

**Facultad de
Psicología**



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS
DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS EN LAS LOCALIDADES DE CHIVILCOY Y
MOQUEHUÁ, PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

ESTUDIANTE: Landaburo, Ludmila

LEGAJO: 103745/9

MAIL: ludmilalandaburo@gmail.com

DIRECTORA: Suasnabar, Fanny

AÑO: 2024

ÍNDICE

Introducción	3
Contextualización del problema	3
Objetivos y Metodología	6
Desarrollo - <i>Perspectivas en Salud y Políticas Públicas</i>	7
<i>APS y rol del psicólogo</i>	17
<i>Abordajes en SM y dispositivos terapéuticos</i>	25
<i>Programas/planes en SM y el lugar del psicólogo</i>	38
Conclusiones	48
Bibliografía	52
Anexos	57

INTRODUCCIÓN:

En este TIF se analizarán los dispositivos terapéuticos de Salud Mental (SM), que se implementan a través de las políticas de Salud Pública, en las localidades de Chivilcoy y Moquehuá, las mismas han sido elegidas teniendo en cuenta que la estudiante, autora del presente TIF, es residente de la localidad de Moquehuá, partido de Chivilcoy, y se considera relevante el presente análisis a fin de conocer las fortalezas y debilidades en la accesibilidad de la población a los planes y programas en SM, como así también analizar el rol del psicólogo en el sistema de salud.

En el desarrollo, se tratarán conceptos tales como: Salud Mental, Salud Pública, Salud Comunitaria, Salud como derecho, Salud Integral, promoción, prevención, proceso de salud, enfermedad, atención, cuidado, políticas públicas, programas y planes. Conceptos que se trabajarán desde los enfoques que adoptan ciertas materias del plan de estudios de la Lic. en Psicología, de la Facultad de Psicología, UNLP, como: Psicología Preventiva, Psicología Social, Psicología Institucional, entre otras, y desde autores influyentes en estas áreas, como, por ejemplo, Stolkiner, De Lellis, Saforcada, Bang, Almeida Filho, Gavilán, entre otros.

La temática de este TIF se considera relevante para la Psicología y para las políticas públicas a nivel local, a fin de conocer la accesibilidad que tiene la población a los servicios, planes y programas de SM a nivel municipal, y analizar los dispositivos terapéuticos con que cuentan las localidades a investigar.

El TIF propuesto, se inscribe en el Área de Formación General y Complementaria de la carrera de Lic. en Psicología, ya que se centra en un análisis descriptivo de las políticas públicas en SM a nivel microsocial, que involucra tanto a la comunidad como a sectores e instituciones pertenecientes a la localidad de Chivilcoy y Moquehuá.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA:

Antes de iniciar el análisis pertinente, nos parece importante realizar una breve descripción de las respectivas localidades: Moquehuá, partido de Chivilcoy, que se encuentra a 30km de éste, cuenta con una población de 2000 habitantes aproximadamente (INDEC 2022). Según datos de la Jefatura Distrital de la DGCyE,

la localidad posee 4 instituciones educativas (1 de Nivel Inicial, 2 de Nivel Primario, y 1 de Nivel Secundario), todas de gestión estatal. Estas instituciones educativas cuentan con un equipo de orientación escolar (EOE) cada una, con 2 integrantes cada uno en la escuela secundaria y en el nivel inicial, y 3 integrantes en el nivel primario¹.

Cuenta, además, con el Hospital Municipal Primario “José Méndez”, de gestión pública, y posee consultorios donde trabajan distintos especialistas, como médicos clínicos, odontólogos, oculistas, cardiólogos, ginecólogas, pediatras, urólogos, psicólogos, entre otros.

El Hospital es de complejidad media, y cuenta con servicios tales como: internación, radiología, un sector de neurodesarrollo para niños (cuyo equipo está conformado por una psicóloga, una fonoaudióloga, una terapeuta ocupacional, y una psicopedagoga), traumatología, ginecología, pediatría, clínica médica, psicología de adultos y adolescentes, nutricionista, neumonología infantil, enfermería, odontología, farmacia (por la mañana, de 08 a 12hs), electrocardiogramas y extracciones de sangre (los cuales se envían a analizar a Chivilcoy), y guardia 24hs. Asimismo, cuenta con servicio de ambulancias las 24hs para atención a llamados de emergencias, tienen 3 de ellas, una de cada nivel de complejidad. Posee 7 camas, 5 para internación, 1 para enfermería, y 1 de shockroom (preparada para recibir emergencias médicas, equipada para atender pacientes politraumatizados, con insuficiencia cardíaca, ACV, estado de shock, paro cardiorespiratorio y todo tipo de patología que requiera atención inmediata y con alta tecnología).

Es importante destacar que el Hospital trabaja articuladamente con el Hogar de Ancianos (ambos edificios están conectados), allí tienen un médico especialmente para los residentes, así como servicio de kinesiología, una asistente social, y varias cuidadoras, mientras que el personal de aseo es el mismo para ambas instituciones.

En referencia al área de SM, las problemáticas más frecuentes son los pacientes psiquiátricos que entran en crisis por abandono del tratamiento farmacológico, otras situaciones que se presentan son: intoxicaciones, autolesiones, abuso de sustancias, violencia de género, etc. Una de las dificultades es la falta de

¹ Según datos brindados por la Jefatura Distrital dependiente de la DGCyE, Sede Chivilcoy, a cargo de la Lic. Natalia Guidobono (14/01/2024).

profesionales en SM, dentro del área de psicología o psiquiatría, en la guardia en el Hospital, esta situación provoca que los médicos y enfermeros den respuesta a dichas problemáticas. Si se percibe riesgo cierto e inminente, se deriva el paciente a Chivilcoy, sino, se lo contiene.

En relación a los recursos humanos con los que cuenta el Hospital, trabajan 3 psicólogas en atención a adultos/adolescentes, y 1 en el área de neurodesarrollo para niños. La psicóloga de neurodesarrollo, además de la atención individualizada, se encarga del ámbito judicial, interviniendo en la resocialización. Cabe destacar que solo 2 de las psicólogas están nombradas con cargo en Moquehuá, las 2 restantes, tienen cargo en Chivilcoy y trabajan en Moquehuá como parte de sus horas extras. En referencia a la admisión de pacientes, hay una espera, aproximada, de 3 meses, y, si algún paciente falta a la sesión 2 veces, sin avisar, se le da el espacio a otro, debido a la alta demanda recibida.²

El distrito de Chivilcoy, cuenta con 70.000 habitantes aproximadamente (INDEC 2022), y con 109 instituciones educativas (37 de Nivel Inicial, 53 de Nivel Primario, 21 de Nivel Secundario), 91 de gestión estatal, y 18 de gestión privada, según el Directorio de la Educación Argentina (DEA). Dentro de los jardines y escuelas, primarias y secundarias, hay, en total, 40 equipos de orientación escolar (EOE), conformados por 120 personas, aproximadamente. Los profesionales que componen los equipos son psicólogos, psicopedagogos, maestras especiales, y fonoaudiólogos (solo en los niveles iniciales). Además, hay Equipos Distritales de Inclusión (EDI) los cuales intervienen ante ausentismos reiterados de los estudiantes, y Equipos Distritales de Infancia y Adolescencia (EDIA), los cuales intervienen ante el conocimiento de una situación familiar compleja de algún estudiante.³

Esta localidad posee, también, instituciones con diversas ofertas académicas que permiten el acceso a estudios universitarios y terciarios, como la Escuela de Artes Visuales, la Universidad Nacional de Luján, el Instituto Superior de Formación Docente y Técnico N° 6, el Centro Universitario de Chivilcoy (donde, también, es posible realizar algunos CBC de la Universidad de Buenos Aires), siendo éstos de

² Según datos brindados desde la Dirección del Hospital Primario de Moquehuá "José Méndez", a cargo del Dr. Cristian Leidi (08/03/2024).

³ Ídem nota 1.

gestión estatal, y, además, la Universidad Siglo 21, y el Instituto Santa Rosa, de gestión privada.

En relación a la SM, el municipio posee, para su tratamiento, instituciones como el Hospital Municipal “Dr. Santiago Fornos”, nueve Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Sedronar, Casa Pueblo, el Consultorio Amigable, entre otros.

El Hospital es de alta complejidad, y, en cuanto a los servicios, cuenta con todos los mencionados para el hospital de Moquehuá, además de otros más específicos, tales como: cirugía, terapia intensiva, neonatología, psiquiatría, atención para enfermedades respiratorias. Chivilcoy es el único, en la zona, en tratar tales patologías, por lo que atiende a personas de diversas localidades.

La línea de trabajo que guiará este TIF consiste en indagar y analizar los planes y programas pertenecientes a las políticas públicas en Salud Mental de las localidades de Moquehuá y Chivilcoy, a fin de conocer la accesibilidad que tiene la población a éstos, a nivel municipal, y analizar los dispositivos terapéuticos con que cuentan las localidades a investigar

OBJETIVOS:

General:

- Indagar y analizar los planes y programas pertenecientes a las políticas públicas en Salud Mental de las localidades de Moquehuá y Chivilcoy.

Específicos:

- Analizar las políticas públicas en Salud Mental teniendo en cuenta los dispositivos terapéuticos, las demandas de la población con padecimiento subjetivo y los recursos con que cuenta cada municipio.
- Caracterizar los servicios en Salud Mental (público y privado), en los municipios a investigar.
- Analizar el rol del psicólogo inserto en el equipo de los servicios de salud, desde una perspectiva de salud comunitaria.

METODOLOGÍA:

Para llevar a cabo el TIF, se realizó una revisión bibliográfica, tomando autores referentes a las políticas públicas de SM, así como bibliografía específica de las

asignaturas del plan de estudios de la Lic. en Psicología, de la Facultad de Psicología, UNLP, como: Psicología Preventiva, Psicología Social, Psicología Institucional, entre otras.

A fin de conocer el rol del psicólogo en la Salud Pública, se realizaron entrevistas semi estructuradas a profesionales de Chivilcoy y Moquehuá, que brindan atención a personas con padecimiento subjetivo en el sistema de salud (tanto público como privado), a fin de indagar los planes y programas en SM que se vienen implementando en ambos municipios, como así también recabar información sobre las problemáticas que se presentan, los recursos humanos y los dispositivos terapéuticos con los que cuenta el sistema de salud en estos lugares.

DESARROLLO:

En este apartado, se expondrá el sustento teórico del TIF, a través del análisis de la bibliografía, la articulación con los programas y planes existentes en SM, y el rol del psicólogo.

Nuestro marco teórico estará compuesto por las diversas perspectivas teóricas sobre la SM, con sus respectivos cambios a través de la historia, como la Salud Pública, la Salud Colectiva, o la Salud Integral, que se desarrollan sobre la Salud Comunitaria, esta corriente de pensamiento nos permitirá analizar, y relacionar conceptos claves, tanto en su existencia discursiva como en la práctica, entre ellos están: Salud Mental, Salud Pública, Salud Comunitaria, Salud Colectiva, Salud como derecho, Salud Integral, Atención Primaria de la Salud, promoción, prevención primaria y secundaria, proceso de salud, enfermedad, atención, cuidado, participación, políticas públicas, programas y planes.

Perspectivas en Salud y Políticas Públicas

Al hablar de salud, se debe tomar en cuenta tanto al sujeto individual, como colectivo, con su subjetividad, y su forma de responder a las problemáticas que lo atañen, desde un enfoque integral, una nueva definición de salud surge, la Salud Integral, la cual, siguiendo a Gavilán, consistiría en:

“un proceso determinado histórica y culturalmente en cada sociedad, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de la construcción social vinculada a la concreción de los

derechos del trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura a la capacitación y a un medio ambiente saludable". (Gavilán, 2015, pp. 123)

En esta definición, la salud es considerada como un bien social, sería una condición del sujeto, pero éste tiene derecho a esa condición, a los servicios necesarios para su obtención y/o relativo mantenimiento. Se trabaja, de esta forma, con la complejidad que representa el objeto *salud*, así como con las contradicciones que acarrea en la sociedad, en los diferentes contextos y estilos de vida, en los estilos personales de relacionarse, expresarse, enfermar y padecer, en las teorizaciones, inclusive.

La salud ha sido considerada, además, como determinada socialmente por el modelo de desarrollo y consumo que predomina en un momento histórico y temporal particular, derivada de las formas en que una sociedad produce y distribuye su riqueza (Feo Istúriz et al., 2012), también, como expresión del modo de vida, el cual, junto con las condiciones de trabajo, y el medio ambiente, permitiría armar el perfil epidemiológico de la población. Cualquier distinción que se nos venga a la mente sobre la salud, es producto de un interjuego de saberes que ha intentado, a lo largo de la historia, definirla en base a sus parámetros, es una construcción, un concepto en permanente replanteo.

Los modos de vivir, enfermar y morir de las personas han sido objeto de debate constante entre las disciplinas, reformulando, a su vez, la concepción sobre la salud y la enfermedad, al comienzo, eran considerados como opuestos, luego, pasaron a ser tomados en cuenta como elementos articulados, conformando un proceso: el proceso de salud/enfermedad, al que se le sumó el concepto "atención", el compuesto resultante hace referencia al proceso de la vida misma, abordado mediante una comprensión holística de la realidad, con la creencia de que caer en especificaciones, como distinguir la "salud mental", de la salud, en general, lleva a falacias que hacen pensar que puede que haya algún elemento de la salud que no esté relacionado con lo mental, cuando, en realidad, el proceso tiene varios componentes, todos interrelacionados entre sí (Saforcada et al., 2015).

Desde otra perspectiva, se ha propuesto reemplazar el término "atención", por no ser considerado adecuado para describir las prácticas en SM abarcando toda su complejidad, por el concepto de "cuidado", el cual tiene variadas significaciones,

pudiendo referirnos, al emplearlo, a las prácticas en salud relacionadas a lo vincular/afectivo o a las prácticas no formales en salud (entendidas como el cuidado continuo y prolongado a cargo de las familias), y es considerado como superador de la atención, al incluir la participación y la integralidad (Michalewicz et al., 2014). Cualquier práctica de cuidado debe reconocer al otro como semejante, impidiendo la apropiación de su cuerpo, o pensamientos, para un interés egoísta, debe haber un vínculo instaurado, que incluya la empatía, el miramiento y el buen trato.

Las acciones llevadas a cabo desde este paradigma de salud/enfermedad/cuidado, se relacionan con iniciativas de promoción y prevención de la salud. La promoción emerge, junto a la vigilancia, en un contexto de crisis de la Salud Pública, y encuentra la motivación, para su surgimiento, en el enfrentamiento con los costos de la asistencia médica, así como en el cuestionamiento del abordaje médico como el único viable para tratar las enfermedades, reconociendo la complejidad de los problemas en salud. Dos tendencias marcan la diferencia en cuanto a su objetivo, una de ellas, asegura que la promoción está destinada a actividades dirigidas a transformaciones de los comportamientos de los individuos, y sus estilos de vida, llevando a cabo programas para riesgos que estarían bajo el control de éstos. Otra, amplía lo primero, sumando, al desarrollo individual, la intervención ambiental, incluyendo varios ámbitos de la vida del sujeto que quedan por fuera del sector salud, tomándola como un concepto multideterminado, no se dirige a una determinada enfermedad, como la prevención, sino a aumentar el bienestar general (Czeresnia & De Freitas Machado, 2006).

Una concepción que contemple al sujeto de forma integral, incluyendo a la SM, requiere de una política integral de salud, que haga posible romper el aislamiento de las acciones de SM, el desarrollo de una política en SM inclusiva es un factor y herramienta de promoción de integralidad en los servicios de salud. El éxito del campo de la SM sería su desaparición como campo específico, como distinción dentro del objeto salud, para fundirse en prácticas y sistemas integrales que contemplen simultáneamente las dimensiones biológicas, subjetivas y colectivas de los procesos de salud-enfermedad-cuidado (Stolkiner, 2015).

A partir de la reflexión acerca de las políticas sociales, y buscando un redimensionamiento teórico de la salud como campo de fuerza, y de aplicación de la

ciencia, se reconoce a la Salud Pública (SP) como una construcción histórica, una práctica social en constante redefinición. Nace en el siglo XIX, al ponerse de relieve las problemáticas de los obreros en las fábricas, con el objetivo de proteger o mejorar la salud de los trabajadores, y, junto a la Medicina Social, plantearon que los factores sociales y la posición que el individuo ocupa en la estructura social determinan su situación de salud, la participación política sería la principal estrategia para modificar la realidad en salud. Debe señalarse que, una de las corrientes que surge a partir de la Medicina Social, es el higienismo, cuyos estudios e intervenciones estaban destinados a la protección y mejoramiento del medio ambiente, la higiene es conceptualizada como una ciencia que alude a la salud con el doble objetivo de conservarla y perfeccionarla, diferenciándose en higiene privada (aquella que trata de la salud individual) e higiene pública (aquella que trata sobre la salud colectiva). En la década de los '60 se lleva a cabo la creación de los sistemas de salud de carácter público, con el Estado en el rol de garante del bienestar de la población y principal prestador de servicios, considerando que la atención se debía brindar universalmente a toda la población. Por último, en este recorrido histórico, es en la década de los '90 cuando la OMS define su modelo de la salud, el cual sería utilizado con el objetivo de valorar el grado de salud de las poblaciones, y estaría definido por 4 componentes: biología humana - medio ambiente - estilo de vida - organización de la atención en salud (De Lellis, 2015).

La SP no es la excepción a esta modificación continua de la cual ha sido objeto la salud, es por esto que ha ido pasando, con el tiempo, por ejemplo, del lema "Salud Mental para todos en el año 2000", el cual, originalmente, hacía referencia a lograr alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones, llevar una vida social y productiva en lo económico de forma satisfactoria, lo esperado era que, para esa fecha, todos los países del mundo habrían rediseñado sus estrategias políticas al respecto y estarían ya en un proceso claro de ejecución de medidas concretas tendientes a alcanzar dicha meta social (Tejada de Rivero, 2003), a considerarse, luego, "El arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad" (Almeida Filho & Paim, 2013, pp. 8).

Siguiendo a Stolkiner (2018), este lema, así como la torsión de su significado original, fue producto de la globalización de la economía, del reconocimiento del

derecho a la salud, y la creencia en que es la responsabilidad de la sociedad garantizar los cuidados en salud. Se valorizó el mercado como mecanismo privilegiado para la asignación de recursos, y se cuestionó la responsabilidad estatal en la provisión de bienes y servicios para la atención de las necesidades sociales, incluyendo a la salud, la cual pasaría a ser un campo de competencias, donde, el acceso, dependía de la capacidad de cada familia para acceder a ella.

Ante la diversidad de definiciones, se crean conflictos a la hora de ejecutar acciones en SP, ya que, por ejemplo, se gastaban grandes sumas de dinero en enfermedades que podrían haberse prevenido, al tener en cuenta variables como el medio ambiente o el estilo de vida. Ante estas cuestiones, nace el movimiento de la Nueva Salud Pública, definida como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta, al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas, abarcando dos áreas de análisis, por un lado, el estudio epidemiológico de las condiciones de salud de las poblaciones, por el otro, el estudio de la respuesta social organizada a esas condiciones, y en particular, la forma en que se estructura dicha respuesta a través del sistema de atención a la salud (Frenk, 1992), ocupándose de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, abandonando, así, la Salud Pública Tradicional, que actuaba sólo sobre los aspectos biológicos del individuo y del medio ambiente.

Desde este nuevo movimiento, la SP es considerada una noción polisémica, ya que puede ser tomada como campo de saber, práctica y realidad social, donde concurren diversas disciplinas científicas y marcos teórico-tecnológicos, se la considera como el intento de garantizar el derecho a la salud a todos los ciudadanos, independientemente de sus condiciones individuales (género, raza, clase social, etc), al considerarla como una necesidad básica, y se trataría de una acción colectiva para la mejora sostenida de la salud de toda la población, la vigilancia de esta salud produciría información para llevar a cabo diferentes acciones, estando orientada a la promoción en salud (Czeresnia & De Freitas Machado, 2006), y debería ser brindada por el Estado, brindando un acceso igualitario a toda la población. Este concepto incluye, también, al proceso de salud, prevención, promoción, enfermedad, sufrimiento, y muerte, y las respuestas sociales a tales fenómenos.

Si bien, como ya mencionamos, lo ideal es que la SP sea brindada por el Estado, lo que ocurre es que, en América Latina, a lo largo de la historia, se ha visto la participación de entidades internacionales, tales como el Banco Mundial (con sus tres medidas en el sector de la salud: privatizar, descentralizar y cobrar por los servicios), así como el expansivo crecimiento del área privada como encargada de la salud mental, que, como consecuencia, distorsiona y modifica los objetivos originales (garantizar el derecho a la salud a todos los ciudadanos, independientemente de sus condiciones individuales) bajo los cuales el área de la salud mental pública se había originado, y limita a la SP a la atención de la enfermedad, descuidando la protección de la salud (en esto consistiría el pensamiento hegemónico en salud, una visión positivista, biológica, y medicalizada) (Feo Istúriz et al., 2012).

La modificación de la SP, y la reducción de su campo de acción, es consecuencia de los cambios establecidos por las reformas neoliberales, las cuales buscaban garantizar el total predominio del mercado en la sociedad. Las medidas adoptadas por el Banco Mundial, como la descentralización, en vez de acercar a la comunidad al poder, se implementan buscando reducir la intervención del Estado, generando, asimismo, un espacio óptimo para la privatización. El cobro por los servicios refleja el carácter mercantil que se le da a la salud, creyéndola un área adecuada para acrecentar el capital, el sector de la sociedad que puede, paga por su salud, y el Estado termina actuando solo para quienes no pueden acceder a esta prestación de servicios (los pobres), creando sistemas de salud que, generalmente, son muy malos (Granda, 2004). La descentralización, como transferencia de competencias, debería realizarse dentro del Estado, no por agentes externos, éste tiene la responsabilidad de la salud de su población, y se acompaña de políticas, recursos y capacitaciones, así como mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas, no para privatizar, sino para fortalecer la oferta estatal, acercando, asimismo, a la comunidad, invitándola a participar de las decisiones y gestiones (Tejada de Rivero, 2018).

A partir de la evaluación de la relación esfuerzos/resultados, con connotaciones negativas, de las tareas que se venían desplegando en SM para la atención de los problemas psicológicos, se dió origen a la Salud Comunitaria como una nueva propuesta de trabajo, desde esta perspectiva, se planteó que la psicología

asistencial desarrollara sus prácticas con la orientación más preventiva posible, dentro de las comunidades, sin encerrarse en edificios específicamente destinados a la atención de pacientes, y promoviendo la participación de la población. Este enfoque plantea que la psicología debe situar su trabajo en la comunidad, volviéndola partícipe, dirigiendo sus esfuerzos hacia la salud, y no hacia la enfermedad, y se basa en la implantación de centros comunitarios de salud, administrados por organizaciones sin fines de lucro, subsidiados por el gobierno federal, el objetivo de estos lugares es llevar a cabo acciones preventivas en la sociedad, así como proporcionar cuidados básicos en salud integral (como servicios de prevención primaria, tratamiento y rehabilitación), estos centros están ubicados de forma estratégica en diferentes áreas geográficas, para que sean accesibles a la mayor cantidad de personas posibles, sin distinción alguna, (Saforcada & Moreira Alves, 2015). El conocimiento de la cultura, y de los factores psicosociales, en determinado territorio, ayuda, desde este enfoque de trabajo, a la integración de los equipos de salud en las comunidades “problemáticas”, entendiéndose éstas como sectores sociales minoritarios, excluidos, hasta ese momento, del cuidado de la salud.

La salud comunitaria es definida, además, como aquella que trata de la comunidad y que es realizada con la comunidad, porque esta es su característica esencial, que permiten diferenciarla de otras aplicaciones psicológicas que, si bien actúan en el campo de la población, ésta no participa, ni es integrada, a las acciones que los psicólogos llevan a cabo. Lo comunitario incluye el rol activo de la comunidad, su implicación, no sólo como invitada, o como espectadora aceptada o receptora de beneficios, sino como agente activo con voz y voto (Montero, 2004).

El paradigma de Salud Comunitaria tiene como eje la gestión de salud positiva y su componente principal, es decir, el poder de decisión último, es la comunidad, el equipo profesional se inserta en una posición participativa pero no tiene la última palabra (Saforcada, 2012). Un proyecto o una política que esté orientado por este paradigma implicará instancias de transferencia de los conocimientos científicos y técnicos de baja complejidad a la población, conocimientos de protección y promoción de la salud, y no solo destinados a la enfermedad, útiles para la comprensión del desarrollo humano integral junto la protección y promoción de su condición habitual de estar sano.

Surge, como pensamiento contrahegemónico a la Salud Comunitaria, con el objetivo de dejar de lado el método positivista, el estructural funcionalismo y el reconocimiento del poder del Estado como la única fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad, lo que se llama “Salud Colectiva”, un nuevo paradigma que busca comprender y actuar sobre la salud y la vida, no solamente sobre la enfermedad, e interpretar la cultura poblacional y sus formas de ejercicio del poder, para entregar mayor fuerza a la acción social y a las nuevas identidades que luchan por su salud (Granda, 2004), este movimiento incorpora, en sus diagnósticos de situación, y tratamientos, el complejo “promoción-salud-enfermedad-cuidado”, esto mediante la implementación de políticas públicas saludables, así como con el involucramiento de la sociedad en estas cuestiones (Almeida Filho & Paim, 2013). La Salud Comunitaria, se rige por el siguiente marco conceptual: la salud considerada como estado vital, sector de producción, y campo de saber, articulada y modificada por el tiempo que se vive, y la sociedad existente en ese momento - las acciones de salud, influenciadas por las relaciones establecidas entre los grupos sociales - la interdisciplinariedad de su objeto, lo cual supone una integración de distintos profesionales de diferentes disciplinas, abriendo espacios de comunicación, reflexión y acción - la comprensión de las leyes de la realidad, así como de las fuerzas que pueden modificarla.

Este campo de conocimiento integra las ciencias sociales, la epidemiología, y la planificación estratégica, para comprender el proceso de salud-enfermedad en su complejidad, contextualizándolo, aprehendiendo sus cambios a lo largo del tiempo, e investiga la producción y distribución de las enfermedades, como procesos de producción y reproducción social, procura comprender cómo la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, para, luego, enfrentarlos. Algunas de sus tareas son: la investigación sobre el estado sanitario de la población, la producción de las políticas en salud, el análisis de las relaciones entre los procesos de trabajo, y las enfermedades o los daños (Liborio, 2013). A partir de este modelo, se podría intervenir, sanitariamente, en los individuos, en los grupos sociales, o en los modelos económicos (cuya intervención lleva a las políticas de salud), y se considera al gobierno, y sus políticas, los principales agentes de cambio.

Uno de los conceptos relevantes para este TIF, debido a que permite crear espacios de enunciación para las personas, para que su voz sea tomada en cuenta en el

diseño e implementación, es el de las políticas públicas (PP), las cuales son consideradas cursos de acción, definiciones de principios y/o flujos de información en relación con un objetivo público definido en forma democrática, y se expresan de varias maneras, como, por ejemplo, en orientaciones, instrumentos, programas, normas institucionales, entrega de productos, servicios, etc., son iniciativas que se llevan a cabo, desde el Estado, y se destinan para operar en cualquier campo de lo público (Saforcada et al., 2010). Aunque la cara visible, de su implementación, sea el Estado "en acción", éste aparece desagregado y descongelado como estructura global, y puesto en un proceso social en el que se entrecruza complejamente con otras fuerzas sociales, las PP surgen del interjuego de intereses de la población, quienes, por medio de sus representantes (sean organizaciones, grupos, fracciones de clases sociales, o partidos políticos) dictaminan las cuestiones (entendidas como necesidades o demandas socialmente problematizadas) que crean de mayor interés para entrar a la agenda gubernamental, algunas de ellas llegan a tratarse, dependiendo de la capacidad de influencia del sector de la comunidad que haya propuesto la discusión sobre ese tema, produciéndose un interjuego de poderes en el campo (Oszlak & O'Donnell, 1984).

Las PP llevan, implícita o explícitamente, desde su elaboración hasta su propuesta o ejecución, una noción de sujeto, anudada al tiempo específico que transcurre, lo ideal sería una visión de un sujeto integral, que contemple sus múltiples necesidades, así como sus implicancias (en instituciones, en prácticas, en sus distintas relaciones), un sujeto pensado como actor y como agente de su propia vida, y de los marcos que buscan regularla. Las políticas son consideradas cursos de acción, los cuales pueden implementarse a través de distintos dispositivos (como orientaciones, instrumentos, programas, normas institucionales, entrega de productos, servicios, etc.) que son de carácter dinámico, por lo que van modificándose en el tiempo, y no hay forma de asegurar que su implementación salga como estaba planeada (Valle Rodríguez & Bueno Sánchez, 2006). Aún así, su ejecución, implica una voluntad de querer llevar una situación dada, actual, a una situación mejorada, futura, es decir, actúan sobre un determinado diagnóstico de la realidad, generalmente, sobre un problema que requiere atención.

Las PP llamadas *saludables* fomentan la protección y el cuidado de bienes públicos, considerados como los entornos afectivos que promuevan valores de

reconocimiento, solidaridad y compromiso, los cuales son considerados esenciales para el mantenimiento del bienestar y la calidad de vida de la población (De Lellis, 2010), su planteamiento cuestiona las acciones de asistencia o reparación de la enfermedad como las únicas válidas en el tratamiento de la salud. Las PP saludables abordan problemas con distintos grados de complejidad, para lograr su tratamiento, deben incluir, en la formación de las estrategias a seguir, varias áreas que forman parte de la vida de la comunidad, como, por ejemplo, desarrollo social, seguridad, empleo, ambiente, derechos humanos, entre otras, es por esto que la promoción de la salud debe estar presente, no solo desarrollando habilidades personales, sino, además, interviniendo sobre el medioambiente para reforzar los estilos de vida saludables, o modificar aquellos que no sean considerados como tales.

La Salud Mental, concepto central de este trabajo, es considerada como un proceso determinado por componentes culturales, socio-económicos, históricos, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican la concreción, protección y cumplimiento de los derechos humanos y sociales de toda persona (LNSM, 2010), se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas, y son los profesionales de la salud mental (psicólogos, acompañantes terapéuticos, y psiquiatras) los encargados del trabajo en esta área.

Dentro del Art. 7, de dicha ley, se reconocen ciertos derechos que deben garantizarse a las personas con padecimiento mental, entre ellos hay que destacar: derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios - a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia - a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento - a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades - a recibir un tratamiento personalizado - a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

Lo desarrollado hasta aquí visibiliza que, según la ley, todas las personas deberían tener igualdad de oportunidades para acceder al servicio de SM, sin discriminación de ningún tipo por alguna característica inherente a la población, además, el sujeto

debe participar de su tratamiento, y no ser un mero objeto, receptáculo de indicaciones y recetas, y dicho tratamiento no debe, bajo ningún punto de vista, alejarlo de su ambiente, de sus actividades diarias, ni ser la causa del cese de sus vínculos familiares/amistosos/de pareja, resultando en el aislamiento del sujeto. La ley significó un cambio en la concepción de la salud, la cual, antes, era vista solo como la ausencia de enfermedad, operando de forma reduccionista sobre el cuerpo humano, sobre las relaciones en las que se ve implicado, y sobre los múltiples ámbitos en los cuales se mueve.

APS y el rol del psicólogo

En la década de los '70, se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata, el cual fue el evento de política de salud internacional más importante, que marcó un hito en la salud pública del mundo. En la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), se presentaron análisis de los problemas y necesidades de salud tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, en base a esto, se pensó en una renovación de los sistemas de salud, con énfasis en políticas públicas que tendieran al logro de la equidad, es así como surge un nuevo orden, el de la Atención Primaria de la Salud (APS), el cual consiste en una estrategia de coordinación intersectorial que permita la atención integral, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los pacientes (Tejada de Rivero, 2018).

Desde este enfoque, se plantea que, para abordar y desarrollar la promoción de la salud, se requiere un trabajo transdisciplinario y participativo, esto permitiría la *salud para todos*, sin distinciones entre la población, e incluye: el acceso y cobertura universal al cuidado de la salud, acercando los recursos a las familias - la educación de hábitos saludables y la participación de la sociedad - la integralidad de la atención en salud - la acción intersectorial para la salud (involucrando diferentes actores, gubernamentales, o no, en el diagnóstico, planificación, ejecución, y toma de decisiones) - el financiamiento para el funcionamiento de la estrategia, con la implementación de los programas y planes necesarios para cada grupo específico -

la formación de los recursos humanos necesarios - las tecnologías necesarias (Villalva, 2015).

La APS ha tenido variados enfoques, dependiendo de dónde se llevará a cabo, como, por ejemplo, la APS Renovada (OPS/OMS, 2005), la cual promueve la atención universal, integral e integrada de toda la población, prestando atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud, como el acceso, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, así como el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención (De Lellis, 2015). La APS Renovada se centra en el sistema de salud en su conjunto, incluyendo a los sectores público, privado y sin fines de lucro, y debe brindar servicios de salud que estén pensados y organizados en función de las necesidades de salud de cada comunidad, y no definidos de antemano. Lamentablemente, en países llamados subdesarrollados, categoría en la cual entra Argentina, algunos resultados de implementación de la APS no fueron los esperados, ésta se limitó al primer nivel de atención, llamándose APS selectiva, resultando en una atención primitiva para sectores pobres de la población, donde las problemáticas en SM se relacionan, en su mayoría, con malas condiciones de vida, y es justo en estas regiones donde los servicios asistenciales son insuficientes e inadecuados.

Otro enfoque, de la atención primaria, consiste en considerarla un mero nivel de atención de la salud, se referiría a la puerta de entrada al sistema de salud de la mayoría de la población. La APS ampliada, por su parte, se considera una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud, sería un primer nivel amplio e integrado, e incluiría la participación comunitaria y la coordinación intersectorial. Por último, el enfoque de Salud y Derechos Humanos, es más una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales, concibe a la salud como un derecho, y, para que tal sea respetado por igual para toda la población, deben desarrollarse políticas públicas inclusivas, y evitar estar, únicamente, detrás de las demostraciones de la enfermedad para atenderlas (De Lellis, 2015).

Pensando en llevar a cabo la estrategia de coordinación intersectorial, que permita la atención integral, desde la salud pública, en Chivilcoy, además del hospital municipal, se establecieron, como parte del enfoque en APS, 9 Centros de Atención

Primaria de la Salud, ubicados por área programática, de forma estratégica, en diferentes barrios de la ciudad, el objetivo es brindarle cercanía al usuario para que lleve a cabo sus tratamientos, conociendo el contexto y sus limitaciones. La idea es descomprimir a la población que llega al hospital, ampliando la oferta, repartiendo la demanda, provocando que cada centro se ocupe de la población que tiene más próxima en cuanto a distancia, aunque esto no siempre es posible porque, actualmente, no tienen turnos disponibles en algunas áreas, o funcionan con horarios acotados, lo que produce que se termine derivando, a los sujetos, solo por la disponibilidad de los profesionales, aunque al paciente le quede lejos el centro asignado (lo cual acarrea dificultades en el sostén del tratamiento)⁴.

Trabajar desde este enfoque hace que el psicólogo lleve a cabo acciones de protección y promoción de la salud, junto a un sujeto considerado de forma integral, teniendo en cuenta los múltiples ámbitos en los que se desenvuelven, así como las relaciones que mantiene, trabajando de forma intersectorial (Saforcada et al., 2010). Uno de los componentes de la APS es la accesibilidad, la cual implica que la financiación y organización de los servicios deben ser suficientes para cubrir a toda la población, eliminando la capacidad de pago de las personas como una barrera para acceder a los servicios de salud (De Lellis, 2015), en Chivilcoy, varios centros están colapsados por la alta demanda, y hay una lista de espera, aproximadamente, para la entrevista de admisión, de 3 meses. Por esta razón, que acarrea la dificultad para brindar nuevos turnos, ante 2 inasistencias sin justificación, el espacio de terapia se da de baja, y se le otorga a otro paciente (una lógica similar rige en otras instituciones públicas que brindan atención en SM, como el Hospital Municipal “Dr. Santiago Fornos” o Sedronar)⁵.

El enfoque de APS renovada exige atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud, tales como acceso, justicia financiera, adecuación y sostenibilidad de los recursos, compromiso político y desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención. En los CAPS, los servicios brindados son utilizados, generalmente, por el sector pobre de la población (recordándonos el enfoque de APS Selectiva), por lo que resultan limitados en cuanto a su alcance a la población en general, tanto en estos centros de Chivilcoy,

⁴ Ver anexo. Entrevista 10 (pág. 97)

⁵ Ver anexo. Entrevista 2 (pág. 47) - Entrevista 10 (pág. 88)

como en otras instituciones públicas que atienden SM, los psicólogos que trabajan allí caracterizan a los pacientes que llegan a dichos lugares como de escasos recursos económicos, viéndose obstaculizado el tratamiento si tuvieran que pagarlo, además, algunos adolescentes que comienzan el tratamiento no suelen contar con ningún respaldo afectivo que sea brindado por adultos significativos en sus vidas, o suelen presentar problemas de vinculación. En relación a la situación que se da en el sector privado, también se observan dificultades en la accesibilidad al tratamiento, ya que hay pacientes que optan por ir cada 15 o 20 días a las sesiones de terapia, o la psicóloga les ofrece esta opción, debido a la imposibilidad de pagar semanalmente el arancel de las sesiones, aunque siempre queda abierta la posibilidad de volver a ir semanalmente si su estado se agrava de forma negativa.

En relación a los psicólogos de los CAPS de Chivilcoy, éstos brindan espacios de atención terapéutica individual, y acompañamiento a los pacientes que llegan, además, están a cargo de las entrevistas de admisión, para decidir si se toma a la persona en ese CAPS, o debe ser derivada a otra institución. También, como parte del trabajo desde el enfoque de la intersectorialidad, la cual implica la integración de los diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales de la sociedad, en los procesos de diagnóstico, planificación, ejecución, y toma de decisiones sobre una problemática (Villalva, 2015).

Las psicólogas funcionan como nexo entre los CAPS y otras instituciones, como pueden ser la escuela, neurodesarrollo, o el hospital, si el paciente necesita un turno con otro profesional, o mantiene otro tratamiento en alguno de estos lugares, la comunicación se lleva a cabo mediante reuniones, y/o informes entre las instituciones.

Las problemáticas que llegan a los CAPS son variadas, suelen aparecer problemas de conducta, situaciones de abuso, o violencia, por lo que el psicólogo, para llevar a cabo su trabajo, debe poseer una cierta plasticidad que le permita adaptarse al cambio que sufren las demandas a cada momento, identificando su función, que sería aportar elementos que contribuyan en la búsqueda de mejores formas de vida que las personas determinen para sí mismas, para ajustar la intervención a la situación concreta que se le presenta (Ferullo de Parajón, 2006).

Unos de los obstáculos que se presentan en los CAPS, así como en los hospitales públicos, de las localidades investigadas, es que se ve dificultado el tratamiento que sería considerado el más adecuado para la SM infanto-juvenil, esto debido a la falta de psicólogos, y otros profesionales, especializados en su labor con este grupo etario, que trabajen con el municipio. Las problemáticas que llegan, aumentando en la época escolar, son, por ejemplo, problemas de conducta, o trastornos de hiperactividad, y no siempre están los profesionales que serían necesarios para tratarlas de forma integral, las instituciones terminan saliendo adelante por la voluntad de los trabajadores, en medio de la precarización (Constanzo, 2015).

Un caso donde se visibiliza la falta de profesionales especializados en la labor con niños/adolescentes, es en Neurodesarrollo, el cual funciona dentro del Hospital Primario de Moquehuá "José Méndez", en esta área se identifica la escasez de psicólogos, y profesionales afines, que se dediquen exclusivamente a los niños/adolescentes, y que trabajen para el municipio, se menciona, por ejemplo, la falta de una terapeuta ocupacional, o de otra psicóloga (ya que hay una sola), además, hay que contemplar que los costos del profesional, así como el medio de transporte, para que viaje desde Chivilcoy a Moquehuá, son cuestiones que deberían ser cubiertas por el municipio, lo que resulta en una complicación adicional⁶.

Otra dificultad, planteada por los profesionales, es el obstáculo que representa que la población deba trasladarse para acceder a un servicio, o que haya insuficientes psicólogos que trabajen para el municipio, lo cual puede operar como barrera para acceder al servicio que se brinda, impidiendo su aprovechamiento efectivo. Las barreras pueden ser geográficas, las cuales consisten en la distancia física que separa al usuario de la institución, por lo cual, actualmente, se trabaja por área programática, administrativas, que consisten en dar pocos turnos, o tener largas listas de espera, culturales, que refieren a las dificultades en la comprensión de las necesidades de la población, la comunicación, y el diálogo entre pacientes y profesionales, o barreras referentes a la capacidad resolutoria del servicio de salud, para dar atención y respuestas efectivas a las problemáticas que se presentan (Villalva, 2015).

⁶ Ver anexo. Entrevista 7 (pág. 76)

Un caso similar es el del CAPS “Mariano Moreno”, de Chivilcoy, el cual, como todos estos centros de APS, lleva a cabo su trabajo de forma intersectorial, ya que para el desarrollo de estrategias de promoción de la salud es ideal el trabajo con diferentes sectores, como la escuela, la familia, el medio ambiente, el barrio en el que vive el paciente, entre otros, cuya cooperación permitiría actuar sobre los determinantes que inciden sobre la salud, adecuando el trabajo al contexto en el que se está inmerso (De Lellis, 2015), y de forma interdisciplinaria, ya que los problemas que llegan en salud, actualmente, son demandas complejas que no pueden ser resueltas desde un único enfoque, cada disciplina debe reconocer su propia incompletud, abandonando la pretensión de saber única sobre un objeto real que se le presenta. De esta forma, se abren las importaciones de un campo de saber a otro, generando acciones cooperativas entre los diferentes profesionales, resultando en un abordaje integral del sujeto (Stolkiner, 2005).

Trabajar de forma interdisciplinaria e integrada permite que el enfoque adoptado respete la subjetividad del sujeto que se nos presenta, así como la singularidad de su problemática, abandonando la pretensión de una única teoría para cualquier conflicto que aparezca, dejando de lado la intención de acomodar el objeto de la realidad a la teoría con la cual nos sentimos cómodos, lo cual permite un constante replanteo de los cimientos teóricos con los cuales nos guiamos. En el programa provincial “Envión”, trabajan con jóvenes que han sufrido algún tipo de vulneración de derechos, se busca incluirlos, hacer de la institución un espacio de referencia para ellos, diversos profesionales componen el equipo de Envión, los acompañan, brindan meriendas y talleres. El objetivo, en las reuniones de trabajo, será confrontar, en el diálogo, las diferentes miradas traducidas en conocimiento (dejando atrás la imposición de saberes), para abordar los nuevos padecimientos que surgen en este contexto de vida, el trabajo en SM integral estará orientado al reforzamiento, la restitución, y la promoción de los lazos sociales (Carballeda, 2001). En el programa mencionado, a los usuarios se les exige ir una vez por semana para cobrar la beca, pero muchos de ellos van sin cobrarla, porque el cupo ya está lleno (hay 150 lugares), o acuden varias veces a la semana, inclusive siguen yendo una vez que tienen el alta del programa, a los 21 años, además, se les da prioridad a adolescentes que trabajen, o hayan sido madres/padres, buscando la permanencia y adherencia de esos sujetos.

En cada CAPS el modo de trabajo es distinto, si bien todos apuntan al mismo objetivo, el cual es brindar servicios de atención primaria en salud, los equipos, en algunos de ellos, están compuestos por mayor cantidad de profesionales, y abarcan horarios de atención más amplios, que otros. En el CAPS Mariano Moreno, el equipo de trabajo está compuesto por 3 psicólogas, una médica clínica, 2 enfermeras, y una trabajadora social, y, con el cambio de gestión política, se decidió que cerrara por la tarde, quedando el horario de atención reducido a la mañana, de 08hs a 13hs, esto influye en la accesibilidad a los tratamientos, ya que los pacientes que iban a la tarde tuvieron que reorganizarse para mantener la atención terapéutica, y esto no siempre es posible, debido al trabajo, la familia, u otras cuestiones, por lo que el tratamiento se ve interrumpido por una cuestión que excede tanto a los pacientes como a los psicólogos. Otra de las dificultades es que, desde diciembre, está sin psicopedagogas, profesionales con las cuales se trabajaba mucho dentro del centro, o que funcionaban de vínculo con la escuela del paciente, y estas vacantes no fueron cubiertas nuevamente. En cuanto a las especialidades, hay una sola psicóloga que se dedica exclusivamente a niños, y ve a 16 pacientes en los 2 días a la semana que acude al CAPS. En este centro, no se cuenta con pediatras, ni neurólogos, lo que lleva a que se deriven todos los pacientes al hospital municipal, único lugar público que cuenta con estos profesionales, pero viajan, únicamente, una vez al mes, por lo que los turnos son súper espaciados, dificultando el tratamiento integral de los pacientes, viéndose vulnerado su derecho al acceso a la salud⁷.

La premisa del abordaje intersectorial e interdisciplinario prevalece por fuera del trabajo hospitalario, viéndose en varios dispositivos públicos de SM, acorde a lo que expresa la ley al respecto de los tratamientos, considerándose una alternativa más favorable que el tratamiento aislado, o compartimentalizado. Esto puede observarse en la composición de los equipos de trabajo de los servicios en SM, en la Dirección de Niñez y Adolescencia, de la Municipalidad de Chivilcoy, se articulan estrategias conjuntas, en el área de adoptabilidad, entre psicólogas, abogadas, y trabajadoras sociales, el trabajo que llevan a cabo consiste es buscar, siempre que se pueda, la revinculación del niño o adolescente con la familia, en caso de que esto no sea posible, se adopta una medida de abrigo, como puede ser llevar al niño o

⁷ Ver anexo. Entrevista 10 (págs. 87, 90, y 94)

adolescente a un hogar, o a vivir con algún referente afectivo, y, posteriormente, se evalúa la adopción⁸. En Casa Pueblo, sede Chivilcoy, que es el programa nacional de Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC), creado con el objetivo de garantizar el acceso a la atención, asistencia e inclusión social de las personas con consumo problemático de sustancias y/o que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad social, lugar donde se llevan a cabo espacios de terapia individuales y grupales, salidas a territorio, primeras escuchas, y talleres, el equipo de trabajo, en esta institución, está conformado por trabajadoras sociales, una socióloga, enfermeras, acompañantes terapéuticos, abogadas, promotores de salud, 5 psicólogas, y algunos estudiantes de psicología que, si bien no hacen atención individual, por no estar habilitados a ello, participan de otras actividades abocadas al área psi⁹.

La renovación de la APS (OPS/OMS, 2005) fue necesaria, y es causa de la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir, de la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en enfoques de la APS Selectiva, del desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos que pueden ser implementados para incrementar la efectividad de los servicios brindados, y del reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud (OPS/OMS, 2007). La APS es un enfoque que hace del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad para toda la población, un centro guiado por principios de la APS debe poder dar respuesta a las necesidades de salud de la población, estando orientado hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Asimismo, debe garantizar la cobertura universal y el acceso a servicios para toda la población, brindando atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, con énfasis en estrategias de prevención y promoción de la salud, y garantizando el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades, asimismo, son consideradas la base para la planificación y las acciones que se lleven a cabo.

Abordajes en SM y dispositivos terapéuticos

⁸ Ver anexo. Entrevista 5 (pág. 70)

⁹ Ver anexo. Entrevista 9 (pág. 90)

La LNSM, promulgada en el año 2010, impulsa la implementación de prácticas de SM con base en la comunidad. Desde este marco, se promueven acciones dentro de los criterios de APS Integral y se acentúa la importancia de desarrollar prácticas de prevención y promoción de SM comunitaria, entendida ésta como el abordaje que recupera la pregunta acerca de cómo los diferentes sujetos y grupos transitan los avatares de la salud y la vida, permitiendo incorporar la dimensión histórico-social y cultural de toda problemática de SM como fenómeno complejo e intersubjetivo, la vivencia subjetiva, expresada de forma individual o colectiva, es una dimensión central del proceso de salud-enfermedad, las acciones llevadas a cabo para los tratamientos de estas cuestiones requieren un abordaje con enfoque integral, basado en la intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario (Bang, 2013).

En SM, las intervenciones hacen referencia a los procedimientos por los cuales se pretende conocer y estudiar lo que acontece, y la dinámica de evolución y cambio que puede derivarse de dichas intervenciones, desde lo social, esto implica salir a buscar las historias y significados que circulan (Carballeda, 2018). La intervención en determinado lugar, debe poder permitir desarmar, y rearmar, la situación, a través de la recuperación del espacio, y de la condición histórica del sujeto. Estos procedimientos comprenden la mediación tanto en la red institucional pública como privada presente en la comunidad. Si bien hay un tercero involucrado, que es quien interviene, se busca que el cambio sea producido por los propios sujetos. En el caso específico del programa provincial “Envión”, los psicólogos intervienen con el objetivo de contener, incluir, y acompañar a los jóvenes que asisten a la institución, para motivar el diseño conjunto de estrategias que fortalezcan su autoestima, reparen los posibles daños causados y brinden igualdad de oportunidades en la vida tanto dentro, como fuera, del programa.

Para intervenir sobre una problemática determinada, es necesario delimitar un campo de acción, al hacer esto, se recorta el objeto de trabajo, y se actúa sobre este sector de la realidad, restringiendo ciertas ideas, teorías, y pensamientos que quedan por fuera de su elección. En la enseñanza de la Psicología, esto se ve con la preparación, posterior egreso, y labor profesional, de estudiantes que conocen, con más énfasis, teorías y abordajes que competen sólo al sujeto individual, dejando de lado, en la teorización enseñada, y en el trabajo, al tratamiento de grupos, siendo que estos abordajes enriquecen el pensamiento sobre el trabajo en SM comunitario,

pero, aún así, son los menos conocidos durante el trayecto de formación (Del Cueto, 2014).

El psicólogo, con formación comunitaria, debería realizar intervenciones que transformen los problemas sociales, al mismo tiempo que los estudia, redefiniéndolos, teniendo en cuenta las quejas de las personas afectadas por la situación, trabajando junto con ellas. Esto implica tener una concepción distinta de los sujetos involucrados, ya que no serán vistos como pasivos, sino como actores sociales, constructores de su realidad, lo cual va a permitir construir una relación de colaboración, cooperación e intercambio de saberes psicológico y popular. En el programa provincial Envi3n, se interviene en 4 1reas, para impulsar su desarrollo, as3 como para mejorar las perspectivas de los usuarios en la construcci3n de sus proyectos de vida, 1stas son: educaci3n (para potenciar la inclusi3n y la terminalidad de la escolaridad, mediante tareas de apoyo escolar, dialogando con las escuelas, y fortaleciendo las capacidades de los j3venes para integrarse en los procesos escolares) - trabajo (formando a los j3venes en saberes t1cnicos espec3ficos, aportando al desarrollo de la cultura del trabajo) - salud (fortaleciendo el acceso a la atenci3n en salud, generando espacios de reflexi3n y aprendizajes sobre distintos temas ligados a la salud y sus problemas) - deportes, arte y comunicaci3n (identificando y potenciando las capacidades subjetivas de los j3venes). El rol del psic3logo comunitario es el de un agente de cambio ligado a la detecci3n de potencialidades (entendidos como recursos y/o capacidades), al fortalecimiento y a la puesta en pr1ctica de las mismas, as3 como al cambio en los modos de interpretar, construir e influir sobre la realidad (Montero, 2004).

En comparaci3n a lo mencionado anteriormente, sobre la modalidad de los abordajes, y la formaci3n de los psic3logos, es importante remarcar que psic3logos, de Chivilcoy y Moquehu1, que desempe1an su labor en los hospitales p1blicos, los CAPS, y atienden tambi3n en el consultorio privado, expresan implementar, exclusivamente, abordajes individuales, en los espacios de terapia, aunque reconocen llevar a cabo estrategias con los padres, incluy3ndolos en el tratamiento, cuando los pacientes son ni1os o adolescentes, u, ocasionalmente, brindar terapia para alguna pareja, sin tomarlo como un abordaje grupal.

Es en algunos de los CAPS, en Neurodesarrollo, y en las instituciones, sedes físicas de ciertos programas provinciales y nacionales, donde se observa, de manera más frecuente, el trabajo en grupos, por ejemplo, en Neurodesarrollo, en Moquehuá, las psicólogas, y demás profesionales, que desempeñan su labor allí, agrupan a los niños, y llevan a cabo talleres, de temas transversales, que son recurrentes en los pacientes, o que las trabajadoras de esa área creen que podrían ser de utilidad de alguna forma¹⁰.

Al hablar de abordajes, no son sólo las formas individuales y grupales de tratamiento las únicas válidas, cuando los psicólogos deben intervenir a través de programas preventivos, atendiendo cuestiones que interpelan a gran parte de la población, notan que la tarea no puede llevarse a cabo si está planteada de forma individual, es sobre el grupo y su entorno sobre el cual se debe planear la intervención. La salud debe ser abordada de forma integral, se requiere de la coordinación entre todos los servicios en salud para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud. Los tratamientos, y las acciones que se llevan a cabo, deben ser planeadas con diferentes sectores y actores del entorno, de manera intersectorial, las múltiples instituciones en las que el sujeto se ve inmerso deben ser tenidas en cuenta, como la escuela, o si hace algún deporte, algún curso en otra institución educativa, su grupo de amigos, su familia, y demás referentes significativos.

En nuestro acercamiento al programa provincial “Envió”, cuya inserción territorial está orientada a lograr la inclusión socioeconómica, política y cultural de los jóvenes que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, con una población compuesta por jóvenes de entre 12 y 21 años, obtuvimos que la institución busca ser un espacio de referencia, de contención para quienes acuden, y, que, en él, se llevan a cabo diferentes talleres grupales, gratuitos, por ejemplo, de cocina, arte, apoyo escolar, deporte, dictados por los talleristas (quienes pueden ser profesionales, o no) y las psicólogas de la institución, quienes están atentas, para intervenir, ante cualquier situación que pueda surgir mientras éstos se llevan a cabo¹¹.

¹⁰ Ver anexo. Entrevista 7 (pág. 74)

¹¹ Ver anexo. Entrevista 2 (pág. 46 y 47)

Además, respetando el principio del trabajo intersectorial, las psicólogas de Enviñon funcionan como nexo con otras instituciones a las que acude el sujeto, se articula con la escuela, si el niño/adolescente no está yendo por alguna razón, o con Servicio Local, si manifiesta ser víctima de violencia, con los CAPS o el hospital, por cuestiones de salud. Dependiendo de la situación que se presente, se deriva a la persona a la institución correspondiente, y se hace un seguimiento, junto a los profesionales involucrados, de ese caso. Al buscar ser un espacio de referencia y contención, suele ocurrir que los padres de los usuarios se acerquen a consultar por sus hijos, preocupados por alguna conducta o aspecto de su vida, y las psicólogas intervienen sobre esta cuestión en el trabajo cotidiano en la institución, buscando, además, que el sujeto permanezca allí, sosteniendo la presencia.

A la hora de intervenir en SM, o planear un tratamiento, no hay que pretender poder aplicar un único modelo válido para todos los pacientes, cada uno, con su subjetividad, representa un reto al profesional, que debe evaluar qué pasos seguir a continuación, teniendo en cuenta que éstos pueden replantearse constantemente. Al respecto, podemos tomar los aportes de Freud (1918), quien, en su texto "Nuevos caminos de la psicoterapia psicoanalítica", escribe que *"las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden tramitarse mediante una misma técnica"* (pp 161). No es el mismo tratamiento para una fobia, que para una angustia, por ejemplo, ni la misma intervención la que debe elaborar y llevar a cabo el terapeuta, ni los mismos actores (profesionales, o no) los que se deberían incluir en el proceso.

Además, otra de las líneas de este texto que dice: *"sólo constituimos un puñado de personas, y cada uno de nosotros, aun con empeñosa labor, no puede consagrarse en un año más que a un corto número de enfermos"* (Freud 1918, pp.162), nos lleva a pensar en la gran demanda que llega, aún hoy en día, a los organismos públicos, desbordando la capacidad de oferta de los servicios, y sobrepasando a la cantidad profesionales que trabajan en ellas, abocados a la SM.

Al respecto de la accesibilidad para los turnos de tratamiento psicológico, en el Hospital Primario de Moquehuá "José Méndez", única institución que atiende temáticas de SM en este municipio, las psicólogas, que son solo 3, suelen atender, aproximadamente, entre 10 y 15 pacientes en un día, número que puede variar gracias a las demandas espontáneas que llegan al hospital (ya sea por pacientes

que llegan en crisis y deben alojarse, pedidos de turnos, o entrevistas de admisión). Además, la espera para las entrevistas de admisión es larga e indeterminada, pudiendo llegar a esperar, los pacientes, 2 o 3 meses para el turno¹².

En el Hospital Municipal "Dr. Santiago Fornos", de Chivilcoy, los números que se manejan no son tan distintos, pese a la existencia de otras instituciones de SM públicas, los psicólogos que trabajan allí pueden llegar a atender, en una mañana, a 10 personas. Además, los turnos para las entrevistas de admisión podían extenderse de 5 meses a 1 año, quedando, la persona demandante, sin contención¹³.

Siguiendo en la categoría de accesibilidad, analizando los escritos de Freud, se entiende que, sin diferir mucho de los tiempos actuales, el tratamiento en SM era desigual, se necesitaban más instituciones y profesionales abocados a esta temática para colmar la demanda que se presentaba. Y se vislumbra que, en todo momento, el compuesto salud-enfermedad-cuidado es objeto de permanente replanteo, por la complejidad que es inherente a él. Freud lo expresa diciendo:

"las condiciones de nuestra existencia nos restringen a los estratos superiores y pudientes de nuestra sociedad ... Por el momento nada podemos hacer en favor de las vastas capas populares..."; "puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia..."; "Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes" (Freud, S ; 1918. pp. 162).

Al respecto de la calidad de la atención en SM, no es beneficioso que el psicólogo desempeñe una polifunción en una institución, donde le resulte difícil establecer los límites de la propia competencia, ni que atienda demasiados usuarios en una jornada laboral, ya que impacta en la calidad de la atención que lleve a cabo con los pacientes. A través de los discursos de los profesionales entrevistados, se percibe dicha dificultad tanto en el sector público como en el privado, por ejemplo, remitiendonos al área pública, podemos decir que las instituciones se encuentran colapsadas por la alta demanda, y las esperas para los turnos son extensas, debido a esto, el tiempo asignado a cada paciente se ve afectado, por ejemplo, en el Hospital Municipal "Dr. Santiago Fornos", de Chivilcoy, los turnos se ponen cada 30

¹² Ver anexo. Entrevista 1 (págs. 42 y 43)

¹³ Ver anexo. Entrevista 6 (pág. 54)

minutos, para lograr atender a una mayor cantidad de gente en una jornada, además, si surge una urgencia en el transcurso del día, el psicólogo debe ir a atenderla y dejar a la gente en la sala de espera, por lo que muchos acaban yéndose del lugar sin haber tenido su espacio de terapia, pese a que esas personas también presentan un padecimiento¹⁴. En el sector privado, por su parte, varios de los psicólogos no se encuentran admitiendo nuevos pacientes, esto debido a otros trabajos, y al bajo pago de aranceles que pueden permitirse los pacientes, lo cual dificulta la terapia con frecuencia semanal, viéndose obstaculizado el tratamiento, ya que es más espaciado, y provoca que las personas atendidas en una semana, varíen completamente a la semana siguiente, sí hay que remarcar que la agenda de turnos, al ser manejada por los psicólogos, es más flexible, atienden a menos personas por día, ubicándolos cada 40 minutos o 1 hora, armando su cronograma dependiendo de su disponibilidad, pudiendo respetar, en general, los horarios pactados para los turnos¹⁵.

Otros factores que pueden alterar la calidad de atención, son las condiciones laborales de los psicólogos, entiendase: la falta de confort edilicio, la baja remuneración y el trabajo en negro, los cuales son constituyentes del trabajo en SM en las instituciones pertenecientes al sector público en ambos municipios, según los profesionales investigados.

La psicología comunitaria exige de los profesionales que la ejercen una conjunción de roles, un modo diferente de ser psicólogos, el rol del psicólogo comunitario se definió, no como el de un experto, dueño del saber, que se relaciona con alguien que no sabe, sino como el de alguien que posee un saber que le permite actuar, pero que a la vez necesita del saber poseído por ese otro, agente de su propia transformación (Montero, 2004). Por esta razón, se habla de agentes externos, los psicólogos, y de agentes internos, que serían las personas de las comunidades. Para desempeñar su labor, es crucial que el psicólogo cuente con los recursos que le permitan llevar a cabo su trabajo, y brindarle, al paciente, la atención adecuada, en cuanto al factor económico, una psicóloga de Moquehuá, que se desempeña en el área pública, en el Programa Provincial “Envión”, en un CAPS, y en el Servicio Local, nos comenta que sigue desempeñándose en el área comunitaria porque le

¹⁴ Ver anexo. Entrevista 6 (pág. 84)

¹⁵ Ver anexo. Entrevista 8 (pág. 95)

gusta dicho abordaje, estar con los chicos, trabajar sobre los emergentes que surjan, pero que, si fuera por los salarios, es un desastre lo que le pagan por los múltiples trabajos que hace, ya que su rol no está limitado a la atención terapéutica¹⁶. Además, en Sedronar, programa nacional que está a cargo de coordinar políticas públicas enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias, los psicólogos no tienen sueldos formales (los cuales, técnicamente, están a cargo de nación) por las tareas llevadas a cabo, las cuales van desde la atención terapéutica hasta el acompañamiento para la administración de la beca que se le da a los usuarios, clara señal de la precarización que circula en las instituciones públicas de SM¹⁷.

Creemos importante mencionar, en este TIF, el Síndrome de Violentación Institucional (SVI), el cual es considerado el precio a pagar por pasar de lo privado a lo público, esta violentación, legítimamente acordada, permite que las normas de funcionamiento de las instituciones se establezcan, pero, cuando se vuelve arbitraria, se arraiga en la institución y configura el síndrome mencionado, es en ese momento cuando empieza a afectar a los pacientes, ya que se trabaja escasa, o nulamente, sobre la individualidad de cada caso, o pasa por varios profesionales, o no es atendido debidamente (Ulloa, 1995). Esta situación interfiere con el buen trato dentro de una institución, es decir, con la atención personalizada y singular que debe, y merece, tener cada sujeto demandante, y suele perdurar en el tiempo, arrasando con cualquier posible corriente revolucionaria. Además, lleva a la compartimentalización en el tratamiento, haciendo que cada trabajador se refugie sobre su quehacer, sin que esto signifique que lo lleve a cabo de forma más eficiente.

Ciertas condiciones laborales pueden afectar la calidad de la atención que se brinda, como las expuestas anteriormente: malos salarios, deficiencias edilicias, escasez de personal, entre otras. Estas situaciones operan como barreras, puestas entre la población y los servicios de salud, para acceder al tratamiento, dificultan el uso de las prestaciones, así como una respuesta rápida y de calidad. Es responsabilidad del Estado tomar las medidas necesarias para reducir al mínimo

¹⁶ Ver anexo. Entrevista 2 (pág. 50)

¹⁷ Ver anexo. Entrevista 4 (pág. 59)

estas obstrucciones que impiden el acceso, y la utilización, de los servicios de salud, esto podría llevarse a cabo mediante la plena implementación de la intersectorialidad, y la articulación en redes de servicios, desconcentrando los hospitales como única vía de acceso al tratamiento en SM público (Villalva, 2015).

Una forma de hacerlo sería poniendo, a disposición de la población, más instituciones, psicólogos y profesionales de SM, que atiendan estas temáticas, que la oferta sea amplia y variada, que sea cercana, para que el sujeto no se encuentre con complicaciones, de ningún tipo, para acceder.

Por otro lado, las condiciones edilicias también son objeto de preocupación por parte de los trabajadores en SM, en el Hospital Municipal "Dr. Santiago Fornos", de Chivilcoy, único lugar para internaciones en SM, las salas no tienen ningún tipo de inversión puesta en ellas, faltan servicios de acompañamiento, y otros previos a la internación, mantenimiento de las habitaciones, entre otras cosas¹⁸. Un caso similar es el de Sedronar, que, actualmente, funciona en la misma sede que otra institución, llamada Casa Pueblo, ya que tuvieron que cerrar, por una cuestión económica, su sede propia, hay 3 consultorios para la atención en SM, pero se comparten entre las dos instituciones, y, además, están sin director que los coordine, porque renunció¹⁹. Parece ser una situación generadora de conflicto que dos instituciones compartan una sede física, tanto para los usuarios, como para los trabajadores, debido a que se dispone de menos consultorios, y horarios, para la atención en SM, partiendo de un análisis de la problemática, lo ideal sería que se establezcan estrategias entre los actores sociales (en quienes inciden más directamente las vicisitudes presentadas) y políticos, que les permitan conjeturar sobre las posibles causas y soluciones que podrían ser propuestas, emergiendo, de este modo, esbozos de posibles políticas públicas tendientes a mejorar la situación (Ybañez, 2019).

Ante las problemáticas expresadas por los profesionales entrevistados, la finalidad de intervenir es proporcionar e implementar acciones efectivas, fundamentadas en la flexibilidad y adaptabilidad, con el fin de facilitar el acceso al colectivo a los servicios públicos. Para ilustrar la cuestión de los recursos y condiciones edilicias, ocurre que, en el Programa Provincial "Envión", en ocasiones, por la gran cantidad de personas que se presentan en la institución en una jornada, a algún taller, o a

¹⁸ Ver anexo. Entrevista 6 (pág. 70)

¹⁹ Ver anexo. Entrevista 4 (pág. 61)

merendar, las psicólogas terminan comprando la comida o los materiales necesarios para lograr incluirlos, aunque no les corresponde, porque es el municipio quien debería garantizar esos insumos. Además, esta institución, que funciona en un CAPS, porque no tiene sede propia, tuvo que cerrar en verano porque se le habían roto los dos baños con los que cuenta, y, cuando volvieron a abrir, los baños seguían así, sin arreglo, sin mantenimiento, pese a que habían exigido que se los revisara²⁰.

Trabajar en estas condiciones, con deficiencias fácilmente identificables por los profesionales, nos hace pensar en que, los psicólogos, con frecuencia, terminan actuando sobre el campo de la pobreza, ya que es el lugar privilegiado en el cual, debido a la marginalización y la miseria, el sujeto aparece en situación de emergencia. Intervenir en estos sectores sociales hace que el profesional pase a trabajar con la tríptica salud mental/ética/derechos humanos, donde la modificación de un elemento modifica, a su vez, a los demás. Se suele presentar en estos ámbitos, además de una carencia de recursos, equipamiento y presupuesto, una carencia en cuanto a la capacitación de los profesionales, quedando a cargo de la atención de los sectores empobrecidos, las instituciones más pobres (en cantidad y calidad) (Ulloa, 1995).

Para atender las problemáticas de salud, la población puede acercarse, o ser derivada, a cualquier institución pública de SM, pero, cuando una urgencia irrumpe en la vida cotidiana, en forma de crisis, autolesión, o disturbios, por ejemplo, las dos instituciones que, en mayor parte, las reciben, son el hospital y la policía. Estos organismos deciden qué tipo de asistencia, y por cuánto tiempo, debe recibir el paciente. Además de la guardia, otras bocas de ingreso al sistema público son los consultorios de psicología y psiquiatría, donde se atiende el malestar de quienes se acercan a consultar, o son derivados a éstos por otro profesional, y el sistema judicial, encargado de los pacientes “judicializados” (Galarza, 2015).

Tanto en Chivilcoy, como en Moquehuá, generalmente, las urgencias llegan a las guardias de los hospitales municipales, y, luego, una vez contenida la situación, se deriva a los pacientes a la institución correspondiente, o se contacta al profesional a cargo de él para que acuda al establecimiento. Por esta razón, se organizaron

²⁰ Ver anexo. Entrevista 2 (págs. 50 y 51)

guardias en SM, solo en el hospital de Chivilcoy, aunque con ciertas deficiencias, dichas guardias son pasivas, ante una urgencia, en cualquier día u horario, llaman al psicólogo de turno, el cual cambia dependiendo de cada fin de semana. El problema es que algunos psicólogos no van a la institución, o van cuando disponen de tiempo, ya que tienen otros trabajos, y el paciente termina esperando mucho tiempo en la guardia, hasta que alguien llegue a atenderlo, otra razón de las ausencias, es que estas guardias son muy mal pagas²¹. En Moquehuá, al no existir guardias en SM, las urgencias las reciben los enfermeros, quienes, la mayoría de las veces, no están capacitados para esto, porque no es su trabajo, y no les corresponde, pero deben hacerlo ante la ausencia de trabajadores de SM del hospital que residan en dicha localidad.

Para conocer sobre las problemáticas más comunes en SM, sus tratamientos, y los equipos a cargo de ellos, resulta de interés el artículo de Daray (2015), quien inicia explicando que los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son los más sobresalientes en varias regiones del mundo, pero que, pese a esto, la prevención, y el tratamiento, de estas cuestiones no se consideraba prioridad hasta hace poco. Además, expone que gran cantidad de personas que padecen trastornos mentales graves, no reciben atención o el tratamiento es de baja calidad. Las enfermedades, basándose en el modelo de Engel, tendrían componentes biológicos, psíquicos, y sociales, y sería la intervención en alguna de estas 3 áreas lo que mejoraría la situación. Pero esto lleva a malentendidos, y a la mala aplicación del modelo, porque, en vez de indagar en qué es lo que necesita ese paciente, cuáles son sus carencias, sus padecimientos, se cree que se debe actuar, sí o sí, sobre las 3 áreas, reforzarlas, cuando, quizás, el tratamiento debería orientarse solo a una de ellas, esto conlleva una incorrecta asignación de los recursos destinados a SM. Este modo de proceder suele verse en los modelos asistenciales, resulta cómodo ya que cualquier cosa que uno haga está bien, y no se analizan los resultados, ni la adecuación del paciente al tratamiento.

En Argentina, para revertir esto, tomando como guía la LNSM de 2010, se ha buscado integrar los diferentes tratamientos (ya que la complejidad de la mente humana no puede abarcarse con un único dogma-método) a diversas profesiones, así como a la comunidad, descartando la idea de que el padecimiento es sólo

²¹ Ver anexo. Entrevista 3 (pág. 62)

asunto de quien la padece y su psicólogo a cargo. Además, se declara que todo paciente tiene derecho a una intervención que esté justificada por fundamentos científicos (entendiéndose éstos como aquellos conocimientos sobre el mundo, basados en la observación, los hechos, y la experimentación, obtenidos empleando el método científico), pero, también, ajustada a principios éticos, los planes y programas en SM también deben adecuarse a este marco, el problema, es que no se ha especificado bajo qué criterio, ni con qué justificación, una práctica está aceptada o prohibida (tampoco existe tal listado de aceptación-prohibición), lo cual deja, a la práctica en SM, desregulada en este sentido.

Para reflejar el lugar que se le da a la SM en este contexto, retomaremos la noción de productividad, siguiendo a Galarza (2015), quien comienza su exposición diciendo que, durante la época del higienismo social, las temáticas que se trataban, en torno a la SM, eran, la relación campo-ciudad, y la cuestión de la raza y la identidad nacional. En torno al primer asunto, se consideraba que había que aislar a los pacientes, con una lógica manicomial, alejarlos de los conflictos que representa la ciudad, suponiendo que el aire puro y la naturaleza debían ser beneficiosos para la cura. La segunda temática, relacionada con la raza, tenía en cuenta la degeneración que ésta podía sufrir, postulados que conocemos desde Darwin, por ende, se creó la idea de que era necesaria la constitución de una nueva raza nacional, a la cual había que proteger de las impurezas que, supuestamente, traía el inmigrante. Dicho esto, este dispositivo buscaba la cura, pero también el control, de la población. Los destinatarios del higienismo acababan siendo los desposeídos, quienes no tenían acceso, ni por su situación económica, ni por su posición social, a los beneficios de la medicina privada.

Ahora bien, esta imagen de la enfermedad en SM, asociada a los inmigrantes, a los desposeídos, llevó a moldear una imagen de la locura asociada a la improductividad, sobre la cual el Estado tenía la posibilidad de intervenir, y dejó a los pacientes segregados en las instituciones, entendiendo, por segregación, al efecto que se produce por relacionar diferencialmente grupos sociales tanto en una dimensión territorial como ideológica, política y jurídica.

A partir de la década de los 90, y parte de los 2.000, la lógica neoliberal, la cual subordina las políticas redistributivas a la necesidad de reducir los déficit

presupuestarios excesivos, relegó al mercado la atención de la salud, la educación y la vivienda, lo cual llevó a que grandes sectores de la población dejaran de ser atendidos por el sistema público, como consecuencia de los recortes económicos, pero, también, por el sistema privado, debido a la falta de acceso a él, que la precarización laboral, así como el desempleo, generaban. La salud es concebida, simultáneamente, como un derecho, pero, además, como un generador de riqueza, desde el lado de la industria de la salud, de la oferta y demanda, y del poder de adquisición.

El concepto que nos interesa, la productividad, tiene un doble efecto, que se desprende de las PP, el primero tiene que ver con la maximización de recursos (los que el Estado siempre considera como faltantes), como la adquisición de aparatología de alta complejidad, la fabricación de medicamentos, y la disponibilidad de turnos y, un segundo efecto, se relaciona con la capacidad de producir, reproducir y ampliar el capital político de los funcionarios del municipio.

La salud mental, y esto produce que aparezca en un plano inferior a las demás áreas de salud, sería para el Estado, improductiva, ya que la *locura* sería más lejana que otras enfermedades corrientes, y aparece ligada a factores negativos de productividad, porque un mismo paciente puede ocupar una cama más de dos o tres meses, dificultando la rotación rápida de personas, porque constituye un alto gasto en medicamentos y atención (debido a que, generalmente, las personas no tienen obra social), y porque no resulta, para el poder político, una población sobre la cual el mejoramiento de indicadores de mortalidad o morbilidad le permita generar prestigio (una de las razones de esto, puede ser por el alto grado de invisibilidad que padecen los pacientes de SM) (Galarza, 2015). El presupuesto público se destinaría a otras enfermedades del área de salud, y esto sería visto con mejores ojos por los ciudadanos, que si fuera destinado a adicciones, psicosis, o enfermedades de menor impacto en la población. Además, las listas de espera para turnos, en SM, son larguísimas, porque cada tratamiento lleva su tiempo, los cuales no suelen ser acotados, y porque llegan muchas personas demandando atención, produciendo un estancamiento en la circulación de la población dentro de las instituciones.

Con respecto a las modalidades de abordaje en SM, por último, es interesante remarcar qué ocurrió con el logro de la sanción de la LNSM de 2010, la cual significó un avance en materia de derechos, ya que su objetivo es la recuperación de la dignidad de las personas usuarias de servicios de SM, la ley fue utilizada para transformar prácticas largamente establecidas en SM y representaciones sociales, por lo que es lógico que el camino de la implementación plena de sus postulados no sea lineal, dado que hay fuerzas, actores e intereses que se resisten a la pérdida de hegemonía en este campo, además de que es necesario dejar de lado las viejas instituciones de lógica manicomial para dar paso a los nuevos tratamientos, un punto con el que deben ponerse de acuerdo todas las provincias, y avanzar de igual forma. Otro obstáculo para el pleno cumplimiento de esta ley, lo conforma el sistema fragmentado de salud nacional, se requiere una política integral en salud, para que pueda ser llevada a cabo, para romper el aislamiento de las acciones en SM, así como políticas de pleno empleo, donde el Estado se convierta en el garante de los derechos sociales, económicos y culturales de psicólogos y pacientes. Resulta difícil tratar de modificar el sistema en su totalidad, aunque una de las fortalezas de la ley, fue potenciar actores que tenían menos visibilidad y peso, al incluir, en los tratamientos, a los usuarios y familiares de los pacientes (Stolkiner, 2015).

La integración del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires ha sido trazada como meta a seguir, e implica la integración de la SM a la salud en lo que hace a su definición política, comprensión problemática y organización de respuestas frente a las demandas y necesidades de la comunidad. Desde el Estado, se ha establecido el Plan Provincial Integral de Salud Mental (Plan Provincial Integral de Salud Mental, 2022/2027), el cual establece, como su objetivo, la integración del sistema de salud de Buenos Aires, incluyendo las problemáticas de SM, a las cuales considera tanto el producto como la fuerza impulsora para el desarrollo, a la salud en general. Esta integración exige no solo la voluntad del Estado, sino, también, la participación y el compromiso de diferentes actores y sectores de la población. El sistema de salud que se busca obtener con este plan, centrado en los cuidados, y en la continuidad de los mismos, requiere que se produzca una integración entre los diferentes niveles de atención, que se traduzca en una red de cuidados progresivos, con base en las comunidades, capaz de articular y construir redes en salud, con criterios de integración, colaboración y coordinación de acciones.

Uno de los puntos de los cuales es responsable el Estado, es la asignación de recursos económicos en salud, y, siguiendo a Costanzo (2015), se enuncia que el sistema sanitario provincial está en crisis, debido a un insuficiente aumento del presupuesto destinado a la SM, por lo que la ley tendría existencia, en este nivel, solo a nivel discursivo, mientras que, a nivel práctico, son necesarias ciertas revisiones de las acciones que se implementan en SM para que pueda llevarse a cabo tal como está planteada. Esta carencia económica, anudada a la ausencia de revisión del cumplimiento de la ley, provoca que se sigan padeciendo deficiencias en los servicios en cuanto a la atención, a los insumos, condiciones edilicias y personal, así como se dificulta el trabajo interdisciplinario, por las condiciones de contratación, y precarización, que se dan en el sistema público. El factor económico es crucial para garantizar la continuidad de los servicios, y la buena calidad de éstos, y es responsabilidad del Estado ajustar el presupuesto destinado a salud en general.

Luego de la crisis económica, social y política del año 2001, se redefinió nuevamente la relación entre estado-mercado y sociedad, abandonando la visión del sistema de salud como un mercado de seguros en competencia, reasignándole al estado un rol rector de la economía y tendiendo a un desarrollo basado en la generación de empleo, ampliación del mercado interno y políticas sociales con enfoque de derechos (Stolkiner, 2015). Se generaron las condiciones para que en el campo de la SM aparecieran nuevos actores en los tratamientos, los organismos de derechos humanos y las organizaciones de usuarios y familiares, y para que se generaran políticas públicas con siguiendo estos enfoques.

Planes /programas en SM y el lugar del psicólogo

Al hablar de Salud Integral se debe reconocer al campo de la salud interrelacionado con otros, como el educativo, el laboral-económico, y el de las políticas sociales, ya que, para alcanzar un estado de relativo bienestar, deben incluirse todos los campos que intervienen en los diferentes contextos, los cuales, ante una modificación favorable, deben indicar mejoras en la calidad de vida de las comunidades (Gavilan, 2015).

Para lograr modificaciones en el área, motivadas por posibles problemáticas detectadas, necesidades y/o demandas que surgen, deben llevarse a cabo diferentes planes, programas, políticas públicas, acciones, y estrategias, que

incluyan, en su elaboración, a la promoción y prevención, para el mejoramiento de la calidad de vida, del medio ambiente, y de la salubridad, y que tengan en cuenta los recursos disponibles para tratarlas. En este apartado, se analizarán los programas Casa Pueblo y Envi3n, y el plan Sedronar, pertenecientes a la localidad de Chivilcoy, y el programa Asociaci3n Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal, perteneciente a la localidad de Moquehu3.

Los planes y programas en salud tienen, por objetivo, mejorar la salud de la poblaci3n, disminuir las inequidades para la accesibilidad de los servicios, aumentar la satisfacci3n de la poblaci3n, y asegurar la calidad de las prestaciones de salud. En su elaboraci3n, deben tener un enfoque de trabajo desde la promoci3n y prevenci3n, aunque esto puede significar dos cosas: desde una perspectiva conservadora de la promoci3n, se buscaría fortalecer la idea de autonomía de los sujetos y grupos sociales, pero esto se haría estimulando la libre elecci3n, segun una l3gica de mercado, disminuyendo, a su vez, las responsabilidades del Estado, ya que los ciudadanos cuidarían, progresivamente, de sí mismos, y, desde una perspectiva progresista, las estrategias de promoci3n, se dan a trav3s de las PP intersectoriales (orientadas a mejorar la calidad de vida), de generar y motivar condiciones favorables para el desarrollo de la salud, de reforzar la capacidad de los individuos y comunidades, así como a trav3s de la reorientaci3n de los servicios de salud (con la idea de superar la atenci3n basada, solamente, en la presencia de la enfermedad) (Czeresnia & De Freitas Machado, 2006).

Las estrategias de promoci3n, vinculadas al progresismo, deben combinar acciones del Estado (PP saludables), de la comunidad, de los individuos (con el desarrollo de las habilidades personales), del sistema de salud (con su reorientaci3n, y cambios en la formaci3n de los profesionales, orientados a una visi3n comunitaria), y de asociaciones intersectoriales, trabajando en conjunto con otras instituciones (Marchiori Buss, 2006). Adem3s, es necesario que est3n orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas, deben adecuarse a las necesidades que surgen en una poblaci3n marcada por intensas desigualdades, las cuales colaboran en el deterioro de vida, en el aumento de los riesgos en salud, y en la reducci3n de los recursos para enfrentar estas problemáticas.

La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR), es el organismo a cargo de coordinar políticas públicas enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos, en todo el territorio nacional. Al comienzo, trataba sólo problemáticas de drogas y alcohol, actualmente, la atención se amplía a todo tipo de adicción, como puede ser al juego o a la comida. La ubicación de los distintos espacios de Sedronar funciona según el Dispositivo Territorial Comunitario, es decir, cada dispositivo, analiza y tiene su forma de trabajar en relación a las condiciones y posibilidades que hay en cada territorio, con los usuarios de la zona. En Chivilcoy está ubicada una sede de Sedronar que recibe a personas que residen en distintos lugares, entre ellos están las localidades de Moquehuá, La Rica, Biaux, Mercedes, 9 de Julio. Los psicólogos que trabajan allí brindan espacios de atención terapéutica, y acompañan a los pacientes, ya sea porque sostienen otro tratamiento con algún otro profesional, o porque están en búsqueda de trabajo, por ejemplo. Además, el paciente puede fluctuar entre espacios de atención individual o grupal, según cómo se lo evalúe al momento de su llegada, y en la posterior evolución que pueda presentar.

Casa Pueblo, por su parte, es un programa nacional, y es considerada una Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario, es decir, un lugar de atención de modalidad ambulatoria y comunitaria, este programa surge, en conjunto, de Sedronar y un movimiento social, el Movimiento Evita. Se caracteriza por ser un espacio de escucha y aprendizaje colectivo, que busca acompañar las distintas problemáticas que surgen en cada zona en la que está ubicada, así como en cada comunidad específica, con el objetivo de garantizar el acceso a la atención, asistencia e inclusión social de las personas con consumo problemático de sustancias y/o que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad social, en el ámbito de sus propias comunidades. En estas instituciones, trabajan mediante un abordaje integral, territorial y con perspectiva de género sobre los consumos problemáticos. En Chivilcoy, comparte su espacio físico junto con Sedronar, por cuestiones económicas, y los psicólogos que trabajan allí llevan a cabo espacios de terapia, de primeras escuchas, y hacen salidas al campo, generalmente brindado talleres, sobre las problemáticas que atienden, en distintas instituciones educativas.

El programa provincial “Envi3n” est1 dirigido a lograr la inclusi3n socioecon3mica, pol3tica y cultural de j3venes, entre 12 y 21 a1os, que se encuentren en situaci3n de vulnerabilidad social. La idea principal es generar redes socio-comunitarias para mejorar las condiciones de vida de los usuarios. El convenio con Municipios y/o ONGs, habilita la apertura de sedes f3sicas locales donde se desarrollan las actividades a cargo de profesionales y talleristas. En Chivilcoy, funciona en un CAPS, y los psic3logos que trabajan all3 realizan varias actividades, entre ellas: hacer seguimientos a los casos, atender emergencias que surjan en la instituci3n, llevar a cabo cuestiones administrativas, cocinar/ofrecer meriendas y desayunos, por lo que no resulta un rol tan definido, quiz1s, como en otras instituciones, donde se limitan a espacios de terapia, y acompa1amiento.

La Asociaci3n Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal, por 3ltimo, es nacional, y su objetivo es trabajar en la prevenci3n, promoci3n, abordaje, tratamiento y cuidado de la SM Perinatal, atendiendo a personas gestantes, o que ya han tenido sus beb3s, haciendo orientaciones en crianza, tambi3n tratan problem1ticas de violencia y/o consumo, en pacientes que, adem1s, estaban embarazadas o ten3an a sus beb3s reci3n nacidos. La asociaci3n es sin fines de lucro, y funciona con bonos solidarios e institucionales, es decir, cada persona puede elegir y decidir de acuerdo a sus posibilidades econ3micas el importe que abonar1 en el dispositivo por cada sesi3n.

La necesidad de comprender las distintas situaciones a las que nos vemos enfrentados, as3 como elaborar diferentes intervenciones para cada caso, ha llevado a que nos planteemos estrategias preventivas en salud, 3stas exigen acciones anticipadas con el fin de hacer improbable la expansi3n posterior de una enfermedad, as3 como intervenciones destinadas a evitar la aparici3n de enfermedades espec3ficas, reducir su incidencia y/o trabajar con las secuelas de 3stas (Czeresnia & De Freitas Machado, 2006). Estos planes en SM, deben incluir a la sociedad, motivando la participaci3n social o comunitaria, involucrando a la poblaci3n en las acciones preventivas para mejoramiento de la salud.

Desde otro enfoque, la definici3n de prevenci3n hace referencia a la capacidad del ser humano y su grupo social para anticiparse, con diferentes estrategias, a situaciones que puedan provocar diversos tipos de da1o, posibilitando as3 crear y/o

fortalecer los conocimientos, actitudes, habilidades y valores que ayudarán a impedir o minimizar el daño (Gavilán, 2004).

Son 3 principios éticos los que rigen el trabajo desde la prevención: la anticipación, interviniendo para evitar el daño, la universalidad, con la pretensión de que la población, indiferentemente de cuál sea su condición, logre acceder a los servicios de salud de forma igualitaria, y atenuar los conflictos, para las personas ya enfermas, o aquellas que podrían enfermarse en un futuro, al actuar sobre las causas (Berlingher, 2009).

El trabajo en prevención, debe llevarse a cabo, en conjunto, con la sociedad, volviéndola partícipe activa en las cuestiones de SM, esta es la idea de la participación social (PS), la cual puede entenderse como el proceso de intervención de la población organizada en cuestiones relacionadas a la atención de la salud, así como a la toma de decisiones que tiene que ver con la satisfacción de necesidades, y el control de los procesos que se llevan a cabo (Sopransi & Lenta, 2010).

Desde la perspectiva mencionada, se rechaza considerar a las personas como clientes, se reivindica la condición de sujetos de derechos, siendo la salud un derecho social, que debe estar garantizado por el Estado. Se sostiene una visión holística e integral de la salud, con énfasis en el bienestar y en la promoción, y considera útil la unión del saber popular con el saber científico.

La participación, en el trabajo comunitario, se entiende como realizada por fuera del tratamiento clínico individual, separados, aunque ambos abordajes se lleven a cabo dentro de la misma institución, y con los mismos usuarios, lo que indica un claro sesgo en la definición de este modo de abordaje. Los procesos participativos, creativos, donde el psicólogo se las ingenia para incluir a los usuarios, para que ellos puedan expresarse, son una forma de transformar la comunidad, de fortalecer las redes de contención de la población, y sirven para modificar la imagen de una comunidad pasiva, que poco y nada conoce sobre las cuestiones que circulan en su territorio sobre SM (Bang, 2013). Las estrategias participativas, pueden llevarse a cabo con pocos insumos, incluso simulando situaciones cotidianas, como llevar a cabo una mateada, organizar un festival, o distintos talleres. Es en Envión, lugar en el que se busca incluir y actuar como espacio de referencia para los adolescentes que acuden, donde el equipo técnico lleva a cabo diferentes actividades para animar

el sentido de pertenencia a la institución, generalmente, se dictan talleres, y las temáticas de éstos varían dependiendo de los intereses de los usuarios, algunos fueron de murga, cocina, apoyo escolar, o deporte.

Formar parte de un dispositivo grupal, y llevar a cabo actividades que difieren, en mucho, de la atención terapéutica individual o convencional, puede llevar a la pregunta sobre qué rol ocupan, los psicólogos, en una institución. Por roles del psicólogo nos referimos a las conductas que se esperan de él, teniendo en cuenta su posición, por lo que resultan múltiples y heterogéneos, dependiendo de la época en la que se sitúe, de los distintos campos de trabajo, y de las herramientas teóricas, metodológicas y técnicas con las que cuente, pero no son únicamente las acciones visibles las que cuentan, sino que es importante tomar el lugar desde el cual se llevan a cabo estas actividades, en nuestro caso, sería como trabajador de la salud mental (Ferullo de Parajón, 2006).

En el programa provincial Envión, las psicólogas pueden estar presentes en los talleres, participar de ellos, pueden cocinar si así lo requiere la situación, repartir las meriendas, tomar mates con los chicos, pintarles las uñas a las chicas, o realizar tareas administrativas, pero, lo que interesa, es la posición desde la cual desempeñan estas actividades, sabiendo que, si fuera necesario, podrían intervenir ante una situación que surja en un taller, ante un mensaje de algún usuario pidiendo ayuda, o podrían alojar a un padre o madre que se acerque preocupado por su hijo o hija. Si bien el rol es descomprimido, atendiendo a las necesidades que surjan en el momento, no tan definido como en otras situaciones (dentro de un consultorio privado, por ejemplo), no por eso se pierde de vista el lugar que se ocupa, ni la distinción con los pacientes.

En Sedronar, además de los talleres, se dispone de espacios públicos, y al aire libre, como plazas o el polideportivo, para llevar a cabo diferentes actividades entre profesionales y pacientes, por ejemplo, suelen realizar partidos de fútbol enfrentando ambos grupos, o se brindan espacios de reflexión, siempre teniendo en mente el tratamiento de los pacientes, cómo abordar sus problemáticas, o introducir otros temas que, quizás, hasta el momento, no se habían cuestionado.

Desde la prevención, se puede trabajar siguiendo algunas divisiones en la labor, como puede ser: la prevención primaria, que, junto con la promoción, buscan

prevenir las enfermedades y mejorar las condiciones de vida de los individuos, y la prevención secundaria, que, junto con la medicina preventiva, llevan a cabo actividades médicas específicas, servicios brindados a las personas para diagnosticar y tratar las enfermedades en su fase pre-sintomática o inicial, para evitar su desarrollo y minimizar el daño (Berlingher, 2009). Otra forma de ordenar el trabajo en esta área, es diferenciar la prevención específica, la cual apunta al trabajo a partir del síntoma, donde las consecuencias de las diferentes problemáticas incluyen diversos niveles informativos y apuntan al temor, de la inespecífica, o múltiple, la cual está orientada a modificar aspectos multicausales que hacen al “estilo de vida” de los grupos, a modificar hábitos y actitudes tendientes al logro de una mejor calidad de vida (Gavilán, 2004). Esta última modalidad es la ideal para el trabajo comunitario, debido a su carácter integral y multideterminado.

Adoptando el enfoque de la prevención inespecífica (Gavilán, 2004), es el trabajo con otras instituciones, con la familia, o sobre aspectos de la conducta del sujeto, lo que puede mejorar la calidad de vida del individuo, o ayudar a resolver la situación conflictiva en la que se ve envuelto. En el programa provincial Envión, se llevan a cabo acciones para reducir las problemáticas o disminuirlas, trabajando bajo un enfoque de prevención secundaria, e inespecífica, al desempeñar sus tareas de forma intersectorial. Una situación que puede ilustrar esta cuestión es que, ante el conocimiento de que algún adolescente, que acude a la institución, faltó reiteradas veces a la escuela, las psicólogas intervienen, en conjunto, con el Equipo de Orientación Escolar, con el objetivo de averiguar la razón de las ausencias, si es por alguna necesidad no cubierta, falta de materiales, lejanía, entre otras. Además, si algún usuario manifiesta un problema médico que requiera atención de otro profesional, se lo deriva a un CAPS, o al hospital municipal, haciendo un seguimiento del caso.

En Sedronar, por su parte, se trabaja bajo un enfoque de prevención específica, ya que se actúa a partir de un determinado síntoma, en este caso los consumos problemáticos, y se articula con posibles causas, o consecuencias, derivadas de éste. Las acciones de prevención tienden a lograr mejores estilos de vida, para no caer en problemáticas psicosociales actuales (Gavilán, 2004).

En la institución mencionada, los psicólogos desempeñan una función de acompañamiento a pacientes que están buscando trabajo, o que, mediante el cobro del programa Potenciar Acompañamiento (para personas con consumos problemáticos), buscan armarse un emprendimiento, o algún proyecto, que les permita generar dinero a largo plazo, lo cual incluye, además de prevenir una posible recaída en los consumos problemáticos, armar un plan de vida junto con el usuario, asegurar una actividad laboral, ingresos, desarrollar capacidades, desde una perspectiva integral sobre su situación, además, los psicólogos que trabajan en esta institución suelen desempeñar su labor de forma coordinada con otras instituciones, como la escuela, para que un paciente logre terminar sus estudios, analizando, y viendo la manera de colmar, si es necesario, sus carencias, o los obstáculos que le dificultaban el acceso a la educación.

Trabajar desde la perspectiva de la prevención inespecífica, aunque ambas modalidades sean necesarias, se relaciona con posicionarse en el paradigma social-expansivo, permite aprehender los factores psicosociales que modifican la salud (para bien, o para mal), ocupándose de la dimensión subjetiva del proceso, y posibilitando trabajar desde allí, de forma integrada e interdisciplinaria, incluyendo a la comunidad. De esta forma, se pretende abandonar el paradigma individual restrictivo, vinculado al modelo médico hegemónico, predominante durante años, que llevaba a ocuparse del sujeto enfermo, sin considerar el estado de bienestar relativo que puede alcanzarse. Desde este anticuado enfoque, los psicólogos fueron formados para tratar la enfermedad, siendo incapaces de visualizar lo sano, de elaborar estrategias en protección y promoción de la salud, además, dificultó el trabajo con unidades abiertas, grupos, centrándose solo en los sujetos, ampliándose, como mucho, a sus familias, y aislando a los profesionales de la psicología de las demás disciplinas (Saforcada et al., 2015).

Sin embargo, vemos que, en algunas instituciones, de manera más frecuente en los consultorios privados, este paradigma restrictivo, con su modo de trabajar en singular, sigue predominando por sobre los demás, algunos psicólogos mantienen lo individual, la clínica cerrada, como su actividad, incluyendo, solo si es necesario, a algún acompañante terapéutico, o a los padres consultantes (en el caso de niños o adolescentes). Además, se espera que llegue la demanda para actuar, ya sea propia del paciente, o de alguna otra institución que lo deriva, viene con una

urgencia, algo que hay que atender ya, una problemática que, probablemente, se haya ido gestando hasta llegar a ese punto donde requiere atención inmediata. De todas formas, es imposible no verse relacionado, en la labor clínica, con otras instituciones en las que está inmerso el sujeto, como la escuela, algún centro de salud, o con profesionales de otras áreas, con los cuales el paciente mantiene otros tratamientos, como un psiquiatra, médico clínico, o trabajador social, y el contacto se da a través de reuniones interdisciplinarias, o informes relacionados al sujeto en común. En las instituciones públicas, es más fácil identificar el modo de trabajo acorde al paradigma social-expansivo, ya que, tanto los psicólogos, como otros profesionales, se encuentran en relación constante con otras instituciones, con la familia del usuario, y con el entorno en el que está inmerso, no se trata únicamente la problemática que expresa el sujeto, o con la que llega a la institución, se aborda la realidad de forma integral, teniendo en cuenta múltiples aspectos que pueden incidir en cómo se encuentra actualmente.

Trabajar de forma grupal, así como con otras instituciones, profesionales de distintas áreas, y con la comunidad, permite que se lleve a cabo un tratamiento integral en SM, habilitando la inclusión de no profesionales en el cuidado de los pacientes, y armando *redes para*, vinculares, las cuales sirven como medio para dar mejores respuestas a los problemas de los sujetos, actúan como formas de articulación multicéntricas, aceptando las heterogeneidades que circulan. Las redes poseen una estructura horizontal, siendo estables e independientes, el sujeto, siendo parte de una red, va adquiriendo una cierta creatividad en su accionar que se ve reflejada en sus intervenciones sobre el campo (Rovere, 1999).

El armado de redes no solo hace referencia a la proximidad, y al vínculo físico, también puede darse de forma virtual, con la cercanía que, de alguna forma, el internet posibilita, este es el caso de la Asociación Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal²², en la cual los pacientes, tanto como los psicólogos, psiquiatras, puericultores, y demás profesionales que trabajan en esta institución, armaron una red, logrando conectar diferentes zonas del país mediante la atención online en SM, hay psicólogas de Salta, Tucumán, o del Sur, así como pacientes de Río Gallegos, o Santa Fé, entre otros.

²² Ver anexo. Entrevista 8 (pág. 95)

La red armada abarca la conexión virtual, encontrarse desde diferentes lugares del país, llevar a cabo un tratamiento de manera online, pero, además, hablando sobre el modo de trabajo con los pacientes de la asociación, una psicóloga nos comenta: *“con todos los pacientes que tengo situación de riesgo, armo red, con las familias, les pido los teléfonos, y hablo”*²³, esto resulta importante para remarcar la inclusión de la comunidad a los tratamientos, la mayor participación que se le otorga al entorno, para que conozca y se apropie, progresivamente, de las prácticas cotidianas en SM, las cuales, antes, eran consideradas materia exclusivamente de profesionales, lo que se obtiene es una unificación del saber del sentido común, proveniente de la población, con el saber científico y profesional. La implicación de la comunidad, la conciencia que desarrollan sus miembros acerca de sus derechos y de sus deberes, así como del origen de sus problemas, necesidades y recursos, son formas de ejercer los derechos ciudadanos y son, también, una expresión de ciudadanía (Montero, 2006).

La transformación que se da es recíproca, tanto de los agentes internos (la comunidad), cuyos recursos y capacidades existentes son desarrollados, y otros nuevos son adquiridos, mediante la organización y el mantenimiento de redes que intercambian servicios y apoyo sociopsicológico, como de los agentes externos (los psicólogos comunitarios).

En prácticas comunitarias, suele ocurrir que algunos integrantes del grupo de trabajo no sean parte de la disciplina científica (como puede ser un educador popular, o un artista), y que, sin embargo, su aporte sea fundamental para el caso que se esté tratando, ya sea por su saber acumulado en su experiencia en el campo, o por su trabajo con los simbolismos y las formas de expresarlos (Stolkiner, 2005).

En Envión, programa provincial, cuyo espacio busca alojar y servir de referencia para jóvenes en situación de vulnerabilidad psicosocial, hay tutores, que, antiguamente, fueron usuarios que estuvieron en el programa, pero que ya tienen el alta, por su edad (21 años max.), y eligieron permanecer en la institución, funcionando como vínculo entre el equipo y los adolescentes, acompañándolos, estando presentes en los talleres y atentos a cualquier situación que pueda surgir²⁴.

²³ Ver anexo. Entrevista 8 (págs. 83, 84, y 86)

²⁴ Ver anexo. Entrevista 2 (pág. 52)

Además, tanto en esta institución, como en Casa Pueblo, que funciona como una Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC), con perspectiva de género, o en Sedronar, que es el organismo a cargo de acompañar a personas con consumos problemáticos, se suman los talleristas, ya sean de cocina, arte, deporte, apoyo escolar, entre otros, quienes, no siempre, son poseedores de algún título profesional, lo cual no los limita para hacer su aporte al espacio terapéutico de los pacientes de dichas instituciones.

CONCLUSIONES:

En el presente TIF se analizan los planes y programas brindados en SM, siendo éstos Sedronar, Casa Pueblo, y Envi3n, en Chivilcoy, y la Asociaci3n Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal, en Moquehu3, los cuales fueron elaborados y llevados a cabo, en base a las pol3ticas p3blicas existentes sobre los temas pertinentes que tratan estas instituciones, adem3s, indagamos en los servicios existentes en SM en ambas localidades investigadas, enfoc3ndonos en las categor3as de accesibilidad, calidad, y en el rol del psic3logo. Dichas categor3as fueron estudiadas en instituciones p3blicas, como hospitales municipales y CAPS, as3 como en el sector privado, tomando como referencia el trabajo en el consultorio, contrastando ambos sectores en las ocasiones en que fue posible.

Las variables mencionadas fueron analizadas desde la perspectiva de la Salud P3blica, la cual busca tener en cuenta tanto al sujeto individual, como colectivo, con su subjetividad, y su forma de responder a las problem3ticas que lo ata3en, desde un enfoque de salud integral, promoviendo estrategias de promoci3n y prevenci3n de la salud en los tratamientos. Al reconocer que toda la poblaci3n necesita, y debe tener garantizado, el acceso universal a la salud, se instaur3 lo que conocemos como salud p3blica, a cargo del Estado, funcionando en las diversas instituciones de las distintas localidades, brindando sus servicios a la totalidad de la poblaci3n.

En cuanto a la accesibilidad, en relaci3n a las localidades investigadas, Chivilcoy cuenta con m3ltiples instituciones p3blicas de SM, como el Hospital Municipal "Dr. Santiago Fornos", 9 CAPS, e instituciones como Sedronar, Casa Pueblo, Envi3n, el Consultorio Amigable, Resguardar, entre otras, resultando en una oferta mucho m3s amplia en materia de SM p3blica que Moquehu3, quien solo posee el Hospital Primario "Jos3 M3ndez". El sistema p3blico se encuentra, actualmente, desbordado

en términos de demanda, la población que se acerca a las instituciones es cada vez mayor, sobrepasando la capacidad de oferta de estos establecimientos y los profesionales que trabajan en ellos, por lo que, en algunos establecimientos, las listas de espera se hacen demasiado extensas, llegando a esperar varios meses por un turno para una entrevista de admisión. La dificultosa accesibilidad, al no contar con disponibilidad para nuevos turnos, lleva a que ciertas coordinadas de trabajo, como el área programática, en los CAPS, no pueda llevarse a cabo de forma exitosa, porque, la institución que más cerca le quedaría al paciente, no tiene disponibilidad para atenderlo.

En cuanto al sistema privado, siguiendo en la misma categoría de análisis, hay psicólogos que tienen más flexibilidad en sus agendas que otros, esto debido a que ven pacientes quincenalmente, por la imposibilidad de pagar para mantener un tratamiento semanalmente, lo que produce que puedan tomar nuevos pacientes, mientras que otros no encuentran nuevos espacios en sus cronogramas para otorgar a los demandantes. A veces el psicólogo hace la entrevista de admisión, y deriva a la persona a un colega, por falta de disponibilidad, pero, esto no ocurre siempre, y, lamentablemente, el usuario queda sin una respuesta de parte del profesional, teniendo que buscar atención por otro lado.

En cuanto a la calidad de los servicios brindados en SM, refiriéndonos a los dispositivos terapéuticos utilizados, respecto al sistema privado, los psicólogos se dedican al psicoanálisis, corriente dominante en su formación académica, que alimenta el rol clásico de trabajador psi autónomo e individual, el cual no debe ser dejado de lado, pero sí, complementado con otros modos de trabajo, los cuales se practican pero no se reconocen como tales, ya que todos los psicólogos trabajan con otras instituciones, con otros profesionales de distintas áreas, y con la familia de sus pacientes. En ciertas instituciones públicas, como Sedronar, Casa Pueblo, o Neurodesarrollo, se llevan a cabo abordajes grupales mediante talleres de distinta índole, además, el trabajo intersectorial está presente en todo momento, ya que se incluye, en el tratamiento, a los diversos actores e instituciones en las que el sujeto se desenvuelve, como pueden ser la escuela, un centro de salud, la familia, algún club de deportes, entre otras.

De los discursos de los profesionales entrevistados se percibe que el sistema público presenta estrategias que apuntan a la intersectorialidad e interdisciplinariedad, respetando la concepción de la salud integral, aunque hay ciertas deficiencias en los servicios, como la ausencia de psiquiatra en los hospitales públicos de Chivilcoy y Moquehuá, que dificultan el mantenimiento de los tratamientos, así como el trabajo coordinado con los pacientes. Otras necesidades percibidas, que actúan como barreras para el acceso y la continuidad de los tratamientos, son: sedes propias para cada plan, programa e institución - falta de consultorios - materiales de trabajo - mayor cantidad de profesionales (como psicopedagogas, trabajadoras sociales, y terapistas ocupacionales).

En cuanto al rol del psicólogo, pudimos obtener que, además de llevar a cabo atención terapéutica individual, están a cargo de las entrevistas de admisión, acompañan a los pacientes, ya sea en el armado de un emprendimiento, o en otros tratamientos que lleven a cabo, y funcionan de nexo con otras instituciones a las que acude el sujeto, manteniendo reuniones con frecuencia establecida de antemano, e intercambiando informes. El psicólogo actúa como agente promotor de cambios, detectando potencialidades del sujeto (entendidos como recursos y/o capacidades), buscando el fortalecimiento y la puesta en práctica de las mismas, así como el cambio en los modos de interpretar, construir e influir sobre la realidad.

Es pertinente remarcar que desde la sanción de la LNSM N° 26.657, en el 2010, la salud ya no se define exclusivamente como la ausencia de enfermedad, sino como un proceso, determinado por múltiples componentes, móviles y relativos. Es por esto que la atención en SM debe estar a cargo de un equipo intersectorial e interdisciplinario, premisa que se cumple en las localidades investigadas, y que, el tratamiento, debe apuntar al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales, brindando, al sujeto, instituciones donde pueda seguir su tratamiento en cercanía a su hogar, ubicados por área programática, y garantizando la continuidad de éste. El Estado debe delegar responsabilidades en esta área, sin que eso signifique hacer de la salud un bien que puede ser adquirido, con buena calidad, únicamente de forma monetaria. Y, la sociedad, debe verse involucrada en la toma de decisiones, no solo sobre sus tratamientos particulares, sino, también, sobre las problemáticas que ellos creen que merecen un lugar, para su tratamiento, en la agenda gubernamental.

Creemos que el TIF ha resultado útil a los fines propuestos, pudiendo caracterizar los servicios en SM, tanto en el ámbito público como en el privado, puntualizando puntos favorables, así como algunas deficiencias, marcadas por los profesionales, en cuanto a la accesibilidad y a la calidad, en términos económicos, edilicios, o de equipo. Además, se analizó el rol del psicólogo, y cómo se llevaba a cabo el trabajo del área psi en las instituciones de las localidades de Chivilcoy y Moquehuá.

BIBLIOGRAFÍA:

- Almeida Filho, C. y Paim, J. S. (2013). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva. En: Latinoamérica, Cuadernos Médicos Sociales, pp. 5-30.
- Asociación Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal (2024). <https://aismp.com.ar/>
- Bang, C. (2013). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Revista Psicoperspectivas: individuo y sociedad. Vol. 13, N° 2, pp. 109-120.
- Berlingher, G. (2009). Capítulo 9 “Ética de la Prevención”. En: Ética de la salud, pp. 87-95. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Carballada, A. (2018). La intervención social. Revista Fundación Soberanía Sanitaria. Vol. 2, N° 4, pp. 71-74.
- Carballada, A. (2001). La Interdisciplina como diálogo: Una visión desde el campo de la Salud. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. N°. 23.
- Czeresnia, D. y De Freitas Machado, C. (2006). Capítulos 2 “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción” pp. 47-63 y 7 “La vigilancia de la salud para la promoción de la salud” pp. 163-183. En: Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencia. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Daray, F. (2015). La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la Argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. 26, pp. 382-389.
- Del Cueto, A. M. (2014). Capítulo 1 “Vivir, pensar, desear”. En: Salud Mental Comunitaria, pp. 23-40. Fondo de Cultura Económica - Buenos Aires.
- De Lellis, M. (2015). Capítulos 1 “Introducción a la Salud Pública como área del conocimiento y de la acción” pp. 11-42 y 3 “El legado de la Atención Primaria de la Salud” pp. 59-84. En: Perspectivas en Salud Pública y Salud Mental. Colección Salud Comunitaria. Ediciones Nuevos Tiempos.
- De Lellis, M. (2010). Psicología y Políticas Públicas Saludables. PSIENCIA, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. Vol. 2, N° 2, pp. 102-106.

Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.

- Feo Istúriz, O.; Feo Acevedo, C. y Jiménez, P. (2012). Pensamiento Contrahegemónico en salud. Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 38, N° 4, pp. 602-614.
- Ferullo de Parajón, A. (2006). Capítulo 3 “La participación como herramienta de trabajo del psicólogo en el campo de la psicología social comunitaria”. En: El triángulo de las 3 P: Psicología, Participación y Poder, pp. 77-100. Paidós. Buenos Aires.
- Frenk, J. (1992). Capítulo 1 “La nueva Salud Pública”. En: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate, pp. 75-93.
- Freud, S. (1918). Nuevos caminos de la psicoterapia psicoanalítica, pp. 153-162. En: Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu, Tomo XVII.
- Galarza, B. (2015). Segregación y dispersión en la atención del derecho a la salud mental en el centro de la provincia de Buenos Aires. Revista Intersecciones en Antropología, N° 16, pp. 69-83.
- Gavilán, M. (2015). Capítulo 9 “Salud Mental - Salud Integral”. En: De la Salud Mental a la Salud Integral, pp. 123-142. Aportes de la Psicología Preventiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gavilán, M. (2004). Hacia una estrategia de prevención: Un modelo de prevención múltiple institucional. Revista Serie Pedagógica, N°4-5, pp. 205-227.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 30, N° 002.
- Liborio, M. (2013). ¿POR QUÉ HABLAR DE SALUD COLECTIVA? Revista Médica Rosario. N° 79, pp. 136-141.
- Marchiori Buss, P. (2006). Introducción. En: Una introducción al concepto de promoción de la salud, pp 19-46.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardilla-Gómez, S. (2014). Del Proceso de Salud/Enfermedad/Atención al proceso Salud/Enfermedad/Cuidado: Elementos para su conceptualización. En: Anuario de investigaciones, pp. 217-224. Volumen 21. Secretaría de Investigación Facultad de Psicología, UBA.

- Montero, M. (2004). Capítulos 2 “¿Qué es la psicología comunitaria?” pp. 31-40 y 6 “El quehacer comunitario” pp. 81-94. En: Introducción a la Psicología Comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Paidós. Buenos Aires.
- Montero, M. (2006). Capítulo 5 “La comunidad como ámbito de ciudadanía: carácter político del trabajo psicosocial comunitario”. En: Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad, pp. 143-172. Paidós. Buenos Aires.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010).
- INDEC (2022) Disponible en:
https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos_bsas/
- OPS/OMS (2007). Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington.
- Oszlak, O. y O’Donnel, G. (1984). Dossier “Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación”, pp. 99-128. Buenos Aires. REDES.
- Plan Provincial Integral de Salud Mental (2022). Disponible en:
<https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-del-oeste/enfermeria-en-salud-mental/plan-provincial-integral-de-salud-mental/66630558/download/plan-provincial-integral-de-salud-mental.pdf>
- Programa Provincial Envión (2024).
https://www.gba.gob.ar/desarrollo_de_la_comunidad/asistencia/envion
- Proyecto Educación (2024). Directorio de la Educación Argentina.
<https://proyectoeducacion.com.ar/colegios-chivilcoy-buenosaires>
<https://proyectoeducacion.com.ar/colegios-moquehua-chivilcoy-buenosaires>
- Rovere, M. (1999). Capítulo 2 “Hacia la conformación de redes”. En: Redes En Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, pp. 18-29. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Saforcada, E., De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). Capítulos 1 “Salud Pública: perspectiva holística, psicología y paradigmas” pp. 19-42 y 4 “De las

políticas públicas a la construcción del sujeto de las políticas” pp. 75-91. En: Psicología y Salud Pública. Buenos Aires: Paidós, Tramas Sociales.

- Saforcada, E., Castellá Sarriera, J. y Alfaro, J. (2015). Capítulo 1: Salud Comunitaria: del nuevo paradigma a las nuevas estrategias de acción en salud. En: Salud Comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad, pp. 17-43. Ediciones Nuevos Tiempos. Colección Salud Comunitaria.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Revista Aletheia, N° 37, pp. 7-22.
- SEDRONAR (2020). Página web: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sedronar>
- Sedronar (2022). Casa Pueblo. Informe: Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC). Crecimiento de la red asistencial, respuestas implementadas y personas atendidas durante 2022. Observatorio Argentino de Drogas.
- Sopransi, B. & Lenta, M. (2010). La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares. Disponible en: <https://www.teseopress.com/psicologiasocialcomunitaria/chapter/capitulo-3-la-participacion-social-en-salud-desde-la-perspectiva-de-las-organizaciones-populares/>
- Stolkiner, A. (2015). Capítulo 1 “Salud Mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria”. En: ¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria, pp. 57-70. Buenos Aires. Ed. Colihue.
- Stolkiner, A. (2005). Salud Mental y mundialización: Estrategias posibles en la argentina de hoy. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental: Interdisciplina y Salud Mental. Posadas · Misiones · Argentina.
- Stokiner, A. (2018). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. Producción de Subjetividad. Perspectivas de la Salud Mental. Fundación Soberanía Sanitaria.

- Tejada de Rivero, D. (2003). Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 8, Número 2.
- Tejada de Rivero, D. (2018). La historia de la Conferencia de Alma-Ata. Revista Perú Ginecol Obstet. Volumen 64, Número 3, pp. 361-366.
- Ulloa, F. (1995). Capítulo V: “La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental”. En: Novela Clínica Psicoanalítica, pp. 231-266. Paidós. Buenos Aires.
- Valle Rodríguez, G. & Bueno Sánchez, E. (2006). Las políticas públicas desde una perspectiva de género. Revista Novedades en Población, año 2, número 4, pp. 1-27. CEDEM, Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana.
- Villalva, A. (2015). Capítulo “La Estrategia de Atención Primaria de la Salud”. En: De la Salud Mental a la Salud Integral, pp. 145-167. Aportes de la Psicología Preventiva. Anexo. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ybañez, M. (2019). Marco legal y de control ético en la formulación de las políticas públicas.

ANEXOS

ENTREVISTAS REALIZADAS A PROFESIONALES

A los fines de este TIF, se entrevistaron 10 profesionales, de los cuales:

- Todos son psicólogos.
- 3 viven en Moquehuá, 7 viven en Chivilcoy.
- 4 trabajan en ambos municipios, 5 trabajan solo en Chivilcoy, 1 trabaja solo en Moquehuá.
- 8 trabajan en el sistema público y privado de salud (3 en el Hospital Primario de Moquehuá "José Méndez", 1 en el Hospital Municipal "Dr. Santiago Fornos" de Chivilcoy, 8 en consultorio privado en Chivilcoy, 1 en el Centro Universitario de Chivilcoy, 2 en Sedronar, 1 en la Dirección de Niñez y Adolescencia, 1 en el programa Resguardar, 1 en Casa Pueblo, 1 en el CAPS "Mariano Moreno").
- 1 trabaja solo en el sistema público de salud (en el Servicio Local de Moquehuá, en el CAPS "Mariano Moreno", y en el CAPS Sur como parte del programa Envión).
- 1 trabaja solo en el sistema privado de salud (en el consultorio privado en Moquehuá, en el Espacio Interdisciplinario Moquehuá, y en la Asociación Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal).

ENTREVISTA 1

- Cintia, 38 años, reside en Chivilcoy, trabaja en Chivilcoy y Moquehuá

La entrevista se realizó de forma presencial en Moquehuá, en el Hospital Primario, en el consultorio de SM.

Me presento, se le explica brevemente el tema del TIF, y sobre la confidencialidad. Comienza la entrevista.

Ludmila: ¿Qué títulos posees?

Cintia: Tengo el título de psicología, y además el de trabajadora social.

Ludmila: ¿Ejerces ambas profesiones?

Cintia: De trabajo social nada, ejercí cuando me recibí, no me acuerdo el año en que fue, más o menos 5 o 6 años, y después me aboqué a la psicología, es algo que me gusta, me genera más placer. El trabajo social lo dejé, pero siempre está en cada intervención, es transversal, no firmo como trabajadora social pero siempre, de alguna manera, se está trabajando desde ese punto, y más en los CAPS, yo trabajé mucho tiempo ahí, tanto como trabajadora social, como de psicóloga, y es un ida y vuelta con la comunidad, conocer a la comunidad.

Y acá hace dos años que estoy, que trabajo en este hospital (Hospital Primario de Moquehuá "José Méndez"), acá en Moquehuá, y hago consultorio privado en Chivilcoy, atiendo adolescentes y adultos, acá en el hospital atiendo niños también. Cuando dejé de trabajar en los CAPS, me nombraron en Moquehuá, el nombramiento llegó después de muchos años de trabajo en la municipalidad.

Ludmila: ¿Sabés, más o menos, cuántos pacientes atendes en cada institución (Hospital Primario de Moquehuá, consultorio privado en Chivilcoy) en la que trabajas?

Cintia: Uyy, no lo tengo contado vos sabés, pero alrededor de 10 o 15 (pacientes) por día, en ambos lugares (Hospital Primario de Moquehuá, y consultorio privado en Chivilcoy). El último día que estuve acá atendí 11. Pero bueno, no es fijo ese número, porque a veces vienen muchas personas a consultar espontáneamente y las tenemos que atender, vienen muchos a pedir un turno, es decir, le hacemos una entrevista de admisión, y otros que ya tienen el turno asignado, con su día y horario acordado.

Ludmila: ¿Cuál es tu carga horaria en cada lugar?

Cintia: Y acá (Hospital Primario de Moquehuá) yo estoy los martes, todo el día, desde la mañana hasta la tarde, hasta el horario que me lleva el colectivo. En mi consultorio privado, hago todas las tardes, y a la mañana no muy temprano, porque no me funcionó lo temprano, ni en mí, ni en los pacientes, arranco tranquila tipo 10 y le doy de corrido toda la tarde.

Ludmila: ¿De cuánto tiempo es, aproximadamente, la espera para una entrevista de admisión?

Cintia: Mucho, porque hay mucha lista de espera, y somos 3 psicólogas, hacemos malabares. Yo lo que he hecho este último tiempo, es poner a algunos pacientes, los que ya están más estabilizados, los que pueden darse el lugar a la espera, atenderlos cada 15 días, y de esa forma, puedo incorporar más gente. Da resultados, siempre con la posibilidad de volver a la regularidad semanal si el paciente lo requiere, y ahí haré movimientos para poder atender la mayor cantidad de pacientes posibles. En lo privado, hoy en día casi no tengo turnos, estoy rechazando, no hay mucha disponibilidad, me manejo derivando, a una compañera, a una colega, le digo "*vos podés atender a este paciente? Yo le hice la entrevista de admisión*" y vamos trabajando así. Le hago la entrevista para ver de qué se trata, la urgencia, si puede esperar o no, si es urgente veo si hago algún entre turno, igual que acá, hasta que se pueda conseguir un espacio, para no dejarlo a la espera. Todavía no podemos manejar del todo la larga lista de espera, hay que aceptar un montón de cosas, por ahí yo me tomo el atrevimiento de decirle al paciente "*mira, no hay lugar, vas a tener que esperar, pero vos cualquier cosa vos te venís, yo estoy, tal horario, tal día*", de alguna manera se le brinda ese espacio de escucha.

Ludmila: ¿Esa lista de espera tan larga influye en la asignación de los turnos? Si un paciente falta, por ejemplo.

Cintia: Sí, eso se toma mucho en cuenta, la responