenciándolo semánticamente de "enfermedad o trastorno mental", subrayando la necesidad de revisar las lógicas y prácticas psiquiátricas que han tendido a separar el objeto "enfermedad" y sus categorías diagnósticas, disociando la enfermedad de los sujetos de derecho que padecen (Argentina, 2013).

La noción de padecimiento mental surge al diferenciar los criterios objetivos de una enfermedad como entidad nosográfica, de lo que constituye la dimensión subjetiva del sufrimiento psíquico y del proceso S/E/A. Al respecto, Stolkiner y Ardila (2012) señalan que:

Tampoco las prácticas generales de salud pueden seguir centradas en la suposición de que atienden “cuerpos biológicos” cuando se trata de sujetos en situaciones de padecimiento. (...) Todos los procesos vitales, que incluyen el enfermar y el morir, se construyen con la amalgama de determinaciones genéricas pese a su singularidad, e implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente. (...) El desplazamiento del eje de la enfermedad al sujeto, en esta corriente, es el que ha llevado a introducir el concepto de “sufrimiento psíquico” o “padecimiento subjetivo” en la epidemiología y en las prácticas (p.65).

Desde este enfoque, el eje centrado en la enfermedad/patología mental (característico en el enfoque biologicista, modelo médico-psiquiátrico) ha sido desplazado hacia la consideración de un sujeto que atraviesa un proceso salud-enfermedad, sujeto de derechos, y está inserto en un contexto más amplio en el que sobreviene y se desarrolla el proceso de enfermar, adquiriendo caracteres singulares y contextuales (Augsburger, 2002). Es el contexto, además, el que podrá ser favorecedor u obstaculizador, respecto a la rehabilitación de las condiciones de salud de las personas con padecimientos subjetivos.

Sobre la Accesibilidad en Salud

Tal como ya se ha mencionado, uno de los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS es la capacidad para garantizar *acceso y cobertura universal*, sustentado en el principio de *equidad en salud*. Esto implica disponibilidad de la atención en salud para toda la población.

Se define como la posibilidad de acceso a una atención integral en salud, facilitada por "*la ausencia de barreras a la atención, ya sean de tipo geográfico, financiero, organizacional, sociocultural y de género*" (OPS, 2005. p 11). Así se distinguen distintos tipos de accesibilidad:

- Geográfica: implica proximidad entre los servicios y la población.
- Cultural: relacionada a la concepción del proceso salud-enfermedad-atención como construcción sociocultural, en la que intervienen el conjunto de conocimientos técnicos, representaciones, semantizaciones, imágenes, valoraciones, etc., que pueden funcionar como facilitadores o barreras en el acceso a los servicios.
- Económica: Posibilidad de costear los gastos que implica la atención en salud y los tratamientos necesarios.

- Administrativa: Posibilidad de respuesta efectiva a las demandas/ necesidades en salud, facilitada por la organización institucional, circuito de atención, disponibilidad de turnos, espacios físicos, recursos, profesionales, especialistas.
- Jurídica: Conjunto de leyes, políticas públicas, programas, planes de acción efectivos que contemplan los derechos de las personas con padecimientos mentales y reglamentan estrategias concretas para su cumplimiento.

Puede entenderse a la accesibilidad desde la perspectiva de la oferta de los servicios de salud, como las modalidades de servicios que un sistema de salud despliega, acerca y dispone para la población, en un intento de maximizar la cobertura y la equidad. Ello implicaría identificar y eliminar posibles barreras geográficas, económicas, administrativas, o culturales- simbólicas (Comes, Solitario, Garbus, Mauro, Vázquez, Sotelo, Stolkiner, 2007).

Sin embargo, señalan los autores que *"el problema de definir (únicamente) la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad"* (Comes et al., 2007. p.202), y por ello proponen definir a la accesibilidad como:

``Una *relación* entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. (...) Se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población, en tanto los servicios son productores de discursos que se entraman en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización"(Comes et al., 2007. pp. 202-203).

Entender a la accesibilidad como construcción de un vínculo recíproco y dinámico entre efectores de servicios - usuarios, implica identificar un espacio que se configura de modo relacional. Está, por ser una práctica social, impregnado de representaciones construidas socialmente (Jodelet, 1979). Pensarla como espacio relacional, además, despliega potencialidades para pensar y construir nuevas modalidades y espacios de accesibilidad.

El concepto de accesibilidad comprende las posibilidades de acceso a la atención en sus distintas dimensiones según aspectos geográficos, económicos, administrativos u organizacionales del S.S, y la accesibilidad en términos culturales- simbólicos (Garbus,

2007; Comes, 2003). Así también es posible hablar de *barreras en la accesibilidad* en estas cuatro dimensiones.

A los fines de este estudio adquieren particular importancia la accesibilidad en su dimensión cultural-simbólica, entendida ésta también como vínculo, y en el marco de lo que Saforcada (1999) llama *Componente intersubjetivo informal* en el STS, es decir, el conjunto de representaciones, semantizaciones, imágenes, valoraciones que intervienen en la dinámica relacional entre efectores-usuarios, y de algún modo facilita u obstaculiza la accesibilidad.

CAPÍTULO III: Un cambio de paradigma en Salud Mental

Atención psiquiátrica tradicional

Numerosos autores (Goffman, 2001; Solitario, Garbus y Stolkiner, 2007; Ferro, 2010; Galende, 2008) analizan el desarrollo de la psiquiatría como disciplina legitimada socialmente, y con ello, la figura del médico psiquiatra como portavoz de un saber determinante sobre los trastornos/padecimientos mentales.

La psiquiatría fue legitimada para realizar clasificaciones nosográficas de los cuadros psicopatológicos, diagnosticar y decidir sobre los cursos de tratamiento posibles, entre los que se preponderó la internación manicomial y el disciplinamiento del paciente. Así, "la psiquiatría adquirió hegemonía y legitimidad para definir y operar sobre la subjetividad en base al establecimiento de criterios normativos acerca de lo patológico" (De Lellis, 2015).

De este proceso, fuertemente influenciado por relaciones de poder y la puja por la hegemonía de un discurso (Ferro, 2010), deviene la institución manicomial como modelo de atención en el campo del sufrimiento mental. Goffman (2001) incluye al manicomio dentro de lo que llamo *instituciones totales*. El autor las define como

“Lugares de residencia o trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. (...) La tendencia absorbente o totalizadora (de la institución) está simbolizada por los obstáculos que se imponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros. “(Goffman, 2001. p. 17-18).

Goffman (2001) sostiene además que estas instituciones totales son incompatibles con la estructura social del trabajo y con los lazos característicos de la institución familiar, ya que "levantan barreras entre el mundo interno y externo (social)" (p.27) de los pacientes, generándose, en palabras del autor, cierta "*desculturización*" o "*desentrenamiento*" de habilidades para actuar y desenvolverse en actividades sociales, es decir, llevan a la pérdida temporal (y a veces por periodos prolongados de tiempo) de los lazos sociales y de los ejercicios civiles, atravesando situaciones de segregación social.

Este modelo de atención de los padecimientos mentales produjo la cronificación de pacientes internados. Desde un enfoque de derechos humanos, y una concepción de

la salud- enfermedad-atención como procesos sociales (Menéndez, 1994) se sostiene que las consecuencias de este modelo fueron iatrogénicas, en lugar de terapéuticas (Solitario et al., 2007; Goffman, 2001).

La "desmanicomialización"

El proceso que se ha dado a llamar "desmanicomialización" o "reforma de la atención psiquiátrica/en salud mental", deviene de un movimiento en el que organismos en defensa de los derechos humanos, profesionales, usuarios, familiares y otros actores, han interpelado al discurso psiquiátrico tradicional, y el modelo asistencial- asilar para el tratamiento de los padecimientos subjetivos instituido (De Lellis, 2015). Este modelo ha sido recusado por considerarse una respuesta ineficaz a las problemáticas de salud mental. Algunas de las críticas centrales refieren a:

a) Una concepción que destaca la carencia, la incapacidad y peligrosidad del sujeto con padecimiento mental; b) Las internaciones indebidas como restricción ilegítima de la libertad y el problema de la institucionalización; c) La respuesta segregativa en *instituciones totales* y la desarticulación de las redes socio-familiares e institucionales; d) Una ética de la beneficencia, fundada en la relación paternalista y asimétrica entre curadores y pacientes; e) La hegemonía que ha mantenido la psiquiatría como rama especializada de la medicina, lo cual condujo a la fragmentación del campo e imposibilitó lograr mayores avances en la integración disciplinaria (De Lellis, 2015. p.93).

Otras críticas se han dirigido a las condiciones insalubres y abusos ejercidos en estas instituciones. Basta consultar el informe titulado "*Vidas Arrasadas*" sobre la situación del modelo manicomial y sus pacientes, en Argentina (CELS, MDRI, 2007). Así también puede consultarse el informe del Primer Censo Nacional de personas internadas por motivos de Salud Mental (Ministerio de salud y desarrollo social, 2019).

Un cambio de modelo: Declaración de Caracas y Principios de Brasilia

En 1990, la OMS y OPS convocan a la Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de salud. En la "declaración de Caracas" se declaran las falencias e insuficiencias de la atención psiquiátrica tradicional y se cuestiona el lugar hegemónico del hospital psiquiátrico para este campo de atención sanitaria. Se declara la necesidad de adoptar estrategias de atención en salud mental descentralizada, comunitaria, participativa, preventiva y continuada. Se insta a los Sistemas sanitarios de la región y los programas de salud

mental a adaptarse a los principios que fundamentan la estrategia de Atención Primaria en Salud (OMS/OPS, 1990).

En noviembre de 2005 se rectifica a continuar con la implementación de modelos alternativos en atención de los padecimientos psíquicos. En el documento ‘‘Principios de Brasilia’’ se reitera:

"El papel central que corresponde a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales; La necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren: **1.** La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo cuando sea necesario la admisión en hospitales generales; **2.** La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial; **3.** El establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutive; **4.** La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental; y **5.** La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población (OMS/OPS, 2005).

Paradigmas en Salud Mental

El proceso de reforma psiquiátrica que acontece a nivel global constituye, desde la perspectiva de varios autores (De Lellis, 2015; Galende, 2008; Vietta, Kodato y Furlan, 2001; Terra, Sarturi, Ribas y Ermann, 2006) un *cambio de paradigma*, tanto en el campo de conocimientos y enunciaciones sobre los padecimientos mentales, como en el campo de las prácticas y la atención en Salud Mental (Stolkiner y Ardila, 2012). Podría considerarse que más bien se trata de un periodo de transición en el que, tal como señala De Lellis (2015) coexisten paradigmas divergentes respecto a la concepción del fenómeno, manifestando tensiones y conflictos.

Thomas Kuhn (1971) define paradigma como conjunto de conocimientos, conceptos, creencias, valores y principios, normas y códigos particulares que caracterizan y dan coherencia a los miembros de una comunidad científica, en su formación y en su producción, "que durante algún tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad de profesionales" (pp.50). En igual línea de análisis, Vietta et al., (2001) sostienen que

Los paradigmas están directamente vinculados a determinadas visiones de mundo de la comunidad científica, y determinan acciones y estrategias terapéuticas y de prevención. (...) En otras palabras, el paradigma se refiere a modelo, patrón y vivencias compartidas, *configurándose en un esquema ejemplar de descripciones y comprensión de la realidad*. Es, por lo tanto, más que teoría, pues implica una estructura que genera teorías, produciendo pensamientos y explicaciones, representando un sistema de aprender a aprender al que se vincula todo proceso futuro de aprendizaje e indica un método para la investigación (pp.98).

Edgar Morin, por su parte, extiende la noción de paradigma, sostiene que no sólo se constituye como modelo para el saber científico, sino también para *"cualquier conocimiento, cualquier pensamiento, cualquier sistema psicológico. (...) De este modo, los individuos conocen, piensan y actúan en conformidad con paradigmas culturalmente inscritos en ellos. Los sistemas de ideas están radicalmente organizados en virtud de los paradigmas"* (Morin, 1992. P.218). Morin señala además algunas características de todo paradigma:

Es *semántico*, es decir, determina significaciones e inteligibilidades; es *lógico*, prescribe y privilegia determinadas *operaciones lógicas rectoras* que subyacen a los sistemas de ideas; es *ideológico*, funciona como principio que determina y controla la organización de ideas, razonamientos, discursos y axiomas. Además, el paradigma es *inconsciente, invisible*, aunque influye directamente en el pensamiento consciente, nunca es formulado en tanto tal, y sólo existe en sus manifestaciones (Morin, 1992).

Siguiendo a Kuhn (1971), el avance de las ciencias se produce mediante transiciones paradigmáticas. En la medida en que un paradigma presenta *anomalías*, es decir, resulta insuficiente para dar explicación/solución a algún fenómeno, o se encuentran explicaciones fragmentadas hacia el interior de una comunidad científica. Surge entonces un periodo de reconstrucción conceptual, paradigmática, que permite la emergencia de nuevas alternativas de explicación. Al respecto, Morin señala que un cambio de paradigma "ataca evidencias enormes, lesiona intereses enormes, y suscita resistencias enormes (1992, p.238).

Un paradigma no puede ser atacado, contestado, arruinado directamente. Es preciso que haya grietas, desmoronamientos, erosiones, corrosiones en el edificio de las concepciones y las teorías que éste abarca (...); es preciso que haya, por último, surgimiento de nuevas tesis e hipótesis que ya no obedecen a este paradigma, y después multiplicación de las verificaciones y confirmaciones de las tesis nuevas allí donde fracasan las tesis antiguas(...) (Morin, 1992.p.224).

En un campo teórico-práctico como lo es la Salud Pública, y el campo emergente de la Salud Mental, un cambio de paradigma involucra también transformaciones en las prácticas instituidas y cotidianas. Trasladando esta concepción al emergente campo de la salud mental y el cambio de paradigma que implica, puede pensarse en los ejes que diferencian al paradigma- modelo de atención psiquiátrica tradicional y el modelo desde un enfoque de derechos. De Lellis reúne en el siguiente cuadro lo que ha dado en llamar *ejes de la transformación*:

Cuadro 1: Dimensiones y características del modelo tutelar y del modelo integral en Salud Mental.

DIMENSIONES	MODELO ASISTENCIALISTA/ TUTELAR	MODELO INTEGRAL
CAPACIDADES DEL SUJETO CON PADECIMIENTO MENTAL	Centrado en la protección de la discapacidad mediante medidas de tutela y rehabilitación psicofísica.	Presunción de capacidad y administración de los sistemas de apoyo necesarios para compensar las limitaciones.
RÉGIMEN DE INTERNACIONES	Escasamente controladas.	Criterios y medidas para la protección de las internaciones.
CRITERIO DE INTERNACIÓN	Criterio de peligrosidad como motivo de internación.	Criterio de riesgo como motivo de internación.
MODELO DE ATENCIÓN	Institucionalización prolongada.	Desinstitucionalización, intersectorialidad y articulación en redes de servicio.
DIMENSIÓN ÉTICA	Centrada en la beneficencia.	Respeto a los derechos del paciente con criterios de equidad social.
EQUIPO DE SALUD	Hegemonía y fragmentación disciplinaria.	Interdisciplina y horizontalidad de las prácticas, con inclusión de profesionales y técnicos (y otros actores, usuarios) no convencionales.

Fuente: De Lellis, 2015. p.94

Vietta et al. (2001) y Terra et al. (2006) llaman a este nuevo modelo emergente "paradigma de la desinstitucionalización", que consiste en adoptar estrategias y alternativas más inclusivas en la atención de los pacientes psiquiátricos. Las autoras caracterizan esta transición de paradigma como una de-construcción de los saberes legitimados e instituidos en el hospital psiquiátrico, con vistas a la re-construcción de un nuevo campo-modelo de la salud mental.

Siguiendo a las autoras, la construcción de dispositivos y modalidades operativas diferentes a las del modelo tradicional resulta una necesidad, como así también la re-construcción de un paradigma desde el cual los actores (profesionales, agentes de salud, usuarios, familiares y asociaciones, etc.) que participan de este campo puedan

posicionarse para resignificar los padecimientos mentales, (Vietta et al., 2001) y construir nuevas modalidades en sus prácticas.

La desinstitucionalización del enfermo mental trae en su seno el desafío de dotar a ese individuo de un mínimo de recursos vitales que le permita independencia para las actividades de vida diaria y ejercicio de ciudadanía (...) es algo que además de mucha imaginación requiere obstinación y creatividad terapéutica (Vietta et al. 2001. pp. 102).

Salud Mental y APS

Como se enuncia en los documentos de referencia de la OMS/OPS y en la Ley nacional de Salud Mental 26.657/10, el proceso de reforma en la atención psiquiátrica debe adaptarse a la estrategia organizadora de Atención Primaria en Salud. Descentralizar la atención del hospital monovalente hacia la configuración de nuevos dispositivos y servicios en salud mental requiere de la articulación de los valores, principios y elementos de APS con esta nueva concepción sobre los padecimientos mentales, y su operacionalización concreta. Ello implica necesariamente una deconstrucción y reconstrucción de las prácticas institucionalizadas en todos los niveles de atención y en los actores, entre ellos, los agentes de salud (Stolkiner et al., 2007).

Siguiendo a Stolkiner et al., puede entenderse esta articulación en dos vías, no excluyentes:

“La incorporación de acciones de salud mental en las prácticas de APS (acciones integrales, promoción y prevención en Salud mental) y por otro lado, la aplicación de los principios de APS a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica' '(2007, pp.136).

Ley Nacional de Salud mental 26.657: un enfoque de derechos.

La Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) fue sancionada en el año 2010 en Argentina y reglamentada en el año 2013. En consonancia con los lineamientos de la OMS/OPS, la Ley insta a una reforma en la atención psiquiátrica en el Sistema de Salud Argentino, en su estructura, sus concepciones y prácticas.

En su capítulo III se establece que "los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley" (Argentina, 2010). Se prohíbe la apertura de nuevos hospitales psiquiátricos y se insta a una progresiva sustitución o adaptación de los hospitales monovalentes existentes hacia dispositivos alternativos (Argentina, 2010. Art. 27). En la reglamentación se establece que:

La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020 (...) La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad (Argentina, 2013. Art.27).

Los lineamientos planteados son sustancialmente diferentes al modelo asilar – tutelar, de allí el estatuto de un *cambio de paradigma*. Algunos de los ejes fundamentales que introducen cambios son:

La concepción de salud mental y padecimiento subjetivo, que, como ya se ha señalado, implica enunciaciones novedosas y desplaza el eje del diagnóstico hacia la persona, considerando la complejidad y multi dimensionalidad del proceso S/E/A. Desde esta concepción, la ley hace foco en la dimensión social- comunitaria como eje clave para un tratamiento más humanizante. Este enfoque es radicalmente diferente a la concepción del paciente como *incapaz* que instituyó el modelo asilar-manicomial, que

ha consolidado una idea centrada en la *carencia* (de recursos, de saberes, de habilidades, de normas), lo que a menudo ha permitido el arrasamiento de su historia, e impedido visualizar aquellos recursos personales, psicológicos y sociales que son altamente relevantes para pensar la superación de su menoscabo e incrementar las oportunidades de inclusión social (De Lellis, 2015. p.95).

La Ley propone un cambio sustancial en la concepción del paciente psiquiátrico como sujeto de derechos, haciendo foco en la presunción de capacidad del mismo, en la conservación de la dignidad del paciente y la protección de sus derechos fundamentales. En su capítulo IV, la ley 26.657 establece y reconoce los derechos de las personas con padecimientos mentales, entre los cuales se destacan:

- A) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable. (Artículo 7. Pp 14-18)

La ley reserva un extenso capítulo para normatizar y regular las internaciones de los pacientes en hospitales monovalentes. Se establece que deben ser recursos terapéuticos de carácter excepcional en los casos de riesgo inminente para sí o terceros, "y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social" (Cap. VII, Art. 14). Se establecen además requisitos para toda disposición de internación, siendo obligatorio que se fundamenten en una evaluación interdisciplinaria que "no deberá reducirse a una clasificación diagnóstica" (Art.20) y bajo el consentimiento informado del paciente o representantes del entorno familiar. Como alternativa, se establece que las internaciones en salud mental deberán ser accesibles en hospitales generales (Art.28).

Desde este marco referencial, se propone un cambio en la modalidad de abordaje que sea coherente con este enfoque de derechos. La atención en salud mental, según los lineamientos de la ley, debiera ser interdisciplinaria e intersectorial, preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario (monovalente), y basada en los principios de APS. Las nuevas modalidades de abordaje deberán orientarse "al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales" (Argentina, 2010. Cap. IV, Art.9).

Art. 11: (...) Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y

prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (Argentina, 2010)

En este escenario, el Primer Nivel de Atención en Salud resulta un espacio propicio para descentralizar la atención en Salud mental de los hospitales monovalentes, posibilitar la accesibilidad en salud de las personas con padecimiento mental, (en los Centros de salud del PNA y sus servicios, en las redes de promoción y prevención, en la agenda de actividades) y garantizar los principios de una Atención Primaria en Salud (Yanco, Gerlero, Augsburger, Duarte y Gómez, 2012).

Plan Nacional de Salud Mental

El plan nacional de Salud mental (PNSM), presentado oficialmente en octubre de 2013 establece objetivos prioritarios para la implementación de la Ley y el cambio de paradigma que conlleva. Allí se señala como primer problema "la estigmatización y discriminación de las poblaciones, núcleos y personas en situación de vulnerabilidad" (Argentina, 2013, pp.21). Y en función de ello se establecen los siguientes objetivos:

- la difusión de los derechos contemplados en las legislaciones vigentes;
- el diseño de estrategias para implementar, monitorear y evaluar, proyectos, programas y actividades destinadas a la desestigmatización y no discriminación de usuarios de salud mental y adicciones, y la desnaturalización de mitos y prejuicios que afectan el pleno cumplimiento de sus derechos;
- La inclusión de los grupos sociales vulnerables en los abordajes de salud y salud mental;
- Aumentar la accesibilidad a los servicios, dispositivos y actividades de Salud/ Salud Mental de la población, erradicando aquellas prácticas, por parte de los efectores, que contribuyan a representaciones sociales estigmatizantes y obstaculicen el ejercicio de la ciudadanía.

Plan Nacional de Salud mental, 2013.

El plan señala además otros problemas prioritarios, como la desarticulación o inexistencias de redes sanitarias en Salud mental; la necesidad de incluir la problemática de las adicciones en Salud mental, y acciones de promoción y prevención destinadas a niños, niñas y adolescentes; la necesidad de capacitar a los efectores de salud en adecuación a la Ley de Salud Mental; el escaso desarrollo en epidemiología de la SM; el abordaje de la urgencia y catástrofes en el campo de la SM. Cada uno de estos problemas deriva en el plan como líneas de acción, metas e indicadores concretos.

A los fines de este estudio, resulta interesante analizar este problema priorizado en primer lugar en el Plan: aquello referente al estigma y la discriminación, construcciones sociales que resulta necesario de-construir y des-naturalizar, ya que actúan como barreras, tanto en el ejercicio de la ciudadanía y de los derechos que asisten a pacientes con trastornos mentales (Plan Nacional de Salud mental, 2013), y en la accesibilidad en salud (Garbus, 2009).

El Plan también le otorga importancia fundamental y establece líneas de acción para implementar programas, proyectos y actividades de capacitación a los agentes de salud, desde un enfoque interdisciplinario y adecuado a los lineamientos de la Ley de Salud Mental. Incluso se establece como meta que estas actividades "incorporen contenidos acerca de los prejuicios sobre las personas con padecimiento mental que obstaculizan el acceso a los servicios de salud" (Plan Nacional de Salud Mental, 2013. inc. 11.1.3).

Los Agentes de Salud como Actores del cambio

La Ley Nacional de Salud Mental, así como el Plan Nacional de Salud Mental, legitiman la construcción de un nuevo modelo de atención. Propugnan enunciaciones y prácticas novedosas, que son coherentes con un enfoque de derechos humanos. Sin embargo, llevar estos lineamientos de la retórica oficial a las prácticas concretas, requiere de un proceso de legitimación en lo social, de deconstrucción y reconstrucción de lo instituido, en la estructura de cada sistema de salud, de cada institución en particular, y necesariamente, en las concepciones y prácticas de los agentes-efectores de salud.

Se entiende por **práctica de salud**

Un proceso que combina conocimientos y acciones en torno a la asistencia, la promoción y la prevención de la salud, y no exclusivamente a las acciones que llevan adelante los profesionales de la salud. Estas acciones no sólo incluyen conocimientos técnicos específicos, sino que también incluyen pensamientos, hábitos, creencias, valoraciones, sentimientos y comportamientos (Ministerio de Salud, 2009. p.42).

Las prácticas de salud abarcan acciones asistenciales (específicamente de atención) en las que intervienen no sólo los profesionales técnicos, sino toda persona que tenga contacto con una persona que llega a una institución sanitaria con algún problema de salud. Así también las prácticas de salud comprenden aquellas actividades extramuros de la institución sanitaria, las reuniones de equipos, todas aquellas actividades que

impliquen la organización e implementación de acciones preventivas, etc. (Ministerio de Salud, 2009).

La Ley introduce un modelo de abordaje que requiere, necesariamente, de la revisión y transformación de las prácticas instituidas, tanto en hospitales monovalentes como en dispositivos del PNA del S.S.

Cuando en las formulaciones políticas de Salud Mental se habla de des-institucionalización se hace referencia a la tarea de *deconstruir producciones institucionales existentes y constitutivas de los imaginarios culturales compartidos*. Producciones que van más allá de los manicomios reales, pero encuentran en sus lógicas derivadas su fuente y su consistencia. Deconstrucción que coincide con la creación y sostenimiento de experiencias alternativas, que se van convirtiendo en dispositivos e instituciones nuevas y, aun así, en constante transformación. (Plan Nacional de Salud mental, 2013. pp.15)

En el primer caso, es necesario construir procesos de des-institucionalización de aquellos pacientes con largos periodos internos en hospitales monovalentes, así como también estrategias de atención novedosas orientadas a la rehabilitación de los lazos entre el paciente y su entorno. En el segundo caso, los cambios implican la construcción de dispositivos y equipos interdisciplinarios de salud mental, particularmente en el Primer Nivel de Atención, por ser aquel más cercano al lugar de residencia de las personas, favoreciendo la reinserción social y los lazos sociales. Tal como señalan Faraone, Valero, Rosendo y Torricelli (2011) tras una experiencia de desinstitucionalización:

Iniciar, continuar y/o consolidar procesos des/institucionalizadores es el desafío que hoy deben asumir las políticas y las prácticas en el área. En este marco, los equipos de salud mental son actores privilegiados en los procesos de cambio. Transitar por el camino de una reforma implica iniciar una trayectoria de transformación que pone en juego no solo la construcción de nuevas e innovadoras prácticas, sino también la institucionalización de estrategias que posibiliten su viabilidad. Esta trayectoria se desenvuelve en los procesos culturales, sociales y subjetivos de manera diferencial sobre los actores, individuales y colectivos, generadores del cambio (Faraone et al., 2011. Pp 54).

La interdisciplina

En este contexto, la interdisciplina se presenta como condición necesaria para posibilitar las reformas propuestas, hacia una atención integral e integrada. La ley insta a la conformación de equipos de atención en salud mental, conformados por profesionales capacitados de las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, y otros campos pertinentes (Art. 8).

La interdisciplina es una estrategia que deviene en una práctica coherente con la complejidad de proceso S/E/A, en tanto se funda en la cooperación y diálogo entre saberes y prácticas diversas, en vistas a conformar un marco referencial común entre los actores que intervienen en el abordaje en Salud Mental (Stolkiner, 2005; Solitario, Garbus y Stolkiner, 2007).

"La interdisciplina significa situarse en un paradigma pos positivista, implica adherir a una epistemología que no homologa el objeto de conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas. (...) La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría univoca" (Stolkiner, 2005. p.66).

Las autoras además señalan que un enfoque interdisciplinario, permitiría integrar también "saberes no disciplinarios", lo cual conduce a considerar espacios de participación en salud para actores novedosos: saberes de usuarios, de familiares de las personas con padecimientos mentales, de asociaciones en defensa de los derechos humanos, entre otros.

Es desde este enfoque que surge el cuestionamiento sobre cómo los Agentes de Salud representan, definen y valoran a las personas con padecimiento mental, teniendo en cuenta que "El marco referencial común implica, entonces, acuerdos básicos ideológicos, tanto en el tipo de relación que se intenta construir entre equipo asistencial y "beneficiarios" del mismo, como en la definición del sujeto de estas acciones" (Solitario et al., 2007.p. 67).

Salud Mental Comunitaria

El complejo proceso de transformación de abordaje de los padecimientos mentales, implica, como ya se ha señalado, la deconstrucción y reconstrucción respecto a las concepciones que están arraigadas en torno a los trastornos mentales, hacia una concepción del padecimiento subjetivo *de un sujeto en existencia*, que tiene el derecho y los recursos para ser partícipe en su comunidad y en su tratamiento (Galende, 2008), y la disposición de prácticas de salud acordes a esa concepción.

Siguiendo a Bang: "Estos padecimientos, portados por cuerpos singulares, presentan su correlato en la trama social, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva, que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual"

(2014, p.111). Se introduce entonces, lo comunitario como espacio de enormes potencialidades en este proceso.

En 2001, la OMS elevó un informe mundial de Salud mental, enunciando principios rectores para un modelo alternativo y comunitario de atención en salud mental. Algunos de los ejes señalados son (OMS, 2001):

Diagnóstico e intervención oportuna, para abordar un tratamiento adecuado a las necesidades de cada caso. Sin reducirse al diagnóstico, la intervención oportuna implica adecuada información al momento de la irrupción de una crisis, otorgando participación al paciente y su familia lo largo del tratamiento, haciendo foco en sus potencialidades más que en sus discapacidades.

Continuidad de la asistencia: para ello, construir una red de apoyo al paciente con trastornos mentales y su familia, disponer de equipos de tratamiento estables en salud mental, capacitar a los agentes de salud.

Una gama amplia de servicios, acorde a los múltiples determinantes del P/S/E/A, organizar servicios y actividades, interdisciplinaria e intersectorialmente, y posibilitar la inclusión del paciente en las mismas.

Participación de la comunidad local. Desde una concepción del proceso salud-enfermedad-atención influido por múltiples factores, se sostiene que el ambiente social-comunitario es un factor influyente en la evolución de cada caso. "Un ambiente social favorable contribuye a la recuperación y la reintegración, mientras que un ambiente negativo puede reforzar la estigmatización y la discriminación" (OMS, 2001.pp).

Integración en la atención primaria. El primer nivel de atención se presenta como espacio propicio para detectar casos de trastornos mentales, como así también para garantizar la continuidad de la atención tras un proceso de externación hospitalaria.

Lo comunitario

Las propuestas de Salud Mental comunitaria implican, la posibilidad de ser parte de su tratamiento, de recibir atención integral desde el comienzo de la enfermedad, en el marco de procesos de atención y rehabilitación en el contexto de su comunidad, el centro de salud de su barrio, preservando los lazos sociales con sus familiares, amigos y vecinos (Ardila y Galende, 2011).

El abordaje comunitario implica construir colectivamente espacios que funcionen como una red de sostén para el paciente y su familia, y para la comunidad como colectivo, un espacio en el que las relaciones sociales posibiliten el reconocimiento mutuo, necesidad inherente al ser humano como ser social (Galende, 2008).

Para comprender lo comunitario en salud, y en salud mental, se realizará una breve aproximación a las nociones de comunidad y participación comunitaria, con el objeto de contextualizar el rol de los agentes de salud y de los usuarios desde este enfoque. Se define a una *comunidad* como:

Un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines (Montero, 1998. En Montero, 2004).

Desde esta perspectiva, la *participación comunitaria* en salud se define como el conjunto de procesos y acciones individuales y colectivas (comunitarias) en los que los actores implicados se vinculan solidariamente (Bang, 2014), identifican necesidades compartidas, los recursos con que cuentan, sus alcances y limitaciones, y desarrollan acciones conjuntas para satisfacerlas, mediante el intercambio de saberes, experiencias y acciones (Montero, 2004.; Ministerio de Salud, 2009a).

Es así como los agentes de salud del PNA adquieren protagonismo, en sus potencialidades para facilitar y promover espacios y mecanismos de participación y de acción comunitaria. Estos procesos se ubican en el marco de las prácticas de salud, como "construcción de nuevas formas de relacionarse" (Ministerio de Salud, 2009a. p.33) entre efectores-usuarios y entre institución-comunidad, y nuevas formas de actuar respecto a las problemáticas emergentes de salud mental.

Siguiendo a Bang (2014), la promoción en salud mental comunitaria implica, necesariamente, el desarrollo de la creatividad de los actores implicados, al pensar estrategias e impulsar acciones novedosas en salud mental, basadas en prácticas colectivas, relacionales. "Este tipo de acciones se presentan como una vía facilitadora para la transformación hacia una comunidad más inclusiva; ya que, para que personas con padecimientos mentales puedan ser asistidas en su comunidad, ésta también debe estar preparada" (Bang, 2014. p.112).

CAPITULO IV: Representaciones Sociales

Las Representaciones Sociales (RS) constituyen un objeto de estudio en diversas disciplinas sociales. Para los fines de esta investigación, adoptamos un enfoque desde el campo de la Psicología social, siguiendo a Moscovici y Jodelet como principales referentes teóricos, quienes sostienen que en el objeto Representación Social, se intersectan la dimensión social y la dimensión individual (psíquica), en la construcción de los conocimientos compartidos o las formas de significar la realidad (Moscovici, 1979).

El estudio de las RS "*Concierne a la manera como nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, las personas de nuestro entorno próximo o lejano*" (Jodelet, 1984. p.473).

Jodelet señala que las RS "deben ser abordadas como *producto* y como *proceso* de una elaboración psicológica y social de lo real" (1984, p.474). Partiendo de esta primera diferenciación, para aproximarnos a la comprensión de la RS como proceso, es necesario definir el *acto de representar*, entendido como:

Un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto *se relaciona* con un objeto (...); La actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar *su posición en relación con* situaciones, objetos, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen (Jodelet, 1984. p 473-475).

Representar es, entonces, un proceso psíquico básico que posibilita que el ser humano, individual y colectivamente se vincule con su entorno y con diferentes aspectos de la realidad, a los fines de aprehenderlos, apropiarse de un sentido, elaborar un marco de referencia común para la interacción con otros, e incluso para actuar conforme a ello. Representar es un acto que excede a la actividad cognitiva y perceptual, e involucra aspectos valorativos, afectivos, culturales, ideológicos.

El enfoque que adoptamos a los fines de este estudio se centrará en el concepto de Representación Social *como producto* de ese proceso, a saber:

Imágenes que condensan un conjunto de significados [en torno a un objeto, personaje, fenómeno, hecho social]; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con los que tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos (Jodelet, 1984. p.472).

A decir de Jodelet (1984), "las RS constituyen una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social" (p.473). Son *sociales* en tanto son compartidas, en mayor o menor homogeneidad en los grupos-comunidades, se elaboran y se construyen mediante procesos de interacción y comunicación entre grupos o colectivos, y a su vez estos procesos están insertos en un contexto socio-cultural más amplio.

El carácter social de las RS está ligado también a sus funciones primordiales: facilitan y contribuyen a la aprehensión de lo desconocido y del entorno social, material e ideal. Al configurarse como sentidos compartidos, posibilitan el intercambio comunicacional entre los individuos de un grupo social. (Jodelet, 1984; León, 2002). Otra de sus funciones en la vida social es señalada por León:

Las representaciones sociales guían la acción social. A partir de la representación (que describe, clasifica y explica la realidad) los individuos definen las situaciones y así organizan y orientan su acción (...). Las RS sirven para justificar las decisiones, posiciones y conductas adoptadas ante un hecho (León, 2002. p. 374)

Estructura y contenidos de las Representaciones Sociales

La estructura de la RS reúne tres elementos fundamentales, a saber:

Dimensión figurativa: La RS toma la forma de una imagen, constituyendo en sí misma un símbolo, una "reproducción mental de otra cosa" (Jodelet, 1984), es decir, una imagen será evocada al evocar el objeto representado. Como ya se ha mencionado, al objetivar la entidad que se intenta representar, se constituye un *núcleo figurativo* que organiza al resto de los contenidos de la representación, les da sentido y estabilidad (Jodelet, 1984; León, 2002).

Dimensión cognitiva: Refiere a la dimensión significativa de la RS. El conjunto de informaciones, conocimientos, creencias, opiniones, sentidos que hacen parte de la estructura significativa de la RS en referencia a un objeto determinado: personaje, fenómeno, hecho social que resulta socialmente significativo para un grupo-comunidad (León, 2002).

Dimensión valorativa: Tiene que ver con los aspectos afectivo- actitudinales que despierta en las personas aquello que es representado: "la evaluación positiva o negativa del objeto, implica las reacciones emocionales en torno al mismo" (León, 2002. p.379).

Procesos constitutivos

Descritos por Jodelet (1984), los procesos constitutivos de las representaciones sociales son los siguientes:

La Objetivación: Es el proceso mediante el cual los conceptos, atributos, relaciones, fenómenos, que se presentan de modo abstracto a nuestra comprensión, son transformados en imágenes concretas y aprehensibles. Para ello, se realiza una selección de algunos elementos de esa noción abstracta, en función de los criterios culturales de cada grupo social. Tras esta selección, el objeto representado se reorganiza para estructurarse nuevamente alrededor de un núcleo figurativo o imagen (Jodelet, 1984; León, 2002). En una segunda fase este concepto devenido imagen se naturaliza, es decir, se consolida como elemento familiar de la realidad, adquiere existencia autónoma en el sentido común, reemplazando a la noción abstracta. Jodelet (1984) señala que no se trata de una mera reproducción o copia de lo real, sino que implica una construcción que involucra aspectos creativos y procesos de interpretación.

El proceso de anclaje: relacionado dialécticamente con la objetivación (Jodelet, 1984), es el proceso que posibilita que aquellos aspectos de la realidad que nos resultan desconocidos o extraños, se vuelvan familiares y adquieran un significado comprensible y una nominación. Se trata de una "integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente" (Jodelet, 1984. P.486), es decir, aquello novedoso se introduce dentro de un marco referencial ya conocido, se asocia e integra a los esquemas conceptuales (y representacionales) que ya poseemos previamente.

Siguiendo a León (2002), este anclaje implica dos procesos: En primer lugar, una clasificación de aquello que se intenta representar. Se compara lo novedoso con prototipos de categorías particulares, y se lo ubica como parte de alguna categoría preexistente:

Además, la clasificación tiene una fuerza prescriptiva. Implica ponerle al objeto (persona, evento, cosa) las conductas y reglas de acción que son permisibles o esperadas de él o en relación a él. La clasificación implica una transformación del objeto, transformación que está más determinada por nuestras categorías previas, donde hemos encajado al objeto, que por las características del mismo (León, 2002.p.377).

Al clasificar algún objeto, se le asigna también una valoración positiva o negativa al objeto, en tanto se enfatizan las similitudes o las diferencias respecto a

aquello internalizado previamente (León, 2002). Se introducen procesos afectivos-actitudinales y patrones de reacción en su construcción.

Paralelamente, al clasificar un objeto, se le asigna una denominación particular. Moscovici (1981) señala tres efectos de ello:

- 1) Se puede hablar del objeto, puede ser descripto y asignársele ciertas cualidades o características (...);
- 2) Se le diferencia de otros objetos debido a las características que se le asignan, es decir, el objeto adquiere identidad;
- 3) Se convierte en convencional para los grupos que emplean el mismo nombre para referirse a ese objeto (León, 2002.p.)

Es importante señalar que las RS son compartidas por grupos sociales concretos, pero no se presentan homogéneamente en toda la sociedad, es decir, variarán de un grupo o comunidad a otro, en función de su historicidad, las coyunturas actuales, la dinámica social particular, como así también, los contenidos de las RS pueden presentar variaciones de un individuo a otro conservando algunos contenidos consensuados (Rodríguez Salazar, 2003; León, 2002).

Por ello, es fundamental comprender que estos procesos están atravesados en su conjunto por las particularidades sociales, culturales, históricas del grupo social o comunidad que construye las RS, "dependerán de las normas sociales y valores de esa comunidad y de su historia común" (León, 2002. p.372), siendo fundamental estudiarlas como un producto contextualizado. Indagar en RS sociales de actores sociales tales como los agentes de salud, implica escuchar a estas personas como sujetos históricos, insertos en una comunidad y en una institución con dinámicas y códigos socioculturales- relacionales, ideológicos.

Es desde este enfoque que se hace posible conocer las *construcciones simbólicas* (León, 2002) que sostienen los Agentes de salud, en tanto grupo social inserto en el sistema de salud pública, en tanto agentes sociales que construyen su realidad y sus prácticas recursivamente, insertos en una comunidad y en una institución de salud pública.

Desde el enfoque que se ha expuesto, se entiende que las RS en torno a las personas con padecimientos mentales como construcciones colectivas, han sido influidas por un proceso histórico, en el que predominó un modelo de atención

psiquiátrica hegemónico. Actualmente, este modelo se desplaza hacia otro paradigma de atención, que involucra las prácticas de nuevos actores y en nuevos espacios de atención, con apertura hacia la comunidad.

Un cambio de paradigma involucra revisar las concepciones, enunciaciones, valoraciones actitudes, e imágenes que estructuramos en torno a la persona con padecimiento mental. Las RS se presentan como figuras que condensan aquellos elementos simbólicos y son compartidas por los Agentes de salud, en relación recursiva con las prácticas, que, como ya se ha señalado, pueden constituirse como facilitadoras u obstaculizadoras de la accesibilidad en salud (Fottia y Assis, 2012).

Las Representaciones Sociales y las prácticas

Tras un análisis conceptual de las RS, surge entonces la necesidad de esclarecer las relaciones entre representaciones sociales y prácticas sociales. Sostiene Moscovici que:

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

No se trata, entonces, de una relación causal, sino de relaciones recursivas, de interdependencia. Las RS forman parte de la dinámica de las prácticas sociales. No sólo las orientan, sino que también, en función de las prácticas sociales, las RS surgen y se modifican. (Di Iorio, s/f; Rodriguez Salazar, 2003).

Adoptamos el enfoque de Rodriguez Salazar (2003), quien toma a Duveen (1994) para esclarecer esta dialéctica entre RS y Prácticas:

La *noción de práctica* implica algo más que la identificación de un patrón sistemático de actividad. El sentido de práctica emerge cuando esas actividades pueden ser interpretados como *acciones significativas o con significado* (Duveen, 1994). Sin embargo, para este autor decir que las representaciones producen patrones de actividad inteligibles no significa afirmar que las representaciones sean consideradas causas de las actividades sino más bien que *las acciones se vuelven prácticas cuando son interpretadas dentro de la estructura de una representación* (Rodriguez Salazar, 2003. p.71).

Algunas consideraciones sobre Estigma y padecimiento mental

Algunos autores (Acuña y Bolis, 2005; Garbus, 2009) sostienen que la estigmatización de las personas con padecimientos mentales puede actuar como barrera en la accesibilidad en salud de estos pacientes, por lo cual se hace necesaria una breve conceptualización del estigma, para una mejor comprensión de este factor.

Señala Irving Goffman que “La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías”; (2006. P.11-12). Desde esta perspectiva social, Goffman define al estigma como un atributo o rasgo que diferencia a un individuo o minoría del resto, en función de aquellos estereotipos o categorías socialmente construidas como “normales”; Se constituye entonces como una *diferencia indeseable* (Goffman, 2006).

El estigma es producto de un contexto social particular, en el que se definen categorías socialmente valoradas o desvalorizadas. El autor sostiene además que *el estigma es un lenguaje de relaciones*, es decir, un atributo se convierte en desacreditado o desacreditable; en la dinámica de las relaciones sociales (Goffman, 2006). Estos atributos no deseables; son representados colectivamente, acompañados de creencias, valoraciones y actitudes negativas. Así, podemos hablar de procesos de estigmatización, entendida como “un proceso social o una experiencia personal caracterizada por la exclusión, el rechazo, la acusación o la desvalorización, que resultan en un juicio social adverso sobre una persona o un grupo” (Acuña y Bolis, 2005).

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación adoptó un *enfoque de tipo cualitativo* ya que se buscó indagar en profundidad, las percepciones y significaciones que los Agentes de Salud tienen sobre las personas con padecimientos mentales (Hernández Sampieri, Fernandez Collado, Baptista Lucio, 2014), en función de sus marcos de referencia y desde una perspectiva holística y contextualizada (Taylor y Bogdan, 1987).

En este estudio, el esquema de investigación fue flexible, es decir susceptible de modificaciones en función de las vicisitudes de la realidad en estudio. Así también se adoptó una perspectiva interpretativa *inductiva*, partiendo del testimonio de los participantes y buscando el entendimiento profundo de las Representaciones Sociales de los participantes en torno a personas con padecimientos mentales.

En cuanto al alcance de la investigación, se ubica en un *nivel exploratorio-descriptivo*, ya que se trata de un tema poco estudiado en este contexto y no se han recabado antecedentes de investigación sobre esta problemática puntual con Agentes de Salud en la Ciudad de Salta.

ANTICIPACIÓN DE SENTIDO

En base a los antecedentes de investigación y lo conocido respecto a la implementación de la Ley, se consideró que las Representaciones Sociales de los Agentes de Salud respecto a personas con padecimientos mentales estarían asociadas a la idea de peligrosidad y agresividad, acompañadas de valoraciones negativas. Así mismo se anticipó que las Representaciones Sociales estarían mayormente relacionadas a los aspectos limitantes que a los recursos personales de personas con padecimientos mentales.

Desde un enfoque que considera que la construcción de Representaciones Sociales mantiene una relación de recursividad y mutua influencia con las prácticas sociales, se anticipa que existen Representaciones sociales que actuarían como barreras simbólicas en el abordaje en Salud a personas afectadas por algún padecimiento mental.

Respecto a los conocimientos y opiniones sobre los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental, se anticipó que esta sería desconocida para la mayoría de los participantes.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS CLAVE

Representaciones sociales

Imágenes que condensan un conjunto de significados [en torno a un objeto, personaje, fenómeno, hecho social]; sistemas cognitivos de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con los que tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos (Jodelet, 1984. p.472).

Subdimensiones:

- *Dimensión cognitiva*: El conjunto de informaciones, conocimientos, creencias, opiniones, sentidos que hacen parte de la estructura significativa de la RS en referencia a un objeto determinado (León, 2002), siendo en este caso, las personas con padecimiento mental.
- *Dimensión valorativa*: Refiere a los aspectos afectivo- actitudinales que despierta en las personas aquello que es representado: "la evaluación positiva o negativa del objeto, implica las reacciones emocionales en torno al mismo" (León, 2002.p.379).
- *Dimensión figurativa*: Se entiende como la/s imagen/es mental/es evocadas al representar al objeto en cuestión

Personas con padecimiento mental

Esta categoría incluye a aquellas personas diagnosticadas/afectadas por algún tipo de *trastorno o enfermedad mental* (en términos psiquiátricos) que implique procesos de sufrimiento psíquico, cuya situación requiera de tratamiento y cuidados en salud integrales orientados a la rehabilitación de su salud mental. Se entiende el padecimiento mental como parte del complejo proceso salud-enfermedad-atención, atravesado por múltiples factores contextuales, situacionales, grupales e individuales (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

Agente de Salud

Toda persona que, desde su rol en una institución sanitaria (en este caso, Centros de Salud), desarrolle actividades relacionadas a la prevención, promoción primaria, secundaria, terciaria, y asistencia en salud. Esta categoría incluye a

profesionales médicos en sus diferentes especialidades, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, agentes sanitarios, administrativos, entre otros.

Prácticas en salud

Se define práctica en salud como toda acción o intervención orientada al cuidado, promoción o rehabilitación de la salud de las personas, o a la prevención de enfermedades, por parte de agentes de salud en el contexto de una institución sanitaria o una comunidad. Las prácticas están basadas no sólo en conocimientos técnicos específicos, sino que además implican pensamientos, hábitos, creencias, valoraciones, sentimientos y comportamientos (Ministerio de Salud, 2009).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño adoptado para esta investigación fue el de *Teoría Fundamental*, de tipo *sistemático*.

Siguiendo a Sandoval (1996) y Vasilachis (2009), se consideró este diseño como el más adecuado en relación a los objetivos de estudio, ya que se buscó generar inferencias teórico- explicativas sobre el fenómeno contextualizado, fundamentadas en el interjuego continuo entre los datos emergentes en el proceso de investigación.

Se trabajó desde el diseño sistemático: partiendo de una codificación inicial abierta, se desplegó un proceso de recolección - análisis y revisión continua de la información emergente, para la simultánea codificación y categorización en unidades de análisis, hasta la saturación de las mismas (Hernández Sampieri et.al, 2014; Sandoval, 1996). La saturación teórica implicó que investigar nuevos casos ya no proporcionaba información adicional para desarrollar nuevas propiedades de las categorías (Vasilachis, 2009).

Así también, tal como señala Hernández Sampieri et al., (2014) el diseño de investigación, así como el modelo emergente del proceso, se circunscribe espacio-temporalmente al contexto y ámbito de estudio, primando la riqueza interpretativa más que la generalización de los resultados.

CONTEXTO

Los Centros de Salud (CS) en la Ciudad de Salta dependen del Ministerio de Salud Pública de la provincia, pertenecen a la Región Sanitaria Centro y al Área Operativa Capital. Son 64 en total, que estuvieron nucleados hasta fines de 2016 por la Dirección de Primer Nivel. Por directrices del Ministerio de Salud (Expte. 321-239655/16), actualmente los CS son nucleados y administrados desde los hospitales Papa Francisco y Materno Infantil.

En el siguiente cuadro se detalla la organización de los Centros de Salud que corresponden al Hospital **Papa Francisco (4 nodos)**:

Nodo Intersindical	Nodo Lavalle	Nodo Solidaridad	Nodo Manjón
C.S N° 27. Intersindical	C.S N°9- V° Lavalle	C.S N°61- B° Solidaridad	C.S N°6- B° Manjon
C.S N°8- El Tribuno	C.S N°29- B° Bulogne Sur Mer	C.S N°37- La Isla	C.S N°7- B° 20 de Junio
C.S N°16- Sta Ana I	C.S N°48- B° Ceferino	C.S N°45- B° San Francisco Solano	C.S N°18- B° Constitución
C.S N°17- San Remo	C.S N°46- B° Morosini	C.S N°54- B° San Ignacio	C.S N°19- B° Chamical
C.S N°21- V° Palacios	C.S N°52- B° Sta. Cecilia	C.S N°62- B° Sanidad	C.S N°20- Finca la Troja
C.S N°25- San Luis	C.S N°58- V° Maria Ester	C.S N°64- B° Pinares	C.S N°33- V° Las Rosas
C.S N°38- V° Esmeralda			C.S N°40- B° 9 de Julio
C.S N°50- Mercado Cofruthos			C.S N°42- B° Autódromo
C.S N°51- Limache			C.S N°44- B° Floresta
C.S N°57- B° Sta Ana II			C.S N°60- B° Mirador

El contexto de investigación abarcó 4 (cuatro) Centros de Salud de la Ciudad de Salta. Siendo 64 en total y ante la imposibilidad de acceder a su totalidad, la elección de los mismos se realizó en función de criterios de organización administrativa: Se contempló investigar en los Centros de Salud que funcionan como referentes de cada nodo administrado por el Hospital Papa Francisco, a saber, Nodo Solidaridad (C.S n° 61), Nodo Lavalle (C.S N°9), Nodo Intersindical (C.S n°27) y Nodo Manjón (C.S n°6). Se constituyen en el diagrama organizacional como Cabecera de Nodos en función de

los criterios de complejidad y alcance de servicios. Poseen una amplia cartera de servicios y un nivel de complejidad “medio” en cuanto a sus posibilidades de resolución.

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CS) son instituciones sanitarias cuya función es prestar atención ambulatoria y de urgencia y desarrollar actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, derivaciones a niveles de atención de mayor complejidad, y vigilancia sanitaria del medio. Las actividades de los Centros de Salud se enmarcan en la estrategia de Atención Primaria en Salud y se organizan en base a los valores, principios y elementos de APS.

Los Centros de Salud en los que se realizó la investigación dependen administrativamente del Hospital Papa Francisco. Los Centros de Salud funcionan como “filtros” de consultas, en tanto se busca que la mayoría de problemáticas sean resueltas en Primer Nivel y los hospitales recepten solo aquellas consultas de mayor complejidad que sean derivadas por los Centros de Salud. Esta modalidad se concreta mediante un Sistema de Referencia y Contra Referencia entre niveles de complejidad del Sistema de Salud. Cada Centro de Salud posee un área de responsabilidad delimitada geográficamente que se ve ampliada hacia otras áreas de influencia. Recientes cambios en las modalidades de atención, como la implementación del número telefónico #148 para la organización de turnos asistenciales, llevaron a la flexibilización de las áreas de responsabilidad, ya que este servicio busca agilizar la atención otorgando turnos a la población bajo el criterio de inmediatez. Es así que el número 148 ofrece a los usuarios la posibilidad de acceder a los turnos disponibles, indistintamente de las áreas de cobertura de cada Centro de Salud. En la mayoría de los casos se desarrollan prácticas asistenciales a usuarios de otros barrios, viéndose ampliada la demanda, más allá de su área de responsabilidad e influencia.

Dentro de la cartera de servicios se incluyen las áreas de Enfermería, Vacunatorio, Laboratorio bioquímico, Radiología, Nutrición, Odontología, Psicología, Medicina Familiar o General, incluyendo en algunos casos especialidades médicas como cardiología, endocrinología, ginecología, entre otros. Así también, dos de los CS cuentan con Programa APS, es decir, Agentes Sanitarios que cubren el área de responsabilidad y uno de los Centros de Salud elegidos cuenta con un Trabajador Social.

PARTICIPANTES

De acuerdo al Diseño de investigación, se adoptó la estrategia de Muestreo teórico que, tal como señala Hernández Sampieri et.al. (2014), implica que el proceso de recolección de datos y la teoría emergente definen la composición de la muestra, en función del criterio de *saturación de categorías o saturación teórica*. El proceso de recolección de datos se realizó hasta agotar el surgimiento de categorías novedosas y el entendimiento de sus vinculaciones.

La muestra de participantes estuvo compuesta por 18 (dieciocho) Agentes de Salud que desarrollan sus prácticas en los Centros de Salud seleccionados, entre los que se incluyen: 1 agente administrativo, 2 agentes sanitarios, 1 trabajador social, 1 odontólogo, 1 técnico radiólogo, 3 enfermeras, 5 médicos de familia/generalistas, 4 licenciados en psicología.

Los criterios de inclusión de los participantes de este estudio fueron:

- Agentes de Salud de cualquier disciplina que accedan voluntariamente a participar de las entrevistas, previo consentimiento informado, de acuerdo a las consideraciones éticas y legales previstas en esta investigación.
- Agentes de Salud con un mínimo de dos años de antigüedad en el desempeño de sus funciones en Salud Pública. Este criterio se fundamentó en la necesidad de que los participantes posean conocimientos respecto a la dinámica del Sistema de Salud y de las instituciones en las que trabajan, proporcionando mayor riqueza de información desde la experiencia personal.

Cuadro - Sistematización de participantes

Cód.	Servicio	Orient. Comunit.	Antigüedad en Salud Pública (en años)	Antigüedad en cargo/En C.S (en años)
I.C. 1	Coordinadora Secretaría de Salud Mental de la Provincia	SI		10
I.C.2	Gerente General Hospital Dr. Miguel Ragone	SI	-	8
A. S. 1	Psicología	SI	10	5
A. S. 2	Trabajo Social	SI	9	2
A. S.3	Enfermería	SI	23	18
A. S.4	Medicina Familiar	SI	10	6
A. S.5	Administración/ atención al público	NO	12	10
A. S.6	Psicología	NO	12	10
A. S.7	Agente Sanitario	SI	37	8
A. S. 8	Agente Sanitario	SI	30	3
A. S. 9	Medicina Familiar	NO	15	5
A. S.10	Enfermería	SI	5	2
A. S.11	Medicina General	SI	15	5
A. S.12	Psicología	NO	17	6
A. S.13	Medicina Familiar	NO	5	2
A. S.14	Radiología	NO	13	9
A. S.15	Odontología- niños	SI	9	2
A. S.16	Medicina Familiar	NO	19	2
A. S.17	Psicología	SI	30	6
A. S.18	Enfermería	SI	5	2

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las herramientas de recolección de datos en este estudio fueron:

Observación no participante, permitió una inmersión inicial en las instituciones que conformaron el ámbito de estudio y un acercamiento a los participantes. El propósito de la observación fue explorar el ambiente y contexto donde se desarrolla la labor de los Agentes de Salud que participaron del estudio, el ambiente físico y social, las actividades e interacciones que se desarrollan (Hernández Sampieri et.al, 2014), así como también la dinámica de la institución y de las prácticas de atención en salud, los patrones de respuesta ante eventuales dificultades, entre otros aspectos situacionales emergentes, que permitieron contextualizar y enriquecer el proceso de investigación.

Registro de campo o bitácora: A fin de limitar los sesgos que pudieran intervenir desde la subjetividad de la investigadora, la observación fue documentada mediante un registro sistemático del proceso en una bitácora de campo, diferenciando dimensiones objetivas y subjetivas de la observación. Así también fue registrado el proceso de categorización y codificación en sus distintos niveles, en una bitácora de análisis. Ambas bitácoras se adjuntan al reporte de investigación.

Entrevistas cualitativas en profundidad: definidas por Taylor y Bogdan como "encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, (...) dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras" (1987, p.194-195).

Las entrevistas en profundidad fueron un instrumento adecuado para aproximarse a las Representaciones Sociales de los Agentes de Salud, desde sus propios marcos de referencia, hacia su descripción y *comprensión*.

Las entrevistas fueron *semi estructuradas* es decir, *con* ejes iniciales, aunque flexibles, orientadas por el devenir del discurso del entrevistado, aunque manteniendo foco en la problemática de estudio (Hernández Sampieri et.al., 2014). En base a la revisión de antecedentes, la literatura y los objetivos planteados a priori, se estableció una guía de entrevistas en profundidad que orientó el proceso (Se adjunta en anexo).

Entrevista a informantes clave: se entrevistó a referentes que al momento de la investigación ejercían sus funciones en instituciones referentes del campo de la Salud Mental, tales como la Secretaría de Salud Mental y el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone. En este caso también se instrumentó una guía de entrevista en función de algunos ejes (ver anexo).

Periodo de recolección de datos

	Agosto		Sept	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero 2020				Febrero 2020			
Semana	3	4	/	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Entrevistas Informantes Clave	X	X																					
Gestión autorización			X																				
Entrevistas CS N° 61				X	X																		
Entrevistas CS N°9						X	X																
Entrevistas CS N° 6								X	X														
Entrevistas CS N°27										X	X												
Uso de bitácoras	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Desgrabado				X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Codificación abierta				X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Codificación Axial													X	X		X	X	X					
Triangulación de datos																X	X	X	X	X			
Elaboración Reporte de Inv.																				X	X	X	X

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación comenzó con una inmersión inicial para lograr una mejor comprensión del campo de la Salud Mental en Salta y del contexto de descubrimiento, se realizaron entrevistas a informantes clave en las instituciones referentes mencionadas. Las entrevistas a estos informantes clave permitieron obtener un panorama de los avances en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental a nivel local y el escenario de las reformas en Salta, enriqueciendo el marco interpretativo de esta investigación. Así también se buscó profundizar la inmersión al campo asistiendo a actividades ligadas a la problemática, como cursos de capacitación en el Hospital Ragone y el I Encuentro Regional de Asociaciones de Usuarios/as y Familiares en Salud Mental (mayo, 2019) entre otras actividades que permitieron conocer algunas de las propuestas de capacitación a nivel local.

Posteriormente se tramitó, ante el área de Gestión del conocimiento del Ministerio de Salud, la autorización formal para acceder y desarrollar la investigación en los Centros de Salud. Este proceso llevó aproximadamente un mes. Una vez autorizada, se ingresó paulatinamente en cada Centro de Salud, con el objetivo a priori de observar la dinámica de trabajo de cada uno, tomar contacto con Agentes de salud, e identificar informantes clave en cada institución. Todo el proceso de recolección de datos se desarrolló entre los meses de octubre y diciembre del año 2019 y fue registrado en la bitácora de campo.

El primer contacto en cada Centro de Salud se realizó con el jefe de servicio correspondiente, a quien se le comentó las características de la investigación y se les pidió que faciliten un primer contacto. La posterior modalidad de contacto con agentes de salud fue con la metodología de “bola de nieve” (Vasilachis, 2009) es decir, al final de cada encuentro se solicitaba a cada participante que sugiera a otros posibles participantes, de modo que cada agente de salud facilitó el contacto con otro agente de salud, que generalmente presentaba apertura e interés por participar.

Previo a cada entrevista se estableció contacto informal con cada agente de salud, momento en el que se verificó que cumplan con los criterios de inclusión en la muestra, para luego plantear la propuesta e informarles las finalidades de la investigación en líneas generales y en qué consistía concretamente su participación. En líneas generales los Agentes de Salud mostraron disponibilidad, apertura e interés por

participar. Se pautó con cada actor un encuentro personal en un espacio y tiempo oportunos.

En las entrevistas se buscó generar un clima de confianza y se les garantizó a los participantes la confidencialidad de sus relatos y respuestas. Se solicitó la lectura y firma de consentimiento informado previo al inicio de cada entrevista. También se pautó su conformidad con la grabación de las entrevistas, a lo que todos los agentes de salud accedieron, a excepción de un caso, cuyo registro fue manual.

Luego de cada entrevista se procedió a transcribirla en su totalidad. El análisis de cada una permitió ir refinando el instrumento. Así, las entrevistas posteriores dan cuenta de un proceso de aprendizaje en relación al manejo de la herramienta técnica por parte de la investigadora.

La información emergente fue continuamente sistematizada, comparada y categorizada. Así también, el proceso de investigación requirió de una continua revisión y actualización bibliográfica, para una mejor comprensión de los datos emergentes.

COREOGRAFÍA DE ANÁLISIS DE DATOS

En función del diseño adoptado, el análisis de datos fue simultáneo al proceso de recolección de información, mediante el método de comparación constante de la Teoría Fundamentada. Los datos recolectados mediante entrevistas fueron transcritos y analizados en conjunto con los registros de la bitácora de campo. El proceso de análisis de datos fue plasmado en una bitácora de análisis, que refleja los criterios que se utilizaron para la codificación y categorización.

En función del diseño de Teoría Fundamentada y siguiendo a Hernández Sampieri et al. (2014), el plan de análisis de todo el material se dividió en dos niveles:

En un primer nivel, se realizó un análisis hacia el interior de cada entrevista, separando la información relevante para los objetivos de investigación y esbozando una codificación abierta en función de los ejes planteados. Se identificaron segmentos de significado en cada una de las entrevistas y se le asignó un código a cada uno. Los segmentos que compartían una misma idea fueron codificados bajo la misma denominación (Vasilachis, 2009).

Una vez realizado este proceso en cada entrevista, se pasó a un segundo nivel de análisis horizontal- transversal a la totalidad de entrevistas. Se procedió a realizar una codificación axial: se compararon unidades de significado entre entrevistas, para abstraer similitudes, diferencias, y vinculaciones entre las mismas. De esta manera las codificaciones fueron clasificadas y unificadas para abstraer categorías de análisis. Un continuo análisis en espiral permitió ir refinando categorías y visualizando sus propiedades, conformando las subcategorías o dimensiones de las mismas.

A partir de la categorización fue posible realizar una codificación selectiva, de las ideas, imágenes, valoraciones respecto al fenómeno y construir las representaciones sociales, conformando una teoría emergente, fundamentada en los datos. El resultado fue plasmado en esquemas conceptuales que permiten visualizar las categorías y codificaciones y las relaciones entre ellas. (Ver esquemas 1 y 2 con sus respectivos cuadros 1 y 2).

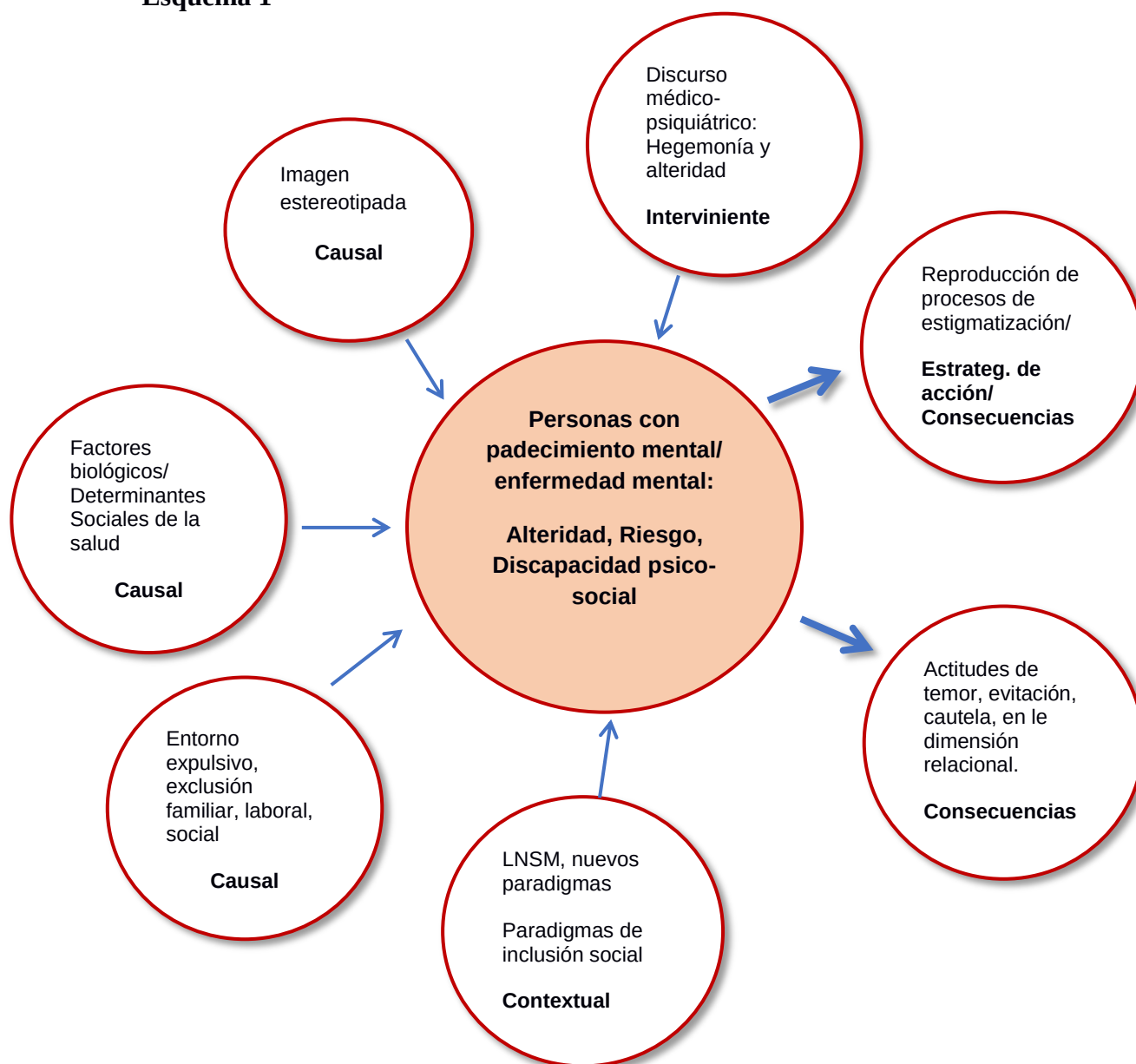
Codificación axial: Paradigmas de codificación

Los esquemas y cuadros a continuación reflejan la instancia de codificación axial en el proceso de análisis. Este se basó en la propuesta de Strauss y Corbin (2002) en Vasilachis (2009), que permitió refinar y visibilizar conexiones entre los datos y categorías y así construir una línea narrativa, delinear hipótesis y enunciaciones que integran los datos, construir la teoría emergente que luego se explicita en la reconstrucción analítica de datos.

Los círculos representan las categorías abstraídas en este proceso. Las categorías centrales fueron: Personas con padecimientos mentales y Proceso Salud/enfermedad/atención de las mismas. Alrededor se ubican categorías periféricas en relación al fenómeno que –reflejando la perspectiva de los participantes y la triangulación de datos- presentan relaciones causales, intervinientes, contextuales o consecuentes en relación a las categorías centrales.

Categoría Personas con padecimiento mental/ enfermedad mental

Esquema 1



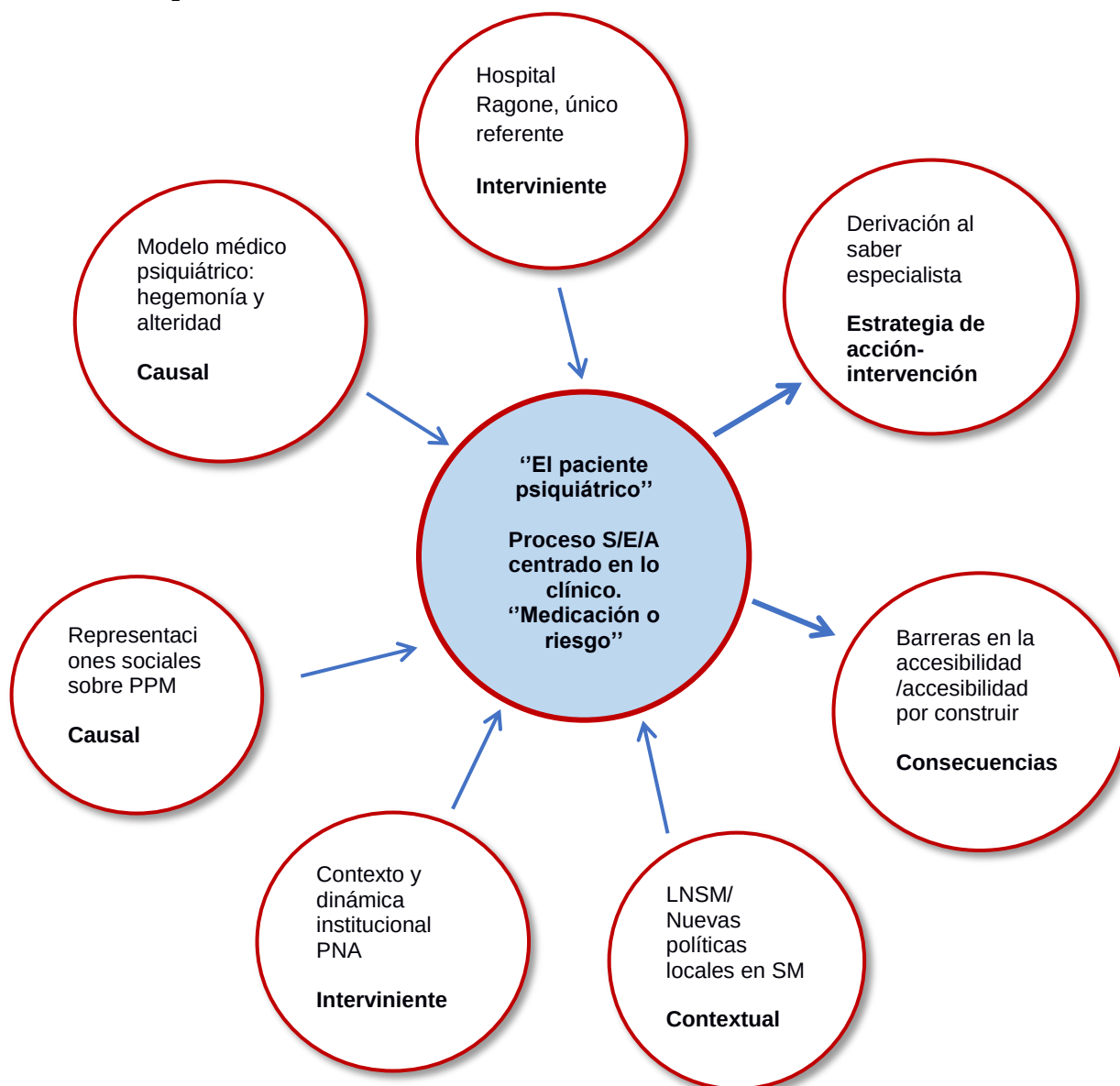
Cuadro 1

Categoría RS Personas con Padecimiento Mental (PPM)	
Condiciones Causales	• Factores Biológicos - hereditarios (concepciones ligadas al modelo médico- biológico de la enfermedad como estado) • Determinantes Sociales de la Salud: Entorno problemático/ Entorno de violencia/ Coyuntura socio económica como factores causales de los Padecimientos mentales. • Exclusión social, laboral, familiar y la consecuente vulnerabilidad de personas con padecimientos mentales

Fenómeno	• Características Persona con Padecimiento Mental (PPM): • El ‘‘Paciente psiquiátrico’’: Continuum padecimiento mental leve-moderado a grave. La gravedad está dada principalmente por la noción de riesgo para sí o para terceros • Sufrimiento psíquico y vulnerabilidad vs desconocimiento de sí • Alteridad: El desconocimiento general respecto a los padecimientos mentales, en su diversidad o especificidad, configura una incógnita en el que la persona se constituye como <i>otro radical</i>: ‘‘el loco, el raro’’ Persona que se ubica por fuera de los parámetros de Normalidad y sociabilidad, conductas irracionales, inexplicables. Incomprendido- marginado • Riesgo persona enajenada, inestable, impredecible, que se configura como riesgo potencial, hacia sí mismo (suicidios, autolesiones, adicciones) o hacia terceros (agresividad, conductas violentas) con el consecuente temor- cautela y rechazo a intervenir. • Discapacidad Psicosocial como rasgo: La RS de Personas con Padecimientos Mentales se nuclea en sus limitaciones: Persona con retraso mental (discapacidad cognitiva), incapacidad para comprender códigos comunes, vincularse, comunicarse asertivamente; persona incapaz de autonomía, dependiente, inhabilitada para trabajar, maternar o paternar. • Doble Valía PPM • Persona agresiva, riesgo p/ si o p/ terceros: Valoración negativa, actitudes de Temor, cautela. • Persona incomprendida, marginada, excluida del tejido familiar/social: actitudes de compasión, empatía.
Contexto y condiciones intervinientes	• ‘‘<i>La medicina tiene una historia para contar</i>’’ (A.S. 9, Anexo 4): Concepciones sobre Salud/enfermedad mental ligada a discurso médico- psiquiátrico y modelo asilar. • Movimiento de desmanicomialización y transición de paradigmas en salud mental: aproximaciones/desconocimiento • Ley Nacional de Salud Mental: aproximaciones/desconocimiento • Reformas en atención psiquiátrica en Salta: aproximaciones/desconocimiento
Estrategias de acción- Intervención/ Consecuencias	• Reproducción de Procesos de estigmatización • Barreras simbólicas en la dimensión relacional

Categoría Proceso Salud- Enfermedad- Atención de Personas con Padecimientos mentales

Esquema 2



Cuadro 3

Categoría Proceso Salud/enfermedad/atención de Personas con padecimientos mentales.	
Condiciones Causales	• Perspectiva integral vs. Perspectiva biologicista en el entendimiento de PPM: Fuerte influencia de modelo médico psiquiátrico con perspectiva biologicista y abordaje centrado en lo clínico- • Atención psiquiátrica históricamente centralizada en H. Ragone: Representación de PPM moldeada en función del modelo psiquiátrico manicomial • Lo institucional: Las normas o prácticas normadas Gran demanda- “todo recae en Primer Nivel” (A.S 2, A.S. 1. Anexo 4)
Fenómeno	- Caso x caso: subjetividad del padecimiento, formas particulares de enfermar, vs categorías generalizadoras de enfermedades -Competencia del saber especialista/ Imaginario del especialismo: El fenómeno parece ser inteligible desde lo teórico en profesionales formados en el campo de la salud mental (psicólogos, y en menor medida médicos). En los demás agentes, la representación del abordaje de PPM está directamente asociada a psicólogos y psiquiatras. <i>¿Diagnóstico psiquiátrico proporciona inteligibilidad al fenómeno?</i> - Hospital Ragone: único referente en SM /PM Interdisciplina: relacionada a la complejidad de los Padecimientos mentales - Paciente “difícil” - Primacía de lo clínico, abordaje del síntoma- tratamiento “normalizador” - Medicación como principal recurso terapéutico en el P-S-E-A Doble Valía: - Fármaco estabiliza, se constituye como condición necesaria para acercamiento/abordaje del paciente. Fármaco “le permite funcionar”, recuperar cierto equilibrio - Fármaco sedativo “los mantiene dopados” no se constituye como rehabilitador de la salud mental sino que acalla los síntomas (postura crítica, tratamiento ineficaz) (x ej. AS16) ¿Qué lugar para Lo comunitario? (A.S 2; Anexo 4), reconocimiento de inclusión social como elemento terapéutico

Contexto y condiciones intervinientes	- LNSM- nuevos paradigmas -Campo de Salud Meental en Salta, escenario de las reformas -Lo institucional / factores y condiciones institucionales propias de los Centros de Salud (impronta asistencialista, excesiva demanda, fragmentación de la atención por falta de sistemas de referencia y contra referencia).
Estrategias de acción- Intervención/ Consecuencias	Barreras/ Facilitadores en la accesibilidad Barreras relacionales Barreras organizacionales/ administrativas: Hospital Ragone, único referente, difícil articulación. Derivaciones bilaterales no articuladas. Falta sistema de referencia/contra referencia. Barreras simbólicas: alteridad, Representaciones ligadas al riesgo, alteridad del discurso psiquiátrico, imaginario del especialismo Facilitadores accesibilidad Accesibilidad por construir.

DEPENDENCIA Y CREDIBILIDAD

Este estudio buscó aumentar el rigor de la metodología cualitativa, con mayor dependencia y credibilidad del reporte de investigación. Para lograr dependencia y consistencia lógica en el proceso y producto de la investigación, se siguieron algunos de los criterios propuestos por Hernández Sampieri et al. (2014):

Se hizo un registro exhaustivo del proceso de recolección y de análisis, a los fines de reconocer y evitar sesgos por parte de la investigadora. Se registró cada uno de los pasos del proceso en una bitácora de campo, separando aspectos objetivos y subjetivos de la observación, especificando el contexto y temporalidad en todos los segmentos del proceso.

De la misma manera, el proceso de análisis de datos, fue documentado en una bitácora de análisis que reúne los pasos del proceso, los interrogantes y dificultades que emergieron, y los criterios de análisis, codificación, y categorización de la información emergente, mediante el uso de *memos analíticos* (Sampieri et al., 2014).

En lo referente a las entrevistas, se buscó generar mayor dependencia cuidando que las mismas se ajusten al planteamiento del problema. También se buscó indagar aspectos de la problemática en todos los Agentes de Salud mediante una guía unificada, que, aunque flexible, mantuvo ejes constantes cuidando la coherencia en el proceso de recolección de información.

La credibilidad, tal como señalan Hernández Sampieri et al. (2014), tiene que ver con la capacidad de la investigadora de reflejar fielmente y comunicar de manera transparente los puntos de vista de los participantes. Para lograr credibilidad en el reporte de datos, a lo largo de todo el proceso la investigadora tomó conciencia de que su presencia y concepciones influyen en el contexto que se estudia y en la interpretación de la información emergente, y por ello estos aspectos subjetivos también fueron registrados. Se buscó que la perspectiva de la investigadora enriquezca los datos en lugar de distorsionarlos y se buscó garantizar que el reporte de investigación se corresponda con la información que los participantes aportaron.

Reflexiones metodológicas (Ex-post)

En este apartado se intentan plasmar las vicisitudes metodológicas emergentes en el proceso cualitativo de recolección y análisis de la información y las consideraciones resultantes, que permiten un mejor entendimiento del proceso y de la teoría contextualizada que emerge en este reporte.

La categoría *personas con padecimientos mentales* que se propuso como foco y eje de la investigación, es una enunciación novedosa en el contexto de transición y coexistencia de paradigmas que se desarrolla actualmente. Como ya se ha señalado en el apartado teórico, la Ley Nacional de Salud Mental propone nuevas enunciaciones para referir acerca de quienes sufren de algún trastorno mental, en tanto se intenta deconstruir el modelo psiquiátrico tradicional, integrando nuevas voces, discursos y modelos de comprensión en este campo. En coherencia con el marco teórico interpretativo adoptado y, en consonancia con anteriores investigaciones que forman parte del Estado del Arte, se buscó retomar una de estas definiciones e indagar en torno a esta categoría, en lugar de indagar en función de categorías diagnósticas tradicionales (enfermedades, trastornos, síndromes) pertenecientes a desarrollos teóricos del campo de la psicopatología y la Psiquiatría.

Durante el proceso de recolección de información, la categoría *personas con padecimientos mentales* planteó cierta dificultad al presentarse como un concepto amplio y en ocasiones difuso para los Agentes de Salud. Al referir a personas con padecimientos mentales, los participantes asocian una variedad de diagnósticos psiquiátricos, síndromes, trastornos, malestares subjetivos e incluso situaciones vitales que representan problemáticas de padecimiento mental. Esto da cuenta del posicionamiento de los Agentes de Salud respecto a la problemática y de las divergencias en los marcos referenciales de los participantes a la hora de pensar y delimitar el fenómeno. Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, este “obstáculo” puede entenderse como un indicador que también da cuenta del desconocimiento generalizado respecto a la Ley Nacional de Salud Mental.

Otra reflexión merece la conformación de la muestra de participantes, que se presenta heterogénea en lo que a formación disciplinar y prácticas respecta. A los fines de esta investigación es significativo señalar la marcada divergencia que emerge en los

datos entre aquellos Agentes de Salud que brindaron su perspectiva de los padecimientos mentales posicionados desde un *saber disciplinar*, a partir de conocimientos derivados de su formación académica (profesionales médicos y psicólogos, en particular) y refiriéndose al tema desde un discurso científico y un lenguaje técnico (enunciaciones técnicas, neurosis y psicosis). En contraste, estuvieron aquellos agentes (enfermeros, técnicos, agentes sanitarios) que refirieron al tema posicionados desde un *saber experiencial* o construido a lo largo de su trayectoria.

Se revelan marcadas divergencias en los marcos referenciales de los Agentes de Salud en lo referente a salud mental/padecimientos mentales y también a la Ley Nacional de Salud Mental. Se presentan como conocimientos de sector, de incumbencia disciplinar, mientras que representa una incógnita para muchos de los Agentes de Salud que no pertenecen al “área de incumbencia”. Esto da cuenta de la jerarquización en la distribución del saber, categoría que, en términos de hegemonías de poder, es transversalmente visibilizada y puesta en cuestionamiento en el análisis de datos.

El continuo cuestionamiento de los datos permitió sortear estas dificultades y divergencias, e integrarlas al marco analítico interpretativo. Los datos emergentes reflejaron también las significaciones compartidas respecto a la problemática de estudio y se pudo responder a las preguntas de investigación.

RECONSTRUCCIÓN ANALÍTICA DE DATOS

La reconstrucción analítica que aquí se desarrolla es el resultado de la triangulación entre los datos recabados mediante observación no participante, registros de la bitácora de campo, las entrevistas en profundidad a informantes clave y a Agentes de Salud de distintas disciplinas.

Se busca recorrer los datos desde un nivel más descriptivo hacia un nivel analítico-interpretativo. En función de los objetivos, se expone en primera instancia una aproximación a las dimensiones del contexto y lo institucional. Posteriormente, un eje de análisis en relación a los saberes sobre la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Luego se busca integrar esos apartados con las categorías nucleares delineadas en el proceso de codificación axial: Representaciones Sociales sobre personas con padecimiento mental y Representaciones Sociales en relación al Proceso Salud-enfermedad-atención de personas con padecimiento mental.

Se buscó analizar en profundidad las convergencias de significado que llevaron a su construcción, las dimensiones de cada una, como así también integrar las divergencias emergentes.

El contexto y lo institucional

El escenario de las reformas en Salta

En la Ciudad de Salta, la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental avanza en políticas novedosas e inclusivas en Salud Mental y cambios institucionales. La gestión de los cambios depende de la Secretaría de Salud Mental de la Provincia, que a su vez depende del Ministerio de Salud Pública. Para un mejor entendimiento del contexto de investigación, se realizaron entrevistas a Informantes Clave que al momento del estudio se encontraban desempeñando cargos de gestión en el área de Salud Mental.

Desde la Secretaría de Salud Mental de la provincia, la referente Lic. Claudia Román Ru, coordinadora, señala el proceso de transformación a lo largo de su gestión, desde la implementación de la Ley e incluso previamente. Señala que Salud Mental es un *campo* en el que actúan una pluralidad de actores, instituciones, disciplinas, sectores del poder judicial y ejecutivo, Organizaciones no gubernamentales, etc., y en relación a ello pone énfasis en la *perspectiva intersectorial e intercultural* que plantea en su

estrategia de gestión, como *‘un proceso de transformación que no solamente implica al sistema de salud, transformación desde adentro, sino también hacia afuera’* (Sec. De Salud Mental, anexo 4, pp.3).

La referente presenta una perspectiva holística que apunta a pensar la Salud Mental más allá de la institución sanitaria: *‘La salud mental es comunitaria, no es un tema ligado a un dispositivo’*. Desde este posicionamiento, pone especial énfasis en el desarrollo de acciones con base en la comunidad:

“más allá de un trabajo de externación psiquiátrica, si las personas no tienen herramientas concretas para poder vivir en comunidad, esto no se sostiene... Entonces, bajo la mirada del emprendedurismo social, también apoyándonos en las asociaciones, y por eso trabajamos con la asociación AMAPADEFa, que es una asociación de familiares y usuarios que apuntan a la familia, el cuidado de la familia en los casos de padecimientos (...). Hicimos desde aquí el primer centro socio sanitario del país, que es Marqkay, y después se fue promoviendo hacia el interior, con un enfoque intercultural (...) Y bueno, tratando de habilitar y abrir espacios, en la comunidad, sobre todo en base comunitaria, para que la transformación tal cual lo plantea la ley, sea posible, sino que también sea un proceso sostenido.” (Coordinadora Sec. De Salud Mental, 2019. anexo 4, pp.3)

Respecto a la articulación de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención, señala que gran parte de los Centros de Salud ofrecen servicios de Salud Mental, como así también se incorporan progresivamente a Hospitales generales. Subraya la necesidad de contar con profesionales basados en la comunidad, y para ello se desarrollan acciones con universidades y colegios de profesionales, en vistas a *“que el componente de la salud mental desde el nuevo paradigma sea desde la misma formación de profesionales. Que cuando salgan, no salgan con los prejuicios que a veces el desconocimiento hace, al trabajar en salud mental, sino que salgan pensando a la salud mental como parte de las prácticas.”* (Coordinadora Sec. De Salud Mental, 2019. Anexo 4, pp.4).

En cuanto a la capacitación de Agentes de salud del Primer Nivel, subraya la novedad y reciente capacitación de agentes en el manejo de una herramienta propuesta por la Organización Panamericana de la Salud: MHGap, herramienta orientada a disminuir la brecha en la atención en salud mental con base en la comunidad, no sólo destinada a profesionales, sino particularmente a *“profesionales no especializados en salud mental”*. En esta dirección señala la orientación de acciones a la formación y reconocimiento del rol del cuidador o acompañante terapéutico, y el trabajo en descentralizar el protagonismo de psicólogos y psiquiatras hacia otros actores que

desempeñan un papel clave en el acompañamiento e inserción social (Coordinadora Sec. De Salud Mental, 2019. Anexo 4).

El Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone

Como institución de Salud Mental de referencia en la ciudad, atraviesa actualmente un proceso de cambios estructurales en su modalidad organizativa y de gestión, en coherencia con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Con los aportes del Lic. Fernando Acuña, gerente del hospital, se pudo conocer la ampliación de servicios del Hospital, dentro de los que se incluyen:

- Sala de pacientes crónicos, donde se alojan alrededor de 100 pacientes internos hace ya tiempo, cuando el hospital seguía un modelo asilar de internación crónica.
- Sala de guardia y agudos, que recepta urgencias en salud mental, particularmente en periodos de crisis agudas que requieren internación como medida excepcional y de fines terapéuticos.

Ya no se cronifica a nadie (...) paciente que ingresa al hospital con una descompensación por un padecimiento mental, la persona es atendida y se trata de resolver problemas dentro de las 24 a 48 horas. Si está muy descompensada y no se resuelve en ese momento, pasa a Agudos. Pero en agudos se trata de resolver problemas y las estadísticas nos muestran que lo máximo que permanece una persona en agudos es 60 días. Y de ahí vuelve a su vida cotidiana, con su familia. Antes esto no ocurría. (Gerente Hospital Ragone, anexo 4, pp.15).

- Atención en consultorios externos en la modalidad ambulatoria, con equipos interdisciplinarios conformados por médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. *‘en la actualidad, en la última evaluación, ya que nos evalúan cada 6 meses, los consultorios externos tienen aproximadamente trece mil atenciones en un semestre, por parte de todo el equipo tratante’* (Gerente Hospital Ragone, Anexo 4, pp.13)
- Servicio de atención domiciliaria también en la modalidad interdisciplinaria.
- Casas asistidas para pacientes que atraviesan la externación. Dispositivo que propicia procesos de re inserción social, y la autonomía de los pacientes a la vez que ofrece acompañamiento 24 horas y supervisión de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y psicológico.
- Modalidad de Hospital de día para usuarios crónicos y para usuarios de atención ambulatoria, en articulación con el Centro Socio- Sanitario Marqkay, es un espacio en el que se desarrollan actividades de terapia ocupacional, talleres

grupales, ferias, proyectos, muestras anuales, festejos, salidas terapéuticas, entre otras.

- Además, el hospital ha ampliado la cartera de servicios incluyendo consultorios de fisioterapia, kinesiología, y odontología, en el intento de cambiar la estructura monovalente.

Por otro lado, al indagar en la posible articulación de accesibilidad en otros espacios y en el Primer Nivel de Atención, señala el Gerente del Hospital que existe un proyecto, una estrategia, en vías de concretarse:

Estamos trabajando de manera conjunta con la coordinación de salud mental (...) en armar una red sanitaria de salud mental, que nunca la hubo, históricamente la salud mental quedó apartada de lo que es Salud Pública (...) estamos empezando a participar de las decisiones y de las políticas en salud pública. Que haya una accesibilidad de las personas, que no solamente vengan aquí, que el Hospital Ragone no sea el único hospital de referencia en Salud mental, que se rompa con esa lógica manicomial de pensar que una persona con problemas de salud mental tiene que venir al Ragone nomas, sino que pueda ser atendido en cualquier lugar más cercano a su domicilio, como cualquier problema de salud, esto tiene que ver con la accesibilidad en salud. También esta red sirve para la redistribución del personal capacitado en salud mental (Gerente Hospital Ragone, anexo 4, pp.17).

Señala que la modalidad de articulación de esta Red sanitaria en Salud Mental sería mediante un sistema de referencia y contra referencia e implementando protocolos/guías en Salud Mental.

Las prácticas innovadoras necesarias es poder empezar a sacar a los especialistas de los hospitales monovalentes –me refiero a los psicólogos y psiquiatras especialistas en salud mental- y como primera estrategia tenemos pensado reducir la atención en consultorios externos y empezar a atender en los centros de salud nodos (...) la idea es poder contar con psiquiatras y psicólogos en los nodos de cada área operativa, armar equipos de salud ahí (Gerente Hospital Ragone, anexo 4, pp.18).

Dinámicas Institucionales

Respecto a los Centros de Salud, desde esta perspectiva se entiende que lo institucional como categoría, permite contextualizar las Representaciones Sociales, ampliando su entendimiento como producto y proceso de relaciones sociales situadas, siendo condicionadas, limitadas o favorecidas por los factores institucionales que se ponen en juego.

En base a los dichos de los participantes, un dato relevante es la perspectiva asistencialista que organiza el trabajo institucional. Protocolariamente, la distribución horaria de las prácticas en salud establece que un 80% de las prácticas deben ser asistenciales y el 20% restante es destinado a cubrir prácticas de prevención, de promoción en salud, prácticas con enfoque comunitario, horas de formación o capacitación y otro tipo de actividades de cada profesional.

De la totalidad de carga horaria, el 80% tiene que ser asistencial, y el 20% hoy por hoy se llena con ateneos en cuanto a formación continua para el equipo de salud. Si vos te pones a pensar, hoy por hoy no estamos haciendo un proyecto fuertemente comunitario. Y eso es algo que hay que tener en cuenta a la hora de plantear estrategias tendientes a mejorar la calidad de vida de otros grupos etéreos, o que verían a otro tipo de profesionales (...) por la capacidad o por la forma en que están planteadas estas instituciones (A.S. 2, anexo 4; pp.36)

Los Agentes de Salud subrayan como factor transversal a todas las prácticas y al funcionamiento institucional, la excesiva demanda asistencial por parte de la población, a lo que llaman ‘‘abarrotamiento’’ del sistema, aquella divergencia entre la amplia demanda y la escasa disponibilidad de profesionales o recursos para cubrirla. Este factor institucional atraviesa las prácticas y la concepción de las mismas por parte de los agentes, quienes se perciben saturados de trabajo asistencial, en detrimento de otro tipo de intervenciones.

Otro factor que desde la perspectiva de los actores resulta una barrera, es la modalidad institucional que les demanda como Agentes el registro exhaustivo de sus intervenciones, lo que resulta en una cuantificación de las prácticas e intervenciones y también limita las posibilidades de intervención, en tanto algunas intervenciones no poseen criterios de cuantificación y no pueden verse reflejadas en estos términos:

(...) Entendí que los procesos en salud se miden netamente por procesos cuantitativos. Con números. Los números reflejan tu accionar o no, si estás trabajando o no. Y eso es una mirada re pobre, que margina cuestiones muy vinculadas a la potencialidad de cada usuario. Hoy por hoy no hay una medición cualitativa eficaz, hoy los números rigen (...) incluso no es muy útil para el sistema de salud, pero si para el sistema político (A.S. 2, anexo 4, pp. 36).

Las dimensiones institucionales se enmarcan en la coyuntura socio económico a nivel macro. El contexto institucional refleja la coyuntura crítica del Sistema de Salud, funcionando con presupuesto reducido y destinando los escasos recursos en prácticas asistencialistas, en detrimento de otro tipo de prácticas, como la prevención y promoción en salud. Sin embargo, en los Centros de Salud donde se desarrolló la

investigación se encuentra un lugar para otro tipo de propuestas fuera del binomio asistencial Agente de salud- usuario, tales como actividades de promoción y prevención en las escuelas primarias y secundarias (asesorías y consejerías de salud adolescente, de salud sexual y reproductiva, de enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras), organización de actividades de concientización respecto a diferentes problemáticas de salud, horas semanales destinadas a ateneos de formación o reuniones de intercambio hacia el interior del equipo institucional.

Respecto a la interdisciplina, los Agentes refieren a la misma como parte de la perspectiva y la modalidad de trabajo, aunque la demanda conjugada con la impronta burocrática y asistencialista del sistema imprime una tendencia a desarrollar mayormente prácticas puertas adentro del consultorio, en el binomio profesional-paciente. La perspectiva es integral, aunque es posible señalar que el proceso salud-enfermedad-atención resulta a veces fragmentado en función de la incumbencia y alcance de cada campo disciplinar, en cada consulta.

Por otro lado, las actividades que asumen una modalidad de trabajo en equipo son aquellas que se proyectan y planifican formalmente, con objetivos de promoción y prevención en salud. En general se desarrollan en instituciones educativas, como lo son las consejerías en salud adolescente, las consejerías en salud sexual y reproductiva, las ferias o charlas informativas planificadas entre instituciones varias. En lo referido por los agentes, estas tienen implicancias en salud mental, aunque no se ha abordado específicamente la prevención o promoción relacionada a padecimientos mentales.

Según lo referido por los entrevistados, el diálogo interdisciplinar como práctica en salud es propiciado además en cada Centro de Salud en la modalidad de reuniones semanales de equipo para abordar distintas problemáticas institucionales, proyectos o abordajes de casos específicos, así como también se realizan ateneos de formación respecto a tópicos puntuales. Para estas actividades, los centros de salud cuentan con recursos materiales tales como el espacio físico, sillas, proyector, computadora, elementos de audio. Estos espacios de diálogo y capacitación se constituyen como prácticas interdisciplinarias, son espacios con un gran potencial para el desarrollo y consolidación de esta estrategia y de una perspectiva integral.

Así también se desarrolla el diálogo interdisciplinar informalmente, a través de interconsultas, llamadas telefónicas o reuniones informales entre agentes de salud, como

espacios que se propician voluntariamente. Esta interacción informal también es un medio de derivaciones inter institucionalmente.

En relación a prácticas en Salud Mental, tal como señalan algunos Agentes, desde una perspectiva integral puede pensarse que toda práctica en salud tiene implicancias o alcances en lo relacionado a la Salud Mental. Sin embargo, no se ha obtenido información respecto a proyectos que contemplen los padecimientos mentales o la Ley Nacional de Salud Mental.

Saber(es) sobre la Ley de Salud Mental

Al indagar en los conocimientos en torno a la Ley, se evidenció en los Agentes de Salud un desconocimiento generalizado de la misma, como así también respecto al escenario de las reformas en nuestro contexto. La mayoría de los Agentes no han sido capacitados sobre la Ley y en general respecto a problemáticas de Salud Mental. De la totalidad de entrevistados, solo un Agente de salud refiere a los procesos de desinstitutionalización psiquiátrica y las reformas en nuestro contexto desde la experiencia personal y laboral en el campo, pudiendo hablar en primera persona sobre ello.

La Ley Nacional de Salud Mental se presenta entre los participantes como un conocimiento de "incumbencia disciplinar": psicólogos y médicos poseen aproximaciones discursivas y expresan una opinión personal más o menos conformada, mientras que los demás agentes "no especialistas" en Salud Mental, no han accedido a la Ley y por tanto no han formado una opinión al respecto. Sin embargo, es posible conjeturar que los Agentes de Salud, aun desconociendo el instrumento legal, tienen una opinión crítica formada respecto al modelo de atención de los padecimientos, como puede entreverse en el análisis de las RS.

Entre aquellos agentes que tienen una aproximación a los lineamientos de la Ley, ésta es entendida como un instrumento de ampliación de derechos y restricción de las prácticas manicomiales, asociándola a los discursos inclusivos que circulan respecto a otras minorías marginadas o estigmatizadas (personas con discapacidad, personas disidentes sexuales, etc.). Quienes han conformado una opinión manifiestan un posicionamiento crítico respecto a su viabilidad y señalan una marcada divergencia entre el plano discursivo (lo que la ley enuncia) y el plano concreto/operativo (su

implementación). Esta brecha estaría dada por la falta de recursos para concretar las propuestas.

En cuanto a recursos, refieren no solamente a lo presupuestario (tema que es considerado una problemática transversal al Sistema de Salud), sino también a los recursos entendidos como capacitaciones, Agentes de Salud capacitados, tiempo para responder a la demanda, espacio físico donde responder a la demanda, mejor articulación interdisciplinaria e interinstitucional... entre otros aspectos que se presentan como barreras administrativas/organizacionales.

Lo que pasa es que, vos tenes una Ley de Salud Mental que se implementa casi sin recursos. No es que todo, yo siempre digo, no es que todo se maneje con los recursos, porque vos podes tener mucha plata para algo y no utilizarlo bien... yo creo que tiene que haber gente capacitada, responsable, gente que conozca la ley, para poder trabajar con la ley y hacerla viable (A. S. 12, psicólogo. Anexo 4, pp.120)

La ley es muy buena en el sentido de que abrió la cabeza, dio a conocer que estamos ante una.... unos... trastornos que son importantes, que representan una gran parte de la población, y que se los debe tratar, y que se los debe asegurar al enfermo, un tratamiento como todas las enfermedades crónicas. Pero como te digo, acá en la práctica, ¿qué sucede? Vos tenes un psiquiatra, cada diez mil habitantes. O solo en los hospitales. (A.S. 9, médico de familia. Anexo 4, pp.95)

Desde aquel posicionamiento crítico emergen también opiniones que señalan la ley como descontextualizada, o como instrumento que requiere pensarse y aplicarse *in situ*:

Las medidas no se piensan desde este lado, no se piensan en escritorio, son muy bonitas, bien expresadas (...) ahora, si querés ejecutar esos programas necesitas gente muy campechana, como yo, que entiende de territorio, y que, si no se trabaja desde otro lado en cuanto a pensar la salud mental desde lo territorial, desde la propia comunidad, ¿Qué entiende la comunidad por la persona que padece de salud mental? Yo te digo que, las veces que he trabajado con casos así, la gente.... el propio familiar lo expulsa, es así... (A.S 2, trabajador social. Anexo 4. Pp.42)

En este panorama, también emerge con mucho énfasis en las entrevistas la creencia de que este nuevo paradigma conlleva el "cierre" del Hospital Ragone. Ante esta idea los Agentes de Salud se manifiestan disconformes e incluso preocupados por un sector de la población que quedaría "sin contención". Esta idea de transformación radical forma parte de interpretaciones erróneas respecto a la ley, o creencias que se reproducen como novedad ante el vacío de conocimiento al respecto. Además, deja entrever que la imagen del Hospital de Salud Mental Ragone está todavía muy ligado al

modelo psiquiátrico asilar y la lógica manicomial, que es, en última instancia, lo que se busca transformar.

Personas con padecimiento mental: una alteridad compleja

A excepción de algunos casos puntuales, los participantes evidenciaron conocimientos limitados y estereotipados respecto a los padecimientos o “enfermedades” mentales, denotando la falta de un marco referencial que permita su comprensión (particularmente en agentes “no especialistas” en Salud Mental). Las personas con padecimientos mentales representan una incógnita, una alteridad compleja para los Agentes de Salud:

“creo que la salud mental es algo muy complejo, muy misterioso, también. Porque uno no sabe, que puede pasar, hoy estas bien, mañana como se dice se te chifla el moño y no sabes quién sos ” (A.S. 7, agente sanitario. Anexo 4, pp.76).

“creo que ellos tienen otro plano, como algo mágico, no sé si me entiendes (...) que ellos ven otras cosas, que nosotros no vemos... desde la sensibilidad. Siento que como sociedad no estamos preparados para ellos ” (A.S. 6, psicólogo. Anexo 4, pp.69).

En el intento de objetivar el fenómeno, apelan a la frontera de la normalidad-anormalidad, ubicando a personas con padecimientos mentales como sujetos desviados o por fuera de “lo normal”. Lo significativo es que esta diferenciación se realiza en función de manifestaciones, conductas o atributos visibles, que se perciben en la consulta o en el encuentro:

“Hay conductas que hacen al común, y hay alguien que se salta esas conductas ” (A.S 15, odontólogo. Anexo 4, pp.141).

“cuando estuve en el hospital me tocó trabajar con adolescentes con muchos problemas, de violencia, de adicciones. Y todo eso los lleva a tener algún tipo de trastorno y eso... eso se les nota, digamos, no hay que estudiarlo mucho, porque se nota, digamos ” (A.S 18, enfermera. Anexo 4, pp.162).

Aquellos signos de la diferencia son, en general, atributos no deseables, desacreditados o desacreditables, al decir de Goffman (2006), relacionados a manifestaciones disruptivas de lo normal, de la ley, de los códigos compartidos. Se construye como una otredad que enfatiza la diferencia, en función de los criterios de “normalidad”. Esta construcción de un otro diferente, ajeno, conlleva una serie de

actitudes negativas en la dimensión relacional, como cautela, desconcierto, temor, en el acercamiento y el encuentro interpersonal.

“Hemos tenido urgencias con un chico con una discapacidad severa. Tiene esquizofrenia. Y realmente para nosotros no es normal, no es común que venga este tipo de patologías, causa un cierto... no es miedo, pero es... ¿Cómo lo atiende? ¿Cómo llegas a esa persona?” (A.S 15, odontólogo. Anexo 4, pp.139)

Las Representaciones sociales sobre personas con padecimientos mentales condensan significaciones influenciadas por el modelo médico biológico a nivel general y por el modelo psiquiátrico a nivel más específico. *Persona con padecimiento mental* es equiparado a *persona con enfermedad mental/ enfermo mental* por los agentes de salud, siendo ‘enfermedades’ o ‘trastornos/síndromes’ enunciaciones más familiares y susceptibles de inteligibilidad que la primera.

Los padecimientos mentales se objetivan en categorías diagnósticas de los manuales diagnósticos en Salud y Salud Mental (CIE-10, DSM IV), tales como psicosis, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico, trastornos de conducta. Sin embargo, se conjetura que las categorías diagnósticas no funcionan como marco referencial teórico-práctico que favorezca el entendimiento del fenómeno.

Las asociaciones a afecciones con bases neurológicas, la concepción de enfermedad mental hereditaria e incluso sin cura, y la concepción de ‘cura’ como estado de salud en tanto ausencia de enfermedad, revelan también la impronta médico biologicista que moldea el entendimiento del fenómeno por parte de los Agentes de Salud:

“La verdad q no sé cuál es la causa... por ahí si el tema de la violencia. Puede ser hereditario. Porque a veces viste que es hereditaria la violencia, o te criaste en violencia entonces seguís arrastrando eso y crees que es bueno ” (AS 5, administrativa. Anexo 4, pp.62).

Sin embargo, es significativo que gran parte de los participantes presentan una perspectiva integral, en tanto los padecimientos mentales se asocian a la multicausalidad, incluyendo los Determinantes Sociales de la Salud. Así, el contexto socio económico, el entorno y el medio familiar son parte de los elementos representacionales como factores causales, predisponentes o condicionantes de crisis disruptivas en las biografías personales:

“Pero yo pienso que en el fondo cada uno debe tener algún grado de... no sé si discapacidad, sino locura mental (...) Entonces yo digo, cómo uno se puede

volver loco a veces con los problemas, que uno tiene también. Problemas económicos, problemas de familia, tantos problemas que uno tiene. '' (A.S. 7, agente sanitario. Anexo 4, pp.76)

'' (...) la mayoría de las personas, cuando yo las consulto, no dicen su padecimiento económico. No lo hablan. '' (A.S. 14. médica de familia. Anexo 4, pp.149)

En líneas generales, las Representaciones Sociales sobre personas con padecimientos mentales aparecen ligadas a una concepción de la enfermedad mental como *estado*, que incluso llega a pensarse como irreversible, denotando la extrapolación de un modelo de enfermedades crónicas al campo de la Salud Mental. Sin embargo, también se presentan divergencias en las que los Agentes de salud relativizan la noción de estado, refiriendo a ''periodos de la enfermedad'' e incluyendo nociones de crisis/estabilidad como parte de procesos de enfermar.

Dos ''polos'' del padecimiento mental

Al delimitar el fenómeno, los participantes agrupan esta diversidad de padecimientos subjetivos o categorías diagnósticas en dos grupos, que pueden comprenderse como polos de un continuum de la ''*gravedad*'' del caso. Al preguntarle por la demanda en su ámbito de trabajo, un Agente de Salud revela esta dicotomía en términos médicos:

''de la parte de neurosis. No tanto de psicosis. Psicosis la verdad que no me tocó consultas. Pero si, neurosis, sí, sí. Yo creo que saliendo de estas causas principales que decía, creo que esa pasa a ser también una de las principales consultas. (...) Por ejemplo, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico, por ejemplo, depresión... ese tipo de consultas. '' (A. S 11, médico de familia. Anexo 4, pp.105)

''Yo no hago pacientes psiquiátricos, para que sepas. Yo los derivo. Me hace pensar en esquizofrenia, paranoia... O sea, como al extremo, seria eso. Algo medio seria lo que te decía, algo que no está bien con tu salud mental, algo más neurótico, digamos...También algo que esta fuera de la ley'' (A.S 6, psicólogo. Anexo 4, pp.68).

Por un lado, se agrupan aquellas personas que presentan padecimientos mentales ''leves o moderados'' y a las que se les atribuyen las etiquetas diagnósticas de trastornos o síndromes, padecimientos más ''neuróticos'' en términos nosográficos. Este ''polo'' del fenómeno, por llamarlo así, es subrayado por los agentes como problemáticas frecuentes en motivo de consulta:

“Depresión, ansiedad, es lo más frecuente que uno ve en la consulta. Esquizofrenia no es tan frecuente. Pero... depresión, ansiedad, es lo que uno más ve” (A.S 4, médico de familia. Anexo 4, pp. 54).

“La depresión es tan frecuente como la neumonía, si no es más. Pero hay un desconocimiento en general” (A.S 9, médico de familia. Anexo 4, pp. 93).

En este punto cabe preguntarse ¿en función de qué criterios las personas pasan a ser portadoras de diagnósticos psiquiátricos?, teniendo en cuenta que, las más de las veces, los Agentes refieren a éstos abstractamente, o a veces los diagnósticos representan sospechas que serán confirmadas o no por el saber psiquiátrico.

“Muchas veces sabemos que tiene alguna alteración mental, pero desconocemos a fondo cual es el diagnóstico de base. Por ahí muchas veces por la historia clínica, pero muchas veces desconocemos. Deducimos que es una alteración mental por alguna actitud, algún comportamiento, por alguna incoherencia, digamos, pero más que nada por eso” (A.S 10, enfermero. Anexo 4, pp.98).

El otro extremo de este continuum es el “paciente extremo”: padecimiento mental “grave”, al que refieren como menos frecuente en consulta. Ligado a diagnósticos de psicosis o esquizofrenia, que en términos de significaciones compartidas son directamente asociadas a rasgos como discapacidad mental, enajenación o pérdida del dominio de sí, agresividad. Los contenidos figurativos están fuertemente influenciados por la figura paradigmática de “el loco del barrio” (A.S.9. Anexo 4, pp. 93)/ *persona en situación de calle*, “el paciente que anda afuera del Ragone” (A.S. 5, administrativa. Anexo 4, pp. 63) o “*persona perdida*” (A.S. 8, agente sanitario. Anexo 4, pp.83 / A.S. 14, técnico. Anexo 4, pp. 135).

En algunos comentarios puede entreverse la influencia de esta imagen polarizada del “loco” y la construcción y reproducción de la misma a través de las relaciones sociales y los saberes populares, recurriendo incluso a explicaciones místicas en un intento de objetivar un fenómeno que resulta una alteridad radical:

“porque algunas veces dicen, capaz que esta esquizofrénica y dicen “hay que hacerle un exorcismo, porque esta endiablada”, me entiendes? para mí no (...) primero pasa por el psiquiatra, por el psicólogo, y después bueno si, decir, que esta endiablada, que se yo...” (A.S 5, administrativo. Anexo 4, pp.64)

“O sea, a los “locos” entre comillas, se les tenía miedo, y cuando éramos chicos, el loco del barrio, tu mamá te decía, mira ahí viene el loco tito, córrete de la vereda. Siempre hay un loco, viste, en todo barrio hay un loco ” (A.S 16, médico de familia. Anexo 4, pp.93).

Por otro lado, es significativo que gran parte de los Agentes de Salud enuncian el criterio del caso por caso, lo cual, conjugado con la perspectiva integral que incluye Determinantes sociales de la salud, denota cierta tendencia a significarlos como procesos/malestares subjetivos.

Sin embargo, se conjetura que la figura fuertemente arraigada y estereotipada del “loco”, y de las categorías diagnósticas, en conjunción con las valoraciones negativas asociadas, influyen polarizando significaciones y obturando la posibilidad de pensar la diversidad de los padecimientos subjetivos.

Personas (en) riesgo

“Y... por ahí uno escucha, vos relacionas al enfermo mental a que es agresivo. Ahí nomás. O sea, vos ves alguien en la calle, acá se ve mucho. Por lo que estamos cerca del hospital. Entonces vos lo ves. Y que haces... te alejas. Porque tenes miedo a que te agreda, o al simple hecho de verlo, como está vestido, o va descalzo, entonces ya vos vas precavido, digamos. Quizás de la simple impresión de verlo ” (A.S 14, técnico. Anexo 4, pp.133)

“Y después, por supuesto un intento de suicidio es un caso que hay que considerar de manera especial, porque hay un riesgo. Lo mismo, a veces llegan acá, no tanto a sacar turno, sino que entran por enfermería, casos de personas que se autolesionan, casos de personas agresivas, esos son casos que son graves, porque esa persona puede poner en riesgo su vida o la de otros” (A.S 17, psicólogo. Anexo 4, pp.156).

Una dimensión central de las Representaciones Sociales sobre Personas con padecimientos mentales versa sobre creencias, enunciaciones y valoraciones ligadas al Riesgo: *Personas (en) riesgo*, que representan un riesgo para sí mismos (intentos de suicidio, autolesiones, adicciones) o para terceros, en manifestaciones de agresión o violencia. Es significativo que los Agentes ponen énfasis en situaciones complejas de riesgo que se presentan con frecuencia en estos espacios institucionales, en la que intervienen agentes institucionales de otros sectores (Justicia, Salud, Derechos Humanos). Ante el riesgo, o la suposición del mismo, los Agentes de salud remiten actitudes de preocupación, temor, cautela, acompañado de impotencia e inadecuación desde el propio rol:

“Se ponen lábiles emocionales... Em... las chicas o chicos vienen aquí cortajeados... son cosas que yo no las puedo abordar. Entonces esas cosas se derivan” (A.S 16, médico de familia. Anexo 4, pp.150).

“lo que más me duele y me llega a mí son los chicos que vienen que consumieron, o que se cortaron enteros, y como que veo... que no puedo hacer nada, más que hablar, y hablarlos...” (A.S 3, enfermero. Anexo 4, pp.47)

El riesgo asociado a personas con padecimientos mentales supone, para los Agentes de Salud, una gran responsabilidad en su intervención o en la omisión de la misma, evocando temores y preocupaciones, en particular en psicólogos, siendo estos en quienes recaen mayormente las demandas de intervención. De allí los temores a intervenir individualmente, el énfasis en la articulación interdisciplinaria como condición necesaria de abordaje.

Por otro lado, entre los contenidos representacionales subyace la noción de peligrosidad, sustento del estigma en el que una persona con padecimientos mentales es adjetivado/a como peligroso, violento, agresivo. Como se señaló en el apartado anterior, esta concepción es producto de la reproducción de una imagen estereotipada en los circuitos de comunicaciones y relaciones sociales, (Moscovici, 1979) y puede pensarse que aquel medio es el que posibilita la relativización y discusión de los estereotipos sobre el fenómeno.

“Es como la enfermedad de TBC viste, que el que tiene TBC es pobre y vive hacinado. Y como que el enfermo mental o el que tiene algún padecimiento, es el loco. Todos dicen “no me va a entender, o va a venir con una locura y me va a hacer daño, me va a agredir”, viste que uno siempre espera de esas personas eso, creo que es porque ellos tienen un grado de intensidad en sus emociones, entonces bueno, por ahí lo podes manejar y por ahí vos de alguna manera lo categorizas así, al loco digamos.” (A.S 18, enfermero. Anexo 4, pp.164)

Variedad de enunciaciones como ésta permiten afirmar que los Agentes de Salud presentan un posicionamiento auto-crítico respecto a la imagen estereotipada del fenómeno, denotando un posicionamiento crítico sobre la naturalización de los estereotipos.

La noción de *riesgo inminente para sí o para terceros* (Ley Nacional de Salud Mental, 2010) viene a reemplazar en el nuevo paradigma a la noción de peligrosidad, que históricamente moldeó la concepción del fenómeno, no solo en el campo de la salud, sino a nivel social y particularmente en el campo jurídico. En este punto es importante señalar que la noción de riesgo se enmarca en parámetros de probabilidad, ligado a la predictibilidad de conductas, y en este sentido, la noción de riesgo lleva inherentemente la posibilidad de ser sobreestimado o subestimado (Mantilla, 2008).

Ante esta dificultad insalvable, la Ley establece que este aspecto requiere de una evaluación interdisciplinaria y contextualizada a un momento y lugar determinado.

La discapacidad psico-social

Otra dimensión de las Representaciones Sociales sobre personas con padecimiento mental es el rasgo atribuido/atribuible de discapacidad psicosocial. LA categoría fue codificada con el término *discapacidad* en función del reiterado uso del término por parte de los actores.

Ya sea enunciada como una ‘patología social’ (A.S 10, enfermera. Anexo 4, pp. 100) en términos generales, o enfatizada en alguna dimensión, el núcleo representacional de los participantes versa sobre alguna limitación en el campo interpersonal, vincular: personas solitarias, abandonadas, expulsadas de su contexto familiar (AS 2, trabajador social), personas a quienes les cuesta relacionarse, que son discriminados o ‘auto-discriminados’ (A.S. 13, medica de familia. Anexo 4, pp. 126), limitaciones o imposibilidad para maternar/paternar o formar una familia (A.S 14, técnico. Anexo 4, pp. 134). También es asociada a limitaciones para acceder a un trabajo o desarrollar trabajos de complejidad (A.S 5, administrativo, A.S.12, psicóloga).

Otra sub dimensión de la categoría discapacidad es la creencia de que una persona con padecimiento mental presenta una *discapacidad cognitiva, retraso mental o retraso madurativo* y por tanto estaría limitado/a en su capacidad de comprensión de los códigos compartidos, de la incorporación de aprendizajes "complejos" o en la comprensión de su propio proceso salud-enfermedad-atención. Este atributo está también ligado al contenido figurativo de la persona que perdió lucidez-funcionalidad por los efectos de la medicación, figurado como el paciente ‘empastillado’ (A.S. 16, médico de familia. Anexo 4. pp.146), ‘dopado’ (A.S. 3, enfermero. Anexo 4, pp.49) o ‘sedado’ (A.S. 7, agente sanitario. Anexo 4, pp.76).

Por otro lado, se reitera una idea relacionada a la pasividad de las PPM ante un tratamiento o rehabilitación, que lleva a figurarlas como pacientes reacios al cambio, con dificultades para adherir a un tratamiento, que no buscan o no aceptan ayuda...

(...) ‘Uno los ve tranquilos, que se yo, pero cuando los ves entrar, ya se da cuenta de que son personas que consumen más de un tranquilizante. Y si, a la larga terminan pidiendo el clonagin, el diazepam... lo que se te ocurra. Se niegan a recibir ayuda exterior y ellos creen que la pastilla es lo mágico. ’’ (A.S 16, médico de familia. Anexo 4, pp.146).

“no digo todos, pero si la mayoría, no son proactivas al control de salud. Es como que llegan al control de salud ya en una situación de emergencia. Ya para cubrir porque, que se yo, le falta una pastilla, porque le duele la cabeza, y cosas así” (A.S 10, enfermero. Anexo 4, pp.99.

Subyacen ideas de pasividad, incomprensión, negación de personas con padecimientos mentales respecto a su propio Proceso Salud/Enfermedad/Atención, ubicándolos como objetos más que sujetos activos de su propio proceso.

La posibilidad de pensar en los recursos personales de las personas con padecimientos mentales parece obturada por una imagen incapacitante, muy ligada a la imagen representacional del “enajenado” o a la dependencia a la medicación. Algunos agentes señalan el potencial de recursos a condición de un tratamiento “adecuado” y acompañamiento familiar.

La dimensión de sufrimiento psíquico/padecimiento mental es una subcategoría que no se encuentra enunciada en lo discursivo al pensar el fenómeno, pero que subyace en formas actitudinales- afectivas en los agentes de salud (empatía, compasión, lástima). Podría decirse que se encuentra en la periferia de los contenidos representacionales, como atributo secundario, derivado o siendo consecuencia de las limitaciones psico-sociales.

El sufrimiento psíquico aparece más frecuentemente ligado a los trastornos depresivos o ante signos de riesgo como autolesiones o riesgo de suicidio. En los casos más “extremos”, el sufrimiento psíquico aparece ligado a condiciones de exclusión social o marginación, más que a síntomas o signos psíquicos enunciados como tales. Se reconocen dos factores que pueden influir al respecto: la noción de que generalmente la Persona que padece no se da cuenta, no reconoce su condición, por otro lado, pareciera que el atributo o rasgo de agresividad tiende a polarizar la representación.

Cuadro 3: Dimensiones RS PPM

Representaciones Sociales Personas con Padecimientos mentales		
Imagen	Información	Actitud/Valoración
- El “paciente psiquiátrico”/ o Paciente del hospital Ragone - Conductas agresivas - Conductas anormales,	- Causales biológico-hereditarias + Determinantes sociales de la salud - Enfermedad mental como proceso /como estado - Dos polos del PM: -El que enferma “por problemas”	- Misterio - Empatía, compasión - Temor - Cautela - Rechazo a lo

irracionales, incoherentes- • Persona medicalizada, “dopado” • Persona solitaria, abandonada • PPM excluido, marginado, incomprendido.	(depresión, trastorno de ansiedad, ataques de pánico) - El que “se volvió loco”: Persona sin dominio de sí, que deambula, en situación de calle. • Discapacidad psicosocial: limitaciones en facultades interpersonales, mentales, laborales, familiares, • Riesgo /para sí (suicidio, autolesiones) / Riesgo para otros /peligrosidad (agresividad, violencia) • Sufrimiento psíquico • Medicación Recupera equilibrio, “normalidad”	desconocido
---	---	-------------

El Proceso Salud/Enfermedad/Atención de Personas con Padecimientos mentales

Esta categoría de análisis integra a la anterior desde una perspectiva más amplia, en vistas de comprender cómo los Agentes representan el proceso Salud/Enfermedad/Atención de personas con padecimientos mentales, desde su perspectiva situada en Primer Nivel de Atención.

Hospital Ragone: el referente

En la dimensión contextual- institucional de las Representaciones sociales se relacionan primariamente con las instituciones “psiquiátricas” de nuestro contexto y su recorrido histórico (algunos participantes mencionan la Colonia de Linares y en especial la figura del Hospital de Salud Mental Ragone, ex “Cristofredo”). Sólo en casos excepcionales se evidenciaron asociaciones a otras instituciones de servicios en Salud Mental (Dispositivo Sedronar, GUIAF – Grupo interdisciplinario de apoyo familiar en episodios de intento de suicidio, Centro de reinserción e inclusión socio laboral y educativa Marqkay) y en general los Agentes de Salud desconocen el escenario y los procesos de reforma psiquiátrica en nuestro contexto.

Es así que aparece el Hospital Ragone como único referente en el proceso Salud-Enfermedad-atención de los padecimientos mentales. Por un lado, los contenidos figurativos ligados al hospital están fuertemente marcados por la historia

institucional: “ (...) *la medicina tiene una historia para contar, vos sabes, que antes a los enfermos mentales se los encerraba en un hospital psiquiátrico, se los tenía bajo 4 llaves* ” (A.S.9. Médico de Familia. Anexo 4, pp.93).

Son frecuentes las imágenes asociadas a las condiciones desubjetivantes (Stolkiner, 2011) y tortuosas que caracterizaban al encierro asilar, imágenes que marcaron con fuerza totalizante la imagen asociada a Personas con padecimientos mentales:

“Los tenían como animales. Pero ya acostumbrados de años así. Era cualquier cosa. Un manicomio, no un hospital. Con rejas, los metían, les echaban agua con la manguera... a mí me quedo esa imagen. Incluso yo, directamente, vos viste, lo asocio con el loco más extremo...” (A.S 14, técnico. Anexo 4, pp. 137).

Más allá de las valoraciones negativas ligadas a la institución, el Hospital Ragone es la institución referencial del Proceso Salud- Enfermedad- Atención de Personas con padecimientos mentales, como la institución más avalada para abordar estos casos, en tanto es el espacio donde se localiza el saber especializado.

Los contenidos figurativos ligados al Hospital se relacionan a prácticas de medicalización e internación o encierro. Al respecto, la mayoría de los Agentes de salud desconocen las restricciones a las internaciones psiquiátricas que plantea la Ley de Salud Mental, y se reproducen creencias que ligan al hospital con la internación. Sobre el encierro/ internación, cabe señalar que los Agentes de salud presentan actitudes críticas y es considerada una práctica contra-salud/iatrogénica:

“pienso que si se puede curar un padecimiento, mientras que no sea... no sé...por ahí los llevan al Ragone y fuiste, como que estas todo el tiempo, por ahí la misma medicación que te dan te tiene todo el tiempo dopado, y yo pienso como que es peor, no te da la posibilidad de recuperarte más rápido ” (A.S 3, enfermera. Anexo 4, pp.49).

“Porque esto de llevarlos allá, al hospital Ragone, viste... por ahí en vez de mejorarlos lo empeoras (...) Y por ahí creo que se sienten solos allá, estas con gente realmente muy desconectados de la realidad y capaz que ahí vos también crees que estas igual, y como que todos se empiezan a mimetizar, ¿viste? Y quizás no era tanto y ahí se hace peor. Esto de aislarlos ahí, tenerlos encerrados, no me parece” (A.S 18 enfermero. Anexo 4, pp. 164)

Cabe señalar que los Agentes presentan un desconocimiento general sobre las estrategias y nuevas modalidades de abordaje que se implementan en el Hospital. Las imágenes e informaciones en relación al hospital aparecen descontextualizadas de la

coyuntura actual, desactualizadas, y por tanto remiten a la historia manicomial. Sin embargo, esto no es accesorio, e influye en el modo en que los participantes representan al Proceso/Salud/Enfermedad/Atención en general.

El modelo médico psiquiátrico: hegemonía y alteridad

Hablar del Proceso Salud/Enfermedad/Atención de Personas con Padecimientos Mentales es para los Agentes, hablar de “pacientes psiquiátricos”: la psiquiatría como disciplina y la figura de los psiquiatras como actores clave, necesarios, “especialistas” en salud mental/padecimiento mental, saturan los contenidos figurativos y cognitivos de esta categoría. Para los agentes, es una competencia o saber exclusivo de los especialistas. La hegemonía de este discurso resulta a veces muy explícita:

“El tratamiento en realidad, como te digo, vuelvo a repetir, ya está reglado, o sea no hay muchos secretos médicos, nosotros sabemos que la esquizofrenia se trata con esto y esto, ya está todo escrito. Me refiero, al fármaco, y a las diferentes terapias que hay para el tratamiento de estos enfermos. Pero, como te digo, como hay ya una regla, son enfermedades tan antiguas como el ser humano. ” (A.S. 9, médico de familia. Anexo 4, pp.90)

El poder de intervención atribuido a la figura del psiquiatra limita la posibilidad de pensar otros actores en este proceso. Por ejemplo, gran parte de los Agentes remite a la figura del psiquiatra sin referencias a la modalidad de atención con un equipo tratante. Del mismo modo, no emergieron referencias a las figuras de acompañantes terapéuticos, enfermeros en salud mental, terapeutas ocupacionales. La noción de *profesionales no especializados en salud mental* (OMS/OPS, 2010) es todavía una noción por construir en la perspectiva de los Agentes de Salud.

Aunque lo psiquiátrico tiene una figura central en esta categoría, se conjetura que este discurso y sus actores (los psiquiatras) representan también una alteridad para los agentes de salud:

“uno asocia el psiquiatra al loco. El psicólogo también. Se piensa que vas cuando estas mal o estas “loco” entre comillas. Y ya si vas al psiquiatra, ya estas pasado de loco, digamos, (ríe)...” (A.S 14, técnico. Anexo 4, pp. 136)

“mira, yo trabajo en sumar, yo leo historias clínicas. Yo leo muchísimas historias clínicas. Y en la parte de psicología, como que no se las puede ver. Se manejan mucho con códigos. Entonces no llego a leer nada de esa parte, entonces no sé. Y yo creo que aquí no hay psiquiatra, entonces creo que acá lo primero que hacen es derivar al hospital Ragone. Porque ahí están los psiquiatras” (A.S 14, técnico. Anexo 4, pp. 135)

“Yo veo tanto riesgo en un caso, ¿cómo puede ser que ahí (hospital Ragone) no lo vean? ¿Qué percepción tan distinta tenemos?” (A.S 1, psicólogo. Anexo 4. Pp.30)

El proceso Salud/enfermedad/ atención de personas con padecimientos mentales aparece entonces ligado a lo psiquiátrico como un saber sectorizado, hospitalario, saber farmacológico, codificado e ininteligible. Del testimonio de los Agentes, se desprende que es un campo todavía no articulado a la estrategia de Atención Primaria en Salud y del dominio teórico-práctico de los participantes.

El foco en lo clínico y la medicación

La Representación del proceso tiene como eje la primacía del abordaje clínico, esto es, la necesidad de un diagnóstico que objetive una enfermedad, seguido de la búsqueda de una cura que implique acallar los síntomas, y para ello, una prescripción farmacológica (Galende, 2008). Este abordaje, como ya se ha señalado, es, para los Agentes de Salud, competencia excluyente del psiquiatra o del psicólogo como actores que detentan un saber específico y en lo institucional, está directamente ligada al Hospital Ragone.

“los médicos nos fijamos mucho en los síntomas, y atendemos los síntomas, entonces... por ahí pacientes que necesitan una consulta con salud mental, y que te das cuenta, o sea, vienen un día por dolor abdominal, otro día por dolor de cabeza, otro día porque le duele acá, le duele allá, y vos ahondas un poco y ves que hay algo más. Por ahí también se nos pasa a los médicos, en la hora de tanta asistencia, de tener que resolver tanto, por ahí no abrimos la puerta en la entrevista, como para darnos cuenta de que hay algo más” (A.S 4, médico de familia. Anexo 4, pp.55).

“Y creo que más allá de que tenga conocimientos básicos de que es lo que se podría llegar a hacer en esas situaciones, al no tener la experiencia, al no tener la experiencia... y por esto te digo que por ahí uno es rígido en la forma de hacer las cosas, eso hace que por ahí uno busque al especialista para que termine resolviendo” (A.S 11, médico de familia. Anexo 4, pp.109).

Otra dimensión de la representación del Proceso Salud/Enfermedad/Atención de Personas con Padecimiento Mental nuclea el psicofármaco como principal recurso clínico- terapéutico. No es accesorio señalar que los Agentes de salud tienen un limitado manejo de conocimientos respecto a los psicofármacos y, estos son en general, entendidos como tranquilizantes, sedantes. Incluso los médicos refieren no estar capacitados para la administración y seguimiento de tratamiento farmacológico. Por otro lado, en los Centros de Salud donde se desarrolló la investigación existen farmacias, pero estas no administran psicofármacos. Como caso excepcional, en uno de

los Centros de Salud se administra y controla medicación psiquiátrica a una persona con padecimientos mentales, práctica lograda por una articulación entre el equipo de Hospital Ragone, Residentes de Salud Mental, y Centro de Salud.

En relación al abordaje, los Agentes de Salud equiparan la práctica psiquiátrica a la práctica de medicalización. La importancia dada al fármaco puede resumirse en la disyunción “Medicación o riesgo”: los Agentes de salud sostienen que el psicofármaco neutraliza el riesgo que se supone a Personas con Padecimientos mentales, asume el lugar de estabilizador, compensador, eje y posibilitador de un tratamiento, siendo sinónimos para los Agentes de Salud medicar que tranquilizar, medicar que equilibrar (A.S 16, medica de familia; A.S. 3, enfermero).

Respecto al psicofármaco los participantes presentan una doble valía. Por un lado, se presenta como un recurso positivo, una condición necesaria para el bienestar de la persona que padece, en tanto posibilita un equilibrio y acalla los síntomas que son valorados como negativos. El fármaco es, para algunos, condición necesaria para pensar la posibilidad de abordaje del paciente desde el PNA.

“lo derivo cuando no hay tratamiento farmacológico, digamos. Cuando si hay un tratamiento farmacológico, como una depresión grave, por ejemplo, donde veo que se puede trabajar, lo recibo. ” (A.S 6, psicólogo. Anexo 4, pp.68)

Por otro lado, el psicofármaco presenta también una valoración negativa para los Agentes de salud, en tanto aquel efecto sedativo, es representado como incapacitante, limitando a la persona en algunas facultades mentales. De allí la imagen del "paciente dopado/ empastillado". Asimismo, mantienen una postura crítica señalando que “un psiquiatra debería ser más completo” (A.S 4, medica de familia; A.S 16, medica generalista) y dan lugar a otros recursos terapéuticos.

Sin caer en la crítica fundamentalista que se opone al uso de psicofármacos como recurso y, sin desestimar la potencia terapéutica de éstos, es necesario reflexionar sobre esta dimensión del fenómeno en un contexto en el que, al decir de Alicia Stolkiner (2013), se presenta una tendencia creciente a mercantilizar la salud y reducir el proceso salud-enfermedad-atención/cuidado a prácticas de medicalización.

Es así que el campo de recursos terapéuticos y la potencia de la creatividad de prácticas novedosas en Salud Mental se ven limitados en la medida que las Representaciones Sociales al respecto son estereotipadas y hasta reduccionistas, se pondera la medicación como necesaria, irremplazable y terapéutica en sí misma.

Más allá de lo clínico: Otras dimensiones del P/S/E/A

Cuando se habla de equipo tratante ya no se le da un lugar primordial solamente a la medicación como estrategia de tratamiento en un padecimiento mental, sino que se piensa en el tratamiento psicológico, en cómo incorporarlo socialmente, en actividades sociales, y sacas el eje de la medicación como principal medida para resolver el problema (Gerente Hospital Ragone, anexo 4, pp.19).

Si bien se jerarquiza la intervención psiquiátrica y farmacológica, se revela en los Agentes de salud una perspectiva integral desde la que otorgan importancia a otras dimensiones del Proceso Salud- enfermedad- atención, aunque sea como contenidos representacionales secundarios o periféricos.

“ (...) Yo me apoyo mucho en el saber que tiene la familia, también, que es un saber que yo no tengo. Yo no convivo con una persona con padecimientos mentales, conviven ellos. Y a lo largo de la vida han ido haciendo cosas para poder convivir y estar lo mejor posibles. Ellos en algunos casos ya tienen su trayectoria” (A. S.12, psicólogo. Anexo 4. Pp 116)

En su concepción del fenómeno, ponen énfasis en el rol protagónico de la familia y la red de apoyo en el Proceso Salud-Enfermedad-Atención de una persona con padecimientos mentales. Se reconocen el acompañamiento familiar, la contención y el sostén de los vínculos afectivos de una persona que atraviesa procesos de sufrimiento psíquico, como factor esencial que posibilita una rehabilitación en salud mental. La contracara de esta idea sería aquella que asocia directamente el padecimiento mental ``grave`` con situaciones de exclusión y abandono familiar.

Se evidencia una aproximación a las nociones de cuidado en Salud Mental y la valoración del saber que posee la familia - y el usuario-, el saber experiencial, más allá de la lógica científico-técnica desde la que se tiende a objetivar el proceso.

En el mismo orden de ideas, los Agentes de salud señalan los proyectos laborales- ocupacionales y proyectos de vida como recursos terapéuticos de impacto positivo en el Proceso/Salud/Enfermedad/Atención del padecimiento mental, aunque esta idea se encuentra a veces condicionada por la imagen incapacitante respecto a Personas con padecimiento Mental. Así también incluyen a los grupos terapéuticos, grupos recreativos, grupos de aprendizaje como espacios de alcance terapéutico o promotores de salud.

Sin embargo, cabe señalar que los participantes de este estudio no cuentan con referencias respecto a espacios donde se desarrollen estas actividades a nivel local. Son más bien recursos pensados como posibilidad, sin anclaje en un espacio institucional concreto, en algún sector del Sistema de Salud o en otros sectores. A excepción de

algunas divergencias, los Agentes de Salud desconocen el Centro Socio Sanitario Marqkay, el espacio de terapia ocupacional del Hospital Ragone, o las políticas impulsadas en relación al emprendedurismo desde el área de Salud mental (Secretaría de Salud Mental, 2019, anexo 4, pp.3)

En el siguiente cuadro se explicitan las tres dimensiones de las Representaciones Sociales respecto al proceso Salud mental/enfermedad /atención de los padecimientos mentales.

Cuadro 4: Dimensiones RS PSEA PPM

Dimensiones RS Proceso S/E/A Personas con Padecimientos mentales		
Imagen	Información	Actitud/Valoración
Hospital Ragone: historia manicomial.	Enfermedad/trastorno mental: Paciente (en) riesgo: Complejidad.	Inadecuación desde el propio rol
Hospital ligado a Prácticas de medicalización, internación, encierro.	Visión de estado/proceso: Estado de enfermedad crónicas vs Periodos de la enfermedad: periodos de crisis/periodos estables.	Temor a intervenir individualmente/ Desprotección ante el riesgo/
Psiquiatra // equipo tratante=medicación	Enfermedad mental compete a psiquiatra y psicólogo → derivación	responsabilidad ante el riesgo
Paciente “empastillado/dopado”	Hospital Ragone- referente. Internación	Falta de apoyo
	“Medicación o riesgo”: Fármaco como principal recurso terapéutico. Recupera equilibrio, “normalidad”	Precaución
	Idea PPM pasiva – reacia a tratamiento y recuperación	Impotencia.
	Abordaje complejo. “No convencional”: La “intervención artesanal” interdisciplinar. Equipo. “sólo no puedo”	Resignación /actitud crítica
	Familia: sostén de un tratamiento posible	
	Recursos: proyectos ocupacionales/laborales/recreativos	

Representaciones sociales y prácticas

“Primer Nivel juega un rol fundamental porque verdaderamente permite el trabajo conjunto con la comunidad. Entonces, no puede establecerse una política en salud mental si no es desde la base del Sistema de salud. ” (Secretaría de Salud Mental de Salta, 2019)

En base a la información recabada, se entiende que el espacio institucional es un escenario de prácticas en salud y allí los Agentes se ubican como actores, interventores, portadores de un saber situado. Desde esta perspectiva, se esbozan algunas relaciones entre los esquemas representacionales que emergieron y la dimensión de las prácticas en salud.

No está de más recordar que este análisis no refiere a una sistematización de las prácticas concretas, sino que se circunscribe a la dimensión representativa o discursiva de las mismas, en un nivel analítico-interpretativo.

En las entrevistas, los Agentes de Salud pudieron dar cuenta de su posicionamiento en relación a personas con padecimientos mentales y al abordaje o proceso salud/enfermedad/atención de las mismas, situados en su contexto institucional y a través de la experiencia y el saber que deriva de sus prácticas como Agentes del Primer Nivel de Atención.

La voz de los actores da cuenta de que en su espacio de trabajo y desde su rol, tienen o han tenido contacto con personas con padecimientos mentales y con situaciones de urgencia o crisis en salud mental. Incluso refieren a ésta como una problemática frecuente, en sus distintas formas de presentación.

En el nivel de las prácticas, los Agentes intentan adecuarse a estas demandas a partir de sus esquemas referenciales teórico-prácticos y haciendo uso de las herramientas que poseen. En este sentido, es importante señalar que como actores poseen un saber que va más allá de lo científico-técnico y que tiene que ver con la cercanía a la comunidad y a las instituciones del barrio, con el contacto continuado con las familias y con algunos pacientes. Sin embargo, también evidencian la falta de conocimiento y capacitación para adecuarse a demandas complejas en Salud Mental. El desconocimiento general del campo en discusión obtura la posibilidad de pensar más allá de los parámetros "clínicos-psiquiátricos", a la vez que limita la posibilidad de pensar prácticas novedosas en Salud Mental.

Orientados por una concepción limitada de los padecimientos mentales, como una *alteridad compleja y ligada al riesgo*, los participantes localizan el saber y el poder de intervención en una especialidad disciplinar (psiquiatras, psicólogos) y en un espacio

institucional (Hospital Ragone). Gran parte de los Agentes resultan ajenos a las prácticas ligadas a la Salud Mental, remiten a la propia inadecuación para intervenir desde un rol individual en abordajes que impliquen a personas con padecimiento mental y refieren a la falta de recursos –propios e institucionales- para abordar este tipo de demandas.

En este escenario y en la dificultad de articular la interdisciplina en la asistencia, todavía el campo de las prácticas se ve limitado en sus potencialidades, llevando a los Agentes a optar por *la derivación al saber especialista*. Así, las intervenciones relacionadas a Salud Mental y padecimientos mentales quedan circunscriptas a profesionales psicólogos y psiquiatras.

Una serie de situaciones de gran complejidad recaen sobre el rol individual del psicólogo como “representante” del campo de la Salud Mental en Primer Nivel. Aquellos abordajes complejos, generalmente ligados al riesgo, en los que no se sienten capacitados para intervenir, son derivados al Hospital Ragone.

Sobre la articulación con el Hospital, los agentes señalan algunas barreras en relación a la comunicación inter- institucional por la vía formal. Esto, conjugado con la saturación de la demanda que suponen también en el hospital:

“Por teléfono no te atienden. Podes estar dos horas llamando, que no te van a atender” (A.S 4, medica de familia. Anexo 4, pp.57)

“Y bueno, el Ragone tiene toda su... por ahí con pacientes que ya vienen en tratamiento, con adherencia, por ahí capaz es más fácil, pero para que reciban pacientes es muy difícil, tenes que llamar, avisar, rogar prácticamente” (A.S. 1, psicólogo. Anexo 4, pp.25)

De los dichos de los Agentes de salud se desprende que las derivaciones se realizan bilateralmente, desde Centros de Salud hacia el Hospital, y viceversa. Es posible conjeturar que esta articulación deviene en muchos casos un proceso fragmentado, siendo todavía un desafío institucionalizar sistemas de referencia y contra referencia en lo que a Salud mental refiere.

“Lo que no hay es una contra referencia. O sea, no viene una referencia que diga, este paciente, tiene tal enfermedad, tal diagnóstico, toma esta medicación... o sea sería bueno, que podamos conectar con la misma historia clínica, ver qué atención recibió en el hospital, que paso, como llego ahí. Por ahí va con un brote psicótico al san Bernardo. Pero ni yo, ni los del Ragone sabemos que fue por eso. ” (A.S 13, medica de familia. Anexo 4, pp.130)

“La referencia y la contra referencia es muy importante. Porque no es lo mismo para mi recibir algo escrito, de parte del equipo, que la está viendo en el Ragone, que me digan qué detectaron, que van a hacer, plan de seguimiento... A que venga la paciente, que encima tiene dificultades para hablar, y me cuente

que es lo que le dijeron. Es muy diferente'' (A.S 4, médico de familia. Anexo 4, pp. 54)

En cuanto a las prácticas preventivas y promotoras de Salud, se puede afirmar que el Primer Nivel de atención es un espacio propicio para plantear y articular prácticas relacionadas a la promoción de la Salud Mental y la prevención de los padecimientos mentales. En lo concreto, desde los Centros de Salud se despliegan actividades de tipo comunitario e interinstitucional, principalmente en lo relacionado a salud sexual-reproductiva y en relación a la población adolescente. Los espacios de consejerías en instituciones educativas y los circuitos de atención de la maternidad funcionan como espacios promotores de salud integral, con impacto en lo que a salud mental respecta, aunque a un nivel inespecífico.

En este tipo de intervenciones se logra articular la interdisciplina como práctica, como también en Ateneos y reuniones semanales de equipo. Estos espacios son un valioso recurso en estas instituciones, de gran potencial en lo relacionado a la articulación interdisciplinaria y el fortalecimiento de esta estrategia.

Los agentes reconocen el potencial que presenta el Primer Nivel de Atención como primer contacto con la población, que posibilita la atención continuada y seguimiento de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado:

''Lo que te da el primer nivel de atención es la posibilidad de ver a ese usuario o usuaria durante muchos años, y si uno no se va de acá puede ver todo el proceso de vida de ese o esa paciente, ¿no? Desde chico hasta que es adulto, puede formar una familia. Yo conozco muchos casos de chicos con retrasos madurativos, ya papas o mamás, también, y he trabajado con personas con epilepsia, muchas personas con esquizofrenia. '' (A.S 2, trabajador social. Anexo 4, pp.34)

La cercanía con la población, la comunidad, las instituciones del barrio, y las problemáticas locales, convierte al Centro de Salud en un espacio adecuado para la detección precoz de padecimientos mentales y la articulación de intervenciones oportunas. En este sentido, el rol de los Agentes Sanitarios posee un alcance muy valioso en este campo, en tanto desarrollan sus prácticas en terreno, mantienen vínculos cercanos con la gente y poseen un saber contextualizado de las problemáticas de la comunidad y los modos de vida.

''Que el médico de salud mental, si tuviera contacto con el agente sanitario, podría saber más, de la casa, del entorno de esa persona. Y te puedo asegurar que resolvería muchas cosas. '' (A.S 11, médico de familia. Anexo 4, pp. 112)

Sin embargo, la falta de capacitación en la problemática dificulta el aprovechamiento de este potencial. Solo un Agente entre los participantes ha sido capacitado en la herramienta MHGap, destinada a la intervención de agentes no especialistas en Salud Mental (OMS, 2010).

“Entonces, primero, saber. Para después, trabajar. En este sentido nos falta mucha información, pero porque... no hay un servicio específico. Por ejemplo, cómo encarar una situación, cómo saber, cómo ayudar, ser un puente entre el psicólogo y la gente, eso es importante. ” (A.S. 7, agente sanitario. Anexo 4, pp.80)

“Un programa es cómo manejarnos. Nosotros. Para atender a estos pacientes. Por ejemplo, que es lo primero que haces cuando llega al PNA. Como un protocolo, y criterios de atención. Control así, derivar a tal lugar, cosas así. Como para que haya un nexo una relación entre las instituciones. ” (A.S. 10, enfermera. Anexo 4, pp.102)

Se infiere que la institucionalización de prácticas novedosas es todavía un desafío, que requiere previamente la capacitación de los Agentes de Salud respecto a la Ley Nacional de Salud Mental y sobre el nuevo paradigma de atención de los padecimientos mentales

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio entran en diálogo con los antecedentes de investigación recabados previamente. En primera instancia es significativo señalar que gran parte de ellos tuvieron como objetivo, al igual que este estudio, conocer la perspectiva de Agentes de Salud de dispositivos o instituciones de atención primaria o de enfoque comunitario, es decir, espacios por fuera del ámbito hospitalario y especializado. En la mayoría de los casos se trata de estudios exploratorios, que buscan realizar aportes en cuanto a estrategias novedosas en salud mental en otros espacios sanitarios, basadas en los nuevos paradigmas.

Si bien las conclusiones logradas en este estudio conforman una teoría sustantiva cuyos resultados deben leerse de modo contextualizado, llama la atención la similitud entre algunas conclusiones de este estudio y las de otros estudios situados en diferentes contextos de investigación. Al respecto, las investigaciones de Antunes et.al., (2003) y Pereira et.al., (2007) situadas en contexto brasileiro, ya advertían el carácter estereotipado de las concepciones de Agentes de salud respecto a las enfermedades/padecimientos mentales. En dichas investigaciones se revelan representaciones ligadas a la irreversibilidad de las mismas, cuyas características principales giran en torno a la irracionalidad, peligrosidad y discapacidad que deviene en imposibilidad de autonomía. Los autores concluyen en la necesidad de capacitación de los agentes de salud, para modificar estos esquemas representacionales. Sin embargo, como valoración de la investigadora, se entiende que las similitudes entre investigaciones de contextos tan disímiles territorial y culturalmente revelan una matriz ideológica que va más allá de la información que pudiera brindarse en espacios de capacitación. Se requiere una deconstrucción profunda de los modelos ideológicos de atención en Salud Mental que moldean las percepciones colectivas de los actores en el campo. Al respecto, capacitar en salud requeriría integrar los saberes que pudieran aportar los Agentes de salud y no simplemente brindar información al respecto.

Por otro lado, la investigación de Dimenstein et al (2010) concluye en la necesidad de rever el rol central y hasta excluyente atribuido a la figura del profesional psiquiatra. Lo que los autores llaman “imaginario del especialismo” y la “(sobre) valoración del tecnicismo” (Dimenstein et al, 2010) es un aspecto central de las representaciones en torno al proceso salud-enfermedad mental- atención de los

participantes de este estudio. De modo similar, en este estudio se revela que el lugar central atribuido a ciertos agentes de salud especialistas, que limita el campo de intervención de otros agentes reduciéndolo a prácticas de derivación y medicalización. En esta línea de análisis, también se reveló que sólo agentes de salud médicos y especialistas presentan nociones sobre salud mental y padecimientos mentales, mientras que otros agentes parecen quedar excluidos de esta “incumbencia disciplinar”.

Esta convergencia de resultados no es un elemento aleatorio, forman parte también de construcciones ideológico-culturales que reflejan relaciones de poder en el campo de la salud. Los nuevos paradigmas en Salud Mental interpelan el lugar excluyente del saber técnico-especialista en pos de una redistribución del saber y por tanto, del poder, ampliando el campo para integrar otros saberes que podrían ser revalorizados en este proceso.

En ese sentido, las relaciones de poder se ven manifiestas también en este estudio en las Representaciones que tienden a figurar a personas con padecimientos mentales como imposibilitadas a la autonomía o a gestionar su bienestar, personas pasivas en su proceso salud-enfermedad-atención. En línea con las conclusiones de Garbus (2009) en su investigación, estas concepciones se revelan como prácticas marcadas por la subordinación y el tutelaje.

En cuanto a la investigación desarrollada por Zaldúa et al, (2011) cuyo objetivo fue conocer las concepciones de Agentes de salud sobre la viabilidad de la Ley de Salud Mental, se observan elementos convergentes con los resultados de este estudio. Lo que la investigadora concluye como obstáculos percibidos en la viabilidad de la ley aparece reiteradamente en el discurso de agentes de salud: la falta de recursos, falta de presupuesto, de recursos humanos especializados en la problemática, gestión y planificación para implementar los cambios. Estos elementos parecen ser elementos o problemas estructurales del Sistema de Salud, enmarcados en la coyuntura socio-económica actual.

Del mismo modo, es común la referencia a estas faltas o fallas del sistema en cuanto los Agentes de salud refieren a las divergencias entre el plano discursivo de la Ley de salud mental y la implementación de la misma que contempla recursos concretos. Los Agentes de salud brindan un panorama crítico y "realista" de las limitaciones del sistema de salud, que deben ser tenidas en cuenta a la hora de

implementar nuevas prácticas en salud. Sin embargo, como valoración de la investigadora, se entiende que en este estudio también se revela desinformación sobre los avances concretos en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental a nivel local y se destaca que los Agentes de salud poseen una visión limitada del campo que se reduce a las deficiencias del sistema sin tomar conocimiento de los potenciales recursos, cambios logrados y espacios conquistados.

También se esboza diálogo con la investigación realizada por Yanco et.al, (2011, 2012) que contempló la extensa muestra de 120 centros de salud en el país, indagando en las modalidades de inserción de la atención en salud mental en la estrategia de atención primaria.

Entre otras conclusiones, los investigadores señalan como barrera la falta de criterios o procedimientos para sostener la continuidad o seguimientos de pacientes, lo que conllevaría a la fragmentación del proceso entre niveles de atención (Yanco et al., 2012). Esto asume su particularidad en esta investigación, como dificultades en la coordinación entre niveles de atención (Hospital Ragone/ otros dispositivos-Centros de Salud). Los agentes problematizan la falta de un criterio compartido en el cual sustentar las derivaciones bilaterales entre niveles de complejidad, al igual que se evidencia la falta de acceso a historias clínicas o algún tipo de registro de itinerarios en la atención en salud mental. Esta dimensión administrativa-organizacional se revela como barrera en nuestro contexto local, y abre posibles líneas de discusión respecto a cómo mejorar la coordinación inter-institucional no solo con hospitales, sino también con otras instituciones de la red de Servicios en Salud Mental.

Por último, al dialogar con esta investigación de amplio alcance, surgen cuestionamientos que podrían ser relevantes. Las investigadoras refieren a un proceso de construcción de *dispositivos* en salud mental (Yanco et.al., 2012). En la misma línea de objetivos, El Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la nación establece ‘*pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos en Salud Mental*’ (Argentina, 2019) entre los que se incluye *dispositivo de Salud Mental en Centros de Salud*.

Cabe preguntarse ¿qué es un dispositivo? ¿Cómo se construye y se institucionaliza? Los resultados de este estudio revelan que actualmente el abordaje de la Salud Mental se centra en la intervención de profesionales psicólogos, y la incumbencia de otros actores se evidencia en prácticas de promoción en salud de

impacto inespecífico en salud mental. La construcción de *dispositivos en Salud Mental* en el Primer Nivel de Atención resulta un desafío, una transición que está en proceso y que busca integrar la participación de una diversidad de actores y saberes.

CONCLUSIONES

A través del recorrido realizado, se considera que se logró cumplir con los objetivos planteados en este estudio. El enfoque cualitativo posibilitó indagar en profundidad en la perspectiva de cada Agente de Salud y en la de todos los participantes como conjunto, e integrar convergencias y divergencias. Se espera que las conclusiones que aquí se desarrollan representen la voz de los Agentes de Salud del Primer Nivel de Atención, permitan ampliar el marco de entendimiento sobre la problemática y den lugar a nuevos interrogantes.

En primera instancia, se subraya la importancia de leer los resultados de la investigación como un producto situado, contextualizado. Se entiende que las categorías contextuales son transversales a los Agentes de salud, a sus marcos de referencia y sus prácticas y por tanto, enriquecen el entendimiento del fenómeno.

En base a esa premisa, en la inmersión al campo se buscó conocer los cambios que se suceden a nivel macro- institucional y la perspectiva desde los cargos de gestión en Salud, a través de los informantes clave. Con ello se logró una aproximación al escenario de las reformas en Salta y contextualizar la investigación a nivel local. Del mismo modo, se buscó describir dimensiones institucionales de los Centros de Salud nodos en los que se investigó, para una mejor comprensión del contexto en el que se sitúan las labores y prácticas de los participantes.

En relación al primer objetivo, se logró una aproximación a los conocimientos, información y opiniones de los participantes respecto a la Ley Nacional de Salud Mental N 26657. Teniendo en cuenta que la sanción y reglamentación de la Ley data de hace más o menos 10 años, es significativo que aún resulta desconocida para gran parte de los Agentes de Salud entrevistados, particularmente para aquellos cuyas prácticas no tienen intervención directa en Salud Mental. Quienes han tenido contacto con la misma son en general médicos y psicólogos, lo que denota que la Ley es un conocimiento de sector, de incumbencia disciplinar, a la vez que refleja la falta de acceso de varios agentes a la capacitación en Salud Mental.

En general los agentes poseen escasas referencias sobre el escenario de las reformas en nuestro contexto, y de los cambios que representa la Ley a nivel discursivo,

ideológico y de la praxis. Es un campo novedoso para gran parte de Agentes de Primer Nivel de Atención. En este sentido, llama la atención la amplia divergencia entre el panorama discursivo-operativo de los cargos de gestión en el campo y el posicionamiento de los Agentes de Salud en este contexto de reformas.

Teniendo en cuenta que la Ley se enmarca en una perspectiva integral de la salud y los padecimientos mentales, con enfoque interdisciplinario e intersectorial, promoviendo participación de diversos actores, se evidencia la necesidad de incluir esta perspectiva en la formación y capacitación de Agentes de salud en el Primer Nivel.

Entre aquellos que conocen la Ley, ésta es conocida como instrumento que amplía derechos, valorada positivamente en este sentido. También se evidenció un posicionamiento crítico, centrado en la divergencia entre la expectativa/realidad, entre el plano discursivo de la ley y la falta de recursos para implementarla. Sin embargo, como apreciación de la investigadora, se entiende que en gran parte estas opiniones podrían relativizarse tomando conocimiento de los avances concretos logrados en este campo a nivel local.

Más allá del conocimiento o desconocimiento de la Ley, los Agentes de salud presentan opiniones y posicionamientos críticos respecto a las modalidades de atención en salud/padecimiento mental en nuestro contexto. La perspectiva de los agentes refleja la coexistencia de paradigmas en Salud Mental a la que refiere De Lellis (2015), dando cuenta de una transición en proceso. Los discursos inclusivos impregnan la mirada de los agentes, aunque el desafío es construir también prácticas inclusivas en salud, que trasciendan lo que resulta ‘políticamente correcto’ a nivel discursivo.

En cuanto a las Representaciones Sociales de los Agentes de salud respecto a personas con padecimientos mentales, en su dimensión figurativa, cognitiva y valorativa. Si bien la categoría persona con padecimientos mentales resultó amplia y evidenció dificultades para delimitarla, también esa amplitud posibilitó riqueza en los datos y un mapeo exploratorio del fenómeno.

En cuanto a lo experiencial, se concluye que los Agentes de los Centros de Salud no son ajenos a la problemática en cuestión, toman contacto y receptan la demanda de intervención ante situaciones de complejidad y urgencias en salud mental/padecimientos subjetivos, en su diversidad. Por señalar algunas, emergieron referencias y relatos sobre intervenciones con personas en situaciones de crisis, conductas auto lesivas, personas

con adicciones, crisis puerperales o depresiones post-parto, personas diagnosticadas de esquizofrenia o demencia senil, entre otras situaciones que les remiten a una sensación de "inadecuación" y necesidad de interdisciplina en lo referente a Salud Mental.

En cuanto a la formación, hay una amplia divergencia entre Agentes de salud profesionales-especialistas y aquellos cuyo rol no se relaciona directamente a la Salud Mental. Cabe preguntarse ¿Cómo construir marcos de referencia compartidos en Salud/padecimiento mental, entre agentes de salud? ¿Cómo integrar los saberes y las prácticas de diferentes actores en salud?

Se concluye que la información y conocimientos que los participantes manejan sobre el fenómeno no funcionan como marcos referenciales teórico-prácticos para su entendimiento y adecuación a la praxis. Aquellos agentes cuyo rol está directamente ligado a la Salud Mental (psicólogos, médicos en menor medida) presentan una aproximación "teórica" al respecto, aunque señalaron que no se sienten capacitados para el abordaje o la intervención con "pacientes psiquiátricos"/personas con padecimientos mentales. De allí se desprende que las personas con padecimientos mentales representan una alteridad compleja para los Agentes de salud y el entendimiento sobre el fenómeno conjuga conocimientos derivados de la experiencia, información que circula en los intercambios sociales, imágenes estereotipadas, nociones teóricas difusas, sensación de inadecuación e incluso preocupación.

Las Representaciones Sociales sobre personas con padecimientos mentales evidencian la fuerte influencia del modelo médico-psiquiátrico. Se presenta en muchos casos una visión de la enfermedad mental como estado crónico irreversible, como así también la tendencia a ponderar factores biológicos-hereditarios como causales. Las Representaciones en torno al proceso Salud/Enfermedad/Atención evidencian también cierto reduccionismo ligado al modelo tradicional de atención en este campo.

Identificados como "pacientes psiquiátricos", los agentes objetivan una diversidad de padecimientos en categorías diagnósticas que se corresponden con la nosografía psiquiátrica. Estas últimas emergen como sustantivos o adjetivos en sí mismos, homogenizan y proporcionan cierta inteligibilidad a los padecimientos mentales, ante realidades que se presentan como complejas, a veces ininteligibles para ellos. Así, los constructos y herramientas teóricas como lo son las "estructuras" psicoanalíticas y las categorías de la nosografía psiquiátrica devienen ontologizados

(Stolkiner, 2013), estableciendo una jerarquía de significaciones en la que lo patológico – sintomático es homogeneizado y definido como eje, quedando subordinadas las vicisitudes subjetivas y la concepción de proceso situado. De allí la importancia de relativizar ciertos estereotipos y categorías y virar hacia una concepción de la Salud Mental y los padecimientos mentales como procesos complejos, incluyendo la noción de sufrimiento psíquico en su dimensión subjetiva (Augsburger, 2002).

Sin embargo, es posible enunciar que aquellos diagnósticos no funcionan como marcos referenciales para el entendimiento del fenómeno, se presentan más bien como sospechas o suposiciones por parte de los participantes, en tanto la competencia diagnóstica -como también la prescriptiva y de abordaje- es atribuida a la figura del psiquiatra, como actor central.

Las representaciones sobre personas con padecimientos mentales condensan dos ‘polos’ del padecimiento mental, en función del criterio de ‘gravedad’ del caso. Por un lado, un polo de padecimientos mentales ‘graves’ que se asocia a diagnósticos de psicosis, esquizofrenia y ‘locura’. Esta resulta la dimensión más compleja de los padecimientos mentales para los agentes, y la más marcada por imágenes estereotipadas, ligadas a la enajenación, peligrosidad, agresividad, y a condiciones de desamparo y exclusión social. En torno a personas con padecimientos mentales ‘graves’ se evidencia con más claridad la estereotipia en la información y en los contenidos figurativos, y el estigma asociado a las personas que lo padecen (Goffman, 2006). La dimensión actitudinal revela valoraciones negativas, actitudes de rechazo, temor, cautela y distanciamiento.

El otro polo representacional condensa padecimientos mentales ‘leves’ o ‘moderados’ que se objetivan en categorías diagnosticas tales como neurosis, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico, adicciones. Al respecto, los Agentes de Salud señalan que son problemáticas frecuentes en consulta en su espacio de trabajo, ante las cuales reconocen inadecuación para comprender e intervenir.

Entre los contenidos cognitivos de las Representaciones Sociales, la caracterización de las personas con padecimientos mentales se nuclea en dos rasgos centrales: El riesgo y la discapacidad psicosocial.

La noción de riesgo se presenta en dos versiones: como riesgo para sí mismo, asociado a conductas auto lesivas o intentos de suicidio, ante las cuales los participantes refieren preocupación e impotencia desde el propio rol. Por otro lado, el riesgo es entendido como riesgo para terceros, ligado a la peligrosidad. Esta imagen es sustento del estigma que lleva a representar a estas personas como personas agresivas o violentas, con las consecuentes actitudes de rechazo, cautela y temor por parte de los Agentes. La suposición de agresividad o peligrosidad es una de las imágenes más estereotipadas en torno al fenómeno, que tiene significativas implicancias en la dimensión valorativa-actitudinal de los Agentes de salud, conformándose en ocasiones como una barrera en el encuentro interpersonal con estos pacientes.

Por otro lado, se evidenció en los Agentes de Salud referencias a una perspectiva integral que incluye elementos entendidos como Determinantes Sociales de la Salud. Las características del encuentro que se propicia en el Primer Nivel de Atención (cercanía territorial, atención continuada en el tiempo, circuitos de atención, visitas domiciliarias de Agentes sanitarios) lleva a conocer circunstancias vitales-familiares-socioeconómicas de los usuarios que los agentes reconocen como parte del proceso de enfermar. Este es uno de los valiosos elementos que presentan estos espacios institucionales.

Otra categoría clave emergente de la perspectiva sanitaria de los Agentes, fue la referida al proceso Salud/Enfermedad/Atención de personas con padecimientos mentales. Siguiendo a Augsburger (2002), también podría leerse esta categoría como Proceso Salud/enfermedad mental en su especificidad.

En esta categoría se evidenció claramente la influencia y hegemonía del modelo médico-biológico y psiquiátrico. El núcleo representacional versa en la primacía del abordaje clínico, cuyos actores serían exclusivamente agentes psiquiatras y psicólogos especializados.

Este ‘‘especialismo’’ limita la posibilidad de ir más allá de los parámetros psiquiátricos. Fueron muy pocas las referencias a otras figuras como las de acompañantes terapéuticos, Terapeutas ocupacionales, y la noción de *profesionales no especializados en Salud Mental* (OMS, 2010) es todavía una noción por construir entre los Agentes. En relación a ello, este estudio llevó a la reflexión de la importancia de

reconocer e integrar el saber “no especializado” que poseen los Agentes, derivado de su lugar y experiencia como primer contacto con la gente, con la comunidad.

Aunque la psicofarmacología es, en general, un campo ajeno a la formación y praxis de los agentes, las Representaciones Sociales del proceso Salud-Enfermedad-Atención nuclea a los psicofármacos como recursos terapéuticos centrales. El fármaco se asocia principalmente con efectos tranquilizantes/sedativos y se identifica como imprescindible, estabilizador, como recurso que previene riesgos, y *normaliza* la vida del que padece. Sin embargo, se evidenció en los agentes también una doble valía respecto a ello, y cierta problematización del rol central del fármaco.

Desde el lugar de Agentes del Primer Nivel de Atención, su concepción abarca otros recursos terapéuticos, entre los que incluyen cuidados familiares, actividades grupales, proyectos de vida/ocupacionales/laborales. Subyacen nociones de *cuidado* en Salud Mental/Padecimiento Mental, con referencias al sostén familiar y elementos relacionados a lo social-grupal, más allá de lo clínico-terapéutico. Se entiende que estos elementos integrados al entendimiento del fenómeno facilitarían la relativización de los estereotipos y reduccionismos. Así mismo remiten a pensar el fenómeno en términos de promoción de salud y prevención primaria, secundaria y terciaria, prácticas que encuentran potencial en Primer Nivel de Atención.

La Representación del proceso esta significativamente influenciada por el modelo médico de la enfermedad, aunque también subyace una concepción de proceso, que relativiza la enfermedad como estado inmutable o irreversible. En relación a ello, emergieron ciertas nociones de *crisis* en salud/padecimiento mental, entendidas como interrupciones en la biografía personal. Desde la perspectiva que orientó este estudio, se entiende que la noción de crisis es un elemento clave para comprender los padecimientos mentales y pensar prácticas preventivas y promotoras de salud.

En cuanto a los espacios institucionales ligados al Proceso salud-enfermedad mental, los agentes ponderan al Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone como referente, donde se localiza el saber especialista. Las imágenes del Hospital todavía están muy marcadas por su historia institucional y por tanto los agentes lo asocian a prácticas de medicación, internación, encierro, propias del modelo psiquiátrico asilar. Esto refleja la desinformación de los participantes respecto a las estrategias de abordaje novedosas que se implementan desde el Hospital.

En la misma línea se evidenció que los Agentes poseen escasas referencias o información respecto a otros dispositivos o instituciones de servicios de Salud Mental a nivel local. Se concluye entonces que, es un desafío la construcción de nociones sobre el campo emergente de la Salud Mental a nivel nacional y local.

A modo de conclusión, se infiere que las Representaciones de personas con padecimientos mentales (como una alteridad compleja y ligada al riesgo), y otras ideas estereotipadas en torno al Proceso Salud-Enfermedad-Atención que se han descripto, influyen en las prácticas, devienen en barreras simbólicas (Garbus, 2009) en el encuentro entre agentes-usuarios al manifestarse en actitudes de distanciamiento, desconcierto ante una otredad radical, temor o cautela ante el riesgo que se supone. Asimismo el campo de actuación y participación de los Agentes se ve limitado en sus potencialidades en tanto relegan esta problemática a ciertos espacios institucionales.

La falta de marcos referenciales teórico-prácticos respecto al fenómeno y al nuevo modelo de atención lleva a representar esta problemática como incumbencia exclusiva de los especialistas. En la praxis esto lleva a optar por la derivación al saber especialista en otros niveles de complejidad del Sistema de Salud (Hospital Ragone). Se trata de prácticas que por acción u omisión replican relaciones de poder asimétricas y hegemonías en el campo de la salud, en tanto sólo conocen e intervienen aquellos profesionales “especialistas” en la problemática y otros agentes quedan excluidos del acceso a la información y en el debate de nuevas modalidades de atención.

Sin embargo, también es necesario atender al hecho de que las derivaciones o interconsultas se realizan bilateralmente y los Centros de Salud también receptan derivaciones en Salud Mental. En relación a ello, se advierten las dificultades en la comunicación-coordinación inter institucional y la necesidad de articular y/o fortalecer sistemas de referencia y contra referencia entre Primer Nivel de atención y otros niveles, particularmente entre quienes conforman la red de servicios de Salud Mental. Se trata de una barrera en la accesibilidad a una atención continuada en Salud Mental. Trabajar en ello permitiría ampliar accesibilidad y además fortalecer el trabajo en red.

En la dimensión de las prácticas/intervenciones, se evidenció que los Agentes de Primer Nivel tienen contacto con situaciones complejas y urgencias en Salud Mental. Se concluye que las prácticas relacionadas a la Salud mental /padecimiento mental son primariamente asistencialistas, y recaen en psicólogos/as como representantes del

campo de la salud mental en Primer Nivel de Atención. De allí la necesidad de institucionalizar la interdisciplina en el debate de esta problemática y en la dimensión de la praxis de estos espacios institucionales. Los Centros de salud en los que se investigó reúnen Agentes de todo tipo de disciplinas, saberes alternos que es necesario revalorizar, y presentan espacios con potencial para fortalecer la estrategia interdisciplinaria, tales como Ateneos semanales de formación y reuniones de equipo.

La reflexión en torno a las prácticas, en función del marco teórico y legal que orientó este estudio, deviene en un interrogante: *¿Qué lugar para lo comunitario en Salud Mental?* El recorrido realizado permite concluir que la articulación de prácticas novedosas y alternativas desde un enfoque comunitario, tal como lo enuncia la Ley de Salud mental, es todavía un desafío, un campo a construir. Se entiende también que este proceso solo es posible mediando el acceso a la información por parte de aquellos Agentes que aún permanecen ajenos al campo, y una puesta en debate que haga partícipes tanto a Agentes de Salud especialistas como aquellos no especialistas en la problemática.

Pensar y construir la accesibilidad a personas con padecimientos mentales en el Primer Nivel requiere de una serie de acciones previas, tales como cuestionar y trabajar en barreras y, fundamentalmente, construir marcos referenciales compartidos y prácticas interdisciplinarias en Salud Mental.

SUGERENCIAS

Se espera que el reporte de investigación habilite reflexiones y/o interrogantes sobre los modelos de atención de los padecimientos mentales en Salud Pública. Y que las mismas tengan cierta implicancia en el plano de las prácticas. A continuación se realizan algunas recomendaciones y sugerencias que emergieron a lo largo del proceso como reflexiones de la investigadora y también de los participantes.

Por un lado, algunas recomendaciones orientadas a la construcción de conocimientos y prácticas en el ámbito de Centros de Salud:

En primera instancia se sugiere re valorizar el potencial de los Centros de Salud que, como primer contacto con la población, es un escenario estratégico para fortalecer y promover la Salud Mental comunitaria. Del mismo modo, romper con las relaciones de poder que privilegian el saber académico especialista como exclusivo, e integrar el saber que poseen los Agentes de Salud como actores, desde su experiencia, trayectoria y rol institucional.

Se sugiere propiciar el acceso a la información sobre la Ley Nacional de Salud Mental y el proceso Salud mental/padecimiento mental. Habilitar espacios de capacitación/debate permitirá relativizar concepciones estereotipadas del fenómeno. Así mismo, se recomienda que toda propuesta de debate-intervención-capacitación-servicio adopte una perspectiva contextualizada. La construcción de marcos referenciales comunes debe ser un proceso *in situ* y *participativo*, para poder sostenerse en el tiempo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se sugiere propiciar acceso a herramientas que ofrecen organismos nacionales e internacionales, adaptadas para profesionales no especialistas en Salud mental, tales como MH Gap, cuadernillos del Ministerio de Salud de la Nación, cuadernillos TRAPS del programa Remediar. Así también se sugiere propiciar el intercambio entre profesionales especialistas y no especialistas en Salud Mental.

En cuanto al ámbito de investigación, se sugieren algunos interrogantes que emergieron en el recorrido de este estudio, que podrían ser disparadores para futuras investigaciones:

- Sería oportuno conocer cuáles son las barreras y facilitadores de la articulación de la interdisciplina en el abordaje de la Salud mental en Primer Nivel de atención.
- Si bien se considera que se hizo una aproximación al tema, se podría profundizar e indagar con más especificidad en las barreras/facilitadores en la accesibilidad en Salud Mental a personas con padecimientos mentales.
- Un elemento divergente en este estudio, mencionado por un solo agente de salud y que resulta de interés, fue lo referente a las modalidades de presentación/abordaje de los padecimientos mentales en las infancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, C.; Bolis, M. (2005). *La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América latina: amenazas y perspectivas*. OMS/OPS. Washington, D.C. Recuperado el 14 de septiembre de 2016 de: <https://www.eutimia.com/ops/leg-estigmatizacion-esp.pdf>
- Antunes, S., Queiroz, M. (2007). *A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa*. [La configuración de la reforma psiquiátrica en un contexto local en Brasil: un análisis cualitativo. La traducción es mía]. En *Cuadernos de Saúde Pública*, 23 (1), 207-215. Recuperado el 21 de mayo de 2017 de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100022>
- Ardila, S., Galende, E. (2011). *El concepto de comunidad en salud mental comunitaria*. En *Revista salud mental y comunidad*, Año 1, n°1, págs.39-50. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 6 de junio de 2017 de: <http://www.unla.edu.ar/index.php/salud-mental-y-comunidad-numeros-publicados>
- Augsburger, A.C. (2002). *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. En *Cuadernos médico-sociales* 81: 61-75. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 22 de agosto de 2017 de: https://issuu.com/federiconantes/docs/ilazarte_-_epidemiologia_en_salud
- Bang, C. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. Recuperado el 11 de octubre de 2017 de: <http://www.psicoperspectivas.cl> doi: 10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2- FULLTEXT-399
- CELS-MDRI (2007). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. Buenos Aires, Argentina. Siglo XXI editores. Recuperado el 2 de julio de 2017 de:

http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session1/AR/CELS_ARG_UPR_S1_CentrodeEstudiosLegalesySociales_annex5.pdf

Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; Stolkiner, A.; (2007). *El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios*. En Anuario de Investigaciones [en línea] XIV. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 12 de julio de 2017 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>

De Lellis, M. Interlandi, C.; Martino, S. (2015). *Introducción a la Salud pública como área del conocimiento y de la acción*. En De Lellis, Martin. (Comp.). (2015). *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Buenos Aires: Ediciones Nuevos Tiempos.

De Lellis, M., Berra, A., Morand, M.E. (2013). *Atención Primaria en Salud: Manteniendo vivo el derecho a la salud*. Ficha de Cátedra Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 23 de mayo de 2017 de: http://bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFG/salud/de%20lellis/ficha_aps_2014.pdf

De Lellis, M. (2015). *Un nuevo paradigma en Salud mental: Ejes de la transformación*. En De Lellis, M. (Comp.) *Perspectivas en Salud pública y salud mental* (págs. 85-119). Buenos Aires. Ed. Nuevos tiempos.

Dell'Acqua, P. (2012). *Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio*. Recuperado el 10 de mayo de 2017 de <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>

Dimenstein, M., Rosane, P., Nardi, H., Bravo, O., de Medeiros Galvão, V., Brito, de Sousa Severo., Figueiró, R. (2010). *La difícil y necesaria integración entre la atención básica y la salud mental en Brasil*. En *Psicología desde el Caribe*, (26), 178-197. Recuperado el 5 de mayo de 2017 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2010000200010&lng=en&tlng=

Di Iorio, Jorgelina (s/f). *Aproximaciones al concepto de Representación social*. Ficha de Catedra Psicología Social I. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 4 de septiembre de 2017 de:

<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/social/wainstein/Aproximaciones-al-concepto-de-Representacion-Social-2.pdf>

Faraone, S., Valero, A., Rosendo, E., Torricelli, F., (2011). *Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva. Una experiencia de transformación institucional*. En Revista salud mental y comunidad, Año 1, n°1. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 16 de julio de 2017 de: <http://www.unla.edu.ar/index.php/salud-mental-y-comunidad-numeros-publicados>

Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de ética*.

Fottia, G., Assis, C., (2012). *Representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padecimientos mentales en el hospital general de agudos J.M Ramos Mejía a partir de la sanción de la ley de salud mental*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 8 de mayo de 2017 de: <https://www.aacademica.org/000-072/286.pdf>

Galende, E. (2008). *Conocimientos y prácticas en Salud Mental*. 1a Ed. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Garbus, P. (2009). *Acceso a la atención en salud de pacientes psiquiátricos externados: Barreras de acceso asociadas al estigma*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado el 7 de mayo de 2017 de: <http://www.aacademica.org/000-020/225>

Garbus, P., Solitario, R., Comes, Y., (2007). *La accesibilidad a la atención en salud: Su articulación con la participación en salud de los usuarios*. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Plan Quinquenal de Salud (2011). Gobierno de la Provincia de Salta. Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 17 de junio de 2017 de:

http://saladesituacion.salta.gov.ar/pagina/botonera/salasitu/asis/planes_estrategicos/documentos/plan_quinquenal.pdf

- Goffman, Erving. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación actual de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Goffman, Erving. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Gómez A., R. (2002). *La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia*. En Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 20, núm. 1, enero-junio. Universidad de Antioquia, Colombia. Recuperado el 28 de mayo de 2017 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12020109>.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta edición. México, D.F. Mc Graw Hill Editores.
- Jodelet, D. (1984). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En Moscovici, Serge. (Comp.) (1984) *Psicología Social II*, p-474-490. Barcelona, España. Ed. Paidós.
- Kuhn, Thomas (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- León, M. (2002). *Representaciones sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social*. En F. Morales, D. Páez, A. Komblit y D. Asun, *Psicología social* (págs. 367-385). Buenos Aires, Pearson Education.
- Ley 6063/83 del Ejercicio profesional del psicólogo. (1983). Salta, Argentina. Recuperado el 2 de octubre de 2017 de: <http://psicologossalta.com.ar/wp-content/uploads/2011/11/ley-6063.pdf>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2011). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Decreto Reglamentario N° 603/2013. República Argentina. Recuperado el 23 de abril de 2017 de: <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>
- Mantilla, Maria Jimena (2008). *La internación psiquiátrica. Un análisis sobre el paradigma de la peligrosidad*. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.

- Menéndez, Eduardo (1994). *La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?* En *Alteridades*, 4 (7). Págs. 71-83. Recuperado el 20 de junio de 2017 de: <https://es.scribd.com/document/37149587/Eduardo-Menendez-La-enfermedad-y-la-curacion>
- Ministerio de Salud de la Nación (2009). *Curso en salud social y comunitaria*. Módulo 1: *Salud y sociedad*. En el marco del programa Médicos comunitarios. Argentina. Recuperado el 3 de septiembre de 2017 de: http://www.msal.gob.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/mod_1_salud_sociedad_2016_web.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2009a). *Curso en salud social y comunitaria*. Módulo 7: *Salud y participación comunitaria*. En el marco del programa médicos comunitarios. Argentina. Recuperado el 3 de septiembre de 2017: http://www.msal.gob.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/modulo_7_2016_web.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo social de la Nación (2019). Dirección de Salud mental y adicciones. *Pautas para la Organización y funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental*. Argentina. Recuperado en febrero de 2020 de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001448cnt-2019-04_pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo social de la Nación (2019). Dirección de Salud mental y adicciones. *Primer Censo Nacional de personas internadas por motivos de Salud Mental*. Argentina. Recuperado en enero de 2020 de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001549cnt-2019-09-06_primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental.pdf
- Morales Calatayud, Francisco (2015). *La psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria*. En *Psiencia*. Revista latinoamericana de ciencia psicológica. 7 (1) 120-123. Doi: 10.5872/psiencia/7.1.0114
- Morin, E. (1992). *El método IV. Las ideas*. Madrid, España. Ed. Cátedra.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires. 2da. Edición. Ed. Huemul.
- Muñoz, F., López Acuña, D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Wade Larrieu, M., Ubilla, S., Zeballos, J. (2000). *Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud*. En Revista Panamericana de Salud Pública; vol. 8(1/2) julio-agosto. p. 126-134. Recuperado el 20 de mayo de 2017 de: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=pt&nrm=iso
- OMS/OPS. (1978). *Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud*. Alma Ata, URSS.
- OMS/OPS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra. Recuperado el 15 de mayo de 2017 de: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- OMS/OPS. (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia de reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela. Recuperado el 3 de mayo de 2017 de: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- OMS. (1998). *Promoción de la salud, Glosario*. Ginebra. Recuperado el 24 de mayo de 2017 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- OMS/OPS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra. Recuperado el 3 de junio de 2017 de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- OMS/OPS. (2002). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Washington, D.C. Recuperado el 18 de mayo de 2017 de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf.

- OMS/OPS. (2005). *Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC: OPS/OMS; Recuperado el 19 de junio de 2017 de: <http://www.ops-oms.org/spanish/ad/th/os/APS-documentoposicion19-07-05.pdf>.
- OMS/OPS. (2005). Principios de Brasilia. Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas. Brasilia, Brasil. Recuperado el 5 de junio de 2017 de: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
- OMS. (2009) Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra. Recuperado el 4 de junio de 2017 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
- OMS. (2010). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Recuperado el 14 de enero de 2020 de: <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS. Washington, D.C. Recuperado el 29 de mayo de 2017 de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>
- Pereira, M., Barbieri, L., Paula, V., & Franco, M. (2007). *Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental*. [Salud Mental en el programa Salud de Familia: concepciones de los agentes comunitarios sobre el trastorno mental, la traducción fue mía]. En Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41(4), 567-572. Recuperado el 5 de junio de 2017: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200011
- "Nos relatos, evidencia-se a noção de loucura como expressão da pessoa que não sabe o que faz, isto é, em situação de irracionalidade permanente (...) No entanto, os

discursos demonstram a idéia de que a pessoa com transtorno mental sofre também uma impossibilidade de emancipação e de auto-gerenciamento da própria vida" (Pereira et al., 2007)

Plan Nacional de Salud Mental (2013). República Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Resolución Nacional 2177/13. Recuperado el 8 de julio de 2017 de: http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf

Rodríguez Salazar, T. (2003). *El debate de las representaciones sociales en la psicología social*. En: Relaciones. Estudios de historia y sociedad, vol. XXIV, núm. 93. Universidad de Guadalajara, México. Recuperado el 13 de septiembre de 2017 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13709303>

Rozemblat, E. (2007). *Atención Primaria en Salud y gestión. Un enfoque de integración y acción*. En Maceira, D. (comp.) (2007) *Atención primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 169-196). Buenos Aires. Ed. Paidós.

Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Sandoval Casilimas, C. (1996). *Investigación Cualitativa*. En Programa de Especialización en Teoría, métodos y técnicas de investigación social. Bogotá: Inst. Colombiano para el fomento de la Ed. Superior.

Solitario, R., Garbus, P., Stolkiner, A. (2007). *Atención primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental*. Revista de la asociación médica de Bahía Blanca. Vol.17, nº3.

Stolkiner, A.; Comes, Y.; Garbus, P. (2011). *Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600019>

Stolkiner, A. Ardila Gómez, S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. VERTEX, Rev. Arg. de Psiquiat. 2012, Vol. XXIII: 57 – 67. Recuperado el 21 de julio de 2017 de: <https://xa.yimg.com/kq/groups/22819310/1715617445/name/Conceptualizando+la+Salud+Mental+en+las+pr%C3%A1cticas.pdf>

- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. En IX jornadas nacionales de Salud mental. I jornadas provinciales de psicología, salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas, Misiones. 7 y 8 de octubre de 2005. Argentina. Recuperado el 23 de agosto de 2017 de: <https://es.scribd.com/doc/216657994/Stolkiner-Interdisciplina-y-Salud-Mental>
- Stolkiner, A.; Solitario, R. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías*. En Maceira, D. (Comp.) (2007). Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Stolkiner, Alicia. (2013). *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. En Lerner, H. (Comp.) Colección FUNDEP. Ed. Psicolibro. Recuperado el 13 de febrero de 2020 de: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacion_de_la_vida_sufrimiento_subjetiv_2014.pdf
- Taylor, S.J.; Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España. Ed.Paidós Ibérica.
- Terra, M.; Ribas, D.; Sarturi, F.; Erdmann, A. (2006). *Saúde mental: do velho ao novo paradigma-uma reflexão* [Salud mental: del viejo al nuevo paradigma. Una reflexión. La traducción es mía]. Escola Anna Nery, 10(4), 711-717. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400013>
- Vietta E., Kodato S., Furlan R. (2001). *Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental* [Reflexiones sobre una transición paradigmática en salud mental-la traducción es mía]. Rev. Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2): 97-103. Recuperado el 19 de septiembre de 2017 de: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1558>
- Vasilachis de Gialdino, Irene (2009). *La investigación cualitativa*, en Vasilachis de Gialdino, I. (coord) Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Edit. Gedisa. Pp. 23-60.

"os paradigmas estão diretamente ligados a determinadas visões de mundo da comunidade científica, e determinam ações e estratégias terapêuticas e de prevenção. Durante um período de tempo detectam problemas e sugerem soluções modelares para uma comunidade. Nessa concepção, um primeiro

sentido sociológico do conceito de paradigma indica toda a constelação de crenças, valores, procedimentos e técnicas partilhadas no consenso de um certo grupo ou cultura. Em outras palavras, paradigma refere-se a modelo, padrão e vivências compartilhadas, configurando-se num esquema exemplar de descrições e compreensão da realidade. É, portanto, mais que teoria, pois implica em uma estrutura que gera teorias, produzindo pensamentos e explicações, representando um sistema de aprender a aprender ao qual vincula todo processo futuro de aprendizagem e indica um método para a investigação." La traducción es mía.

"A desinstitucionalización do diente mental traz no seu bojo o desafío de dotar esse indivíduo de um mínimo de recursos vitais que lhe permita independência para as atividades de vida diária e exercício de cidadania. Imaginar o crônico, há anos institucionalizado, lentamente saindo do cotidiano do asilo, frequentando as oficinas ocupacionais, os hospitais-dia, as vilas-terapêuticas, as pensõesprotegidas, as repúblicas, enfim resgatando sua livre gestão e seu direito de ir e vir, é algo que além de muita imaginação requer obstinação e criatividade terapêutica" (Vietta et.al. 2001.p. 102)

Yanco, D.; Gerlero, S.; Augsburger, A.; Duarte, M.P.; Gómez, R. (2011). *Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina*. En Revista Argentina de Salud pública. Vol.2, N°9, pags. 24-29. Recuperado el 30 de mayo de 2017 de: <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-IX.pdf>

Yanco, D.; Gerlero, S.; Augsburger, A.; Duarte, M.P.; Gómez, R., (2012). *Investigación sobre los cuidados en Salud Mental en Centros de Atención primaria en Argentina*. En Revista salud mental y comunidad, Año 2, n°2. P.30-38. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 19 de mayo de 2017 de: <http://www.ilazarte.com.ar/investigacion-sobre-los-cuidados-en-salud-mental-en-centros-de-atencion-primaria-en-argentina-salud-mental-y-comunidad/>

Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Tisera, A.; Sopransi, M.B.; Lenta, M.; y Freire, M. (2011). *Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental*. IX Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población. Instituto Gino Germani, Buenos Aires. Recuperado el 29 de mayo de 2017 de: <http://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/38>

ANEXOS

Anexo 1: Modelo Consentimiento informado

La investigación que me encuentro realizando se denomina “Representaciones Sociales en torno a personas con padecimientos mentales en los Agentes de Salud de la Ciudad de Salta”, está avalada por la Universidad Católica de Salta, es llevada a cabo por Ana Paula Saravia, DNI n° 38330677, tesista, con la dirección de Ana Laura Herrando, Lic. En Psicología. La misma se realiza como Trabajo Integrador Final, para obtener el título de grado de Licenciada en Psicología.

Este estudio busca conocer el modo de pensar que tienen los Agentes de Salud del Primer Nivel de Atención sobre personas con padecimientos mentales. Es decir, se quiere conocer cuáles son las creencias, ideas y opiniones relacionadas a esta población.

Para este estudio se decidió trabajar con los Agentes de salud de los Centros de salud cabecera de los nodos de Área Operativa Sur: CS. N° 6, 9, 27, y 61.

Teniendo en cuenta que pertenece a uno de estos centros de salud, l@ invito a colaborar en la investigación a partir de una entrevista que realizará la investigadora. La misma se realizará en un espacio cómodo, en su lugar de trabajo, en el que se pueda conversar sin interferencias. El encuentro durará aprox. 45 minutos y se enfocará principalmente en el tema antes mencionado, desde su experiencia y lugar de trabajo. En caso de que la entrevista se vea interrumpida por algún motivo no previsto o se necesite retomar algunos ejes para una mayor profundización, se lo convocará a participar de un segundo encuentro.

Su participación en esta investigación es voluntaria, es decir, Ud. Puede decidir libremente si quiere participar o retirarse del estudio en cualquier momento; y es anónima, por lo cual no es necesario brindar sus datos personales. No se realizará ningún tipo de compensación económica por su colaboración en el estudio.

Los datos que Ud. Aporte responderán únicamente a los fines de la investigación y podrán ser accesibles exclusivamente por el equipo de investigación (tesista y directora de tesis), quienes están obligadas a mantener la confidencialidad. Los resultados de la investigación podrán ser publicados, preservando en todo momento la identidad de los actores que participen.

Se entrega esta información a los fines de que Ud. Cuenten con las pautas y aspectos relevantes en la investigación, así como también los datos de contacto de la investigadora.

Responsable de la investigación: Ana Paula Saravia. Tel: 3872140681

Título del estudio

“Representaciones Sociales en torno a personas con padecimientos mentales en los Agentes de Salud de la Ciudad de Salta”

Persona a cargo del estudio

Ana Paula Saravia, estudiante de Lic. En Psicología, tesista. Con la dirección de Ana Laura Herrando, Lic. En Psicología.

Lugar donde se realizará el estudio

Centros de Salud cabecera de nodos en Zona Sur

Por qué se realiza el estudio

La investigación se realiza como Trabajo Integrador Final, para obtener el título de grado de Licenciada en Psicología. Además, la investigación busca ser un aporte al campo de la salud mental comunitaria en nuestro contexto.

Motivos para la elección de su participación

Se solicita la colaboración de Agentes de salud que desarrollen sus actividades laborales en alguno de los Centros de salud seleccionados, con un mínimo de dos años de antigüedad en sus funciones, ya que se busca conocer su modo de pensar respecto al tema de estudio, desde su experiencia en el Primer Nivel de atención.

Tiempo que tomará su participación

La entrevista durará aproximadamente 45 minutos.

Cantidad de personas que participaran en este estudio

La cantidad de entrevistas se definirá en base a las necesidades de información que requiera la investigación.

Beneficios potenciales de su participación

Los resultados de la investigación permitirán propuestas de intervención con la población de Agentes de salud del Primer Nivel de atención, lo que contribuiría no sólo a su formación profesional, sino también a la mejora de los servicios en materia de salud mental desde el Sistema de Salud. No recibirá pago ni otro tipo de compensación económica.

Riesgos potenciales de su participación

Por las características y modalidad de esta investigación, se considera que no existen riesgos potenciales en la participación de los actores. Se respetará el consentimiento informado y se preservará la identidad de todos los participantes.

Recaudos para mantener en secreto los registros de su participación

Los registros escritos y grabados serán conservados por la investigadora, asignando a cada participante un nombre ficticio a ser utilizado en caso de ser citados en los resultados del estudio. La investigadora está obligada a mantener la confidencialidad.

Publicación de los datos

Los resultados del estudio podrán publicarse. En ese caso, se usarán códigos para nominar a los participantes, no se revelará su nombre y no se incluirá ningún dato que pudiera identificarlo/a.

Pagos por su participación.

La participación de los actores en este estudio es voluntaria y libre y no recibirá pago ni ningún tipo de compensación económica por su intervención.

Aunque se haya aceptado participar de la investigación, los actores no están obligados a contestar todas las preguntas que se formulen. Podrá retirarse del estudio en el momento que así lo decida.

Habiendo sido informado y comprendiendo los objetivos y características de la Investigación, ACEPTO / NO ACEPTO participar de este estudio.

Firma y fecha:

Anexo 2: Guía entrevista Informantes Clave

EJE	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	PREGUNTAS
PERFIL	Profesión / especialización/ Institución / Cargo / Antigüedad		
Implementación Ley de Salud Mental	Articulación LNSM Y PNA	Avances/Dificultades Factores Facilitadores/Obstaculizadores Acciones con base en la comunidad Dispositivos alternativos Redes institucionales en SM comunitaria Intersectorialidad Nexos Hospital Ragone con el PNA Programas/ Proyectos relacionados al PNA Nexos Hospital Ragone con el PNA Servicios ambulatorios en PNA Accesibilidad PPM en el PNA	¿Qué implica un enfoque comunitario en SM? Qué estrategias se implementan para descentralizar la atención del hospital Ragone hacia otros niveles? ¿Qué programas/proyectos en Salud mental contemplan al Primer Nivel de Atención? ¿Qué se requiere para construir mejor accesibilidad a PPM en el primer nivel de atención? Considera posible la construcción de servicios ambulatorios para PPM en el Primer Nivel de Atención?
	Rol de Agentes de Salud del PNA	Programas/ Proyectos relacionados a Agentes del PNA Capacitación de Agentes Prácticas novedosas en PNA	¿Qué aspectos considera ejes de un programa de capacitación a agentes del PNA? ¿Qué practicas considera necesario modificar para efectivizar la ley? ¿Qué prácticas novedosas podrían articularse en el PNA para el abordaje a PPM?

Anexo 3: Guía Entrevista Agentes de Salud

EJE	SUBDIMENSION	INDICADOR	PREGUNTAS
PERFIL	Formación/ Rol / Especialización / Antigüedad en Salud Publica		
Conocimientos Ley de Salud Mental	Lectura de LNSM	- Nociones sobre lineamientos LNSM -Oportunidades de Capacitación en LNSM	¿Conoce la Ley de Salud mental 26.657? ¿Qué conoce sobre lo que la ley establece? ¿Ha sido capacitado respecto a la Ley y su implementación?
	Implementación	-Conocimiento de reformas en Hospital SM Ragone -Conocimiento Instituciones que desarrollan acciones en SM en el contexto -Conocimientos sobre acciones en SM en el Primer nivel	Sabe algo sobre los cambios/reformas que se llevan adelante en el hospital Ragone, actualmente? Conoce el centro de inclusión Marqkay? Conoce algún programa sanitario relacionado a personas con padecimientos mentales en Salta?
Personas con Padecim. Mental	Dimensión figurativa	Imagen evocada sobre personas con padecimientos mentales (PPM) Imagen evocada respecto a la atención de un paciente psiquiátrico en el CS	¿Con qué imagen relaciona a una persona con padecimientos mentales? / ¿Qué es lo primero que viene a su mente cuando imagina a ...? Ejemplo/ Situación hipotética
	Dimensión cognitiva	Ideas, pensamientos, creencias, opiniones personales en relación a personas con padecimientos mentales/ pacientes psiquiátricos	¿Cómo caracterizaría Ud. a una persona con padecimientos mentales? Conoce en que consiste su tratamiento? ¿Considera que presentan limitaciones para insertarse en la vida social? ¿Cuáles? ¿Considera que las PPM poseen recursos para insertarse a la vida social? ¿Cuáles? ¿Considera que existe alguna vulnerabilidad que padecen los pacientes

			psiquiátricos?
	Dimensión Valorativa	Reacciones Actitudes Gesticulaciones Posicionamiento frente al tema	¿Qué implica para Ud. Personalmente trabajar con personas con padecimientos mentales /pacientes psiquiátricos?
PRÁCTICAS en relación a PPM	Organizacional/ Institucional	Consultas relacionadas a Padecimientos mentales. Modalidad de atención <i>Disponibilidad</i> de recursos (profesionales, turnos, servicios) para su atención Derivaciones a hospital Ragone – Motivos Interdisciplina Trabajo en red con otras instituciones	Se realizan derivaciones al Hospital Ragone? ¿Existe demanda de atención de pacientes psiquiátricos en el CS? Alguna vez atendió un caso? ¿Cómo se abordan esos casos en el CS? ¿Con qué recursos cuenta el centro de salud para prestar servicios a pacientes psiquiátricos? ¿El CS trabaja en red con otras instituciones? ¿Con cuáles? ¿En relación a qué problemáticas?
	Accesibilidad Cultural /Simbólica	Creencias, opiniones, ideas respecto a la atención de PPM /respecto a la Accesibilidad	¿Existe demanda de atención de pacientes psiquiátricos en el CS? Por qué si/no? Alguna vez atendió un caso? ¿Cómo se abordan esos casos en el CS? Como lo haría desde su rol? ¿Cree que es posible la atención de personas con padecimientos mentales en el centro de salud? Por qué? ¿Cree que es posible el seguimiento de personas con padecimientos mentales en el CS? Por qué?

Universidad Católica de Salta

Facultad de Artes y Ciencias

Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final

"REPRESENTACIONES SOCIALES

SOBRE PERSONAS CON PADECIMIENTOS MENTALES

EN AGENTES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

Aportes para pensar prácticas novedosas en Salud Mental"

Alumna: Ana Paula Saravia

DNI: 38.330.677.

Firma: 

Directora: Lic. Ana Laura Herrando

DNI: 30.635.554

Firma:


ANA LAURA HERRANDO
I.C. EN PSICOLOGIA
A.P. 791

EVALUACIÓN

Decisión:

Tribunal evaluador:

Jurado:

Jurado:

Jurado:

Lugar y Fecha: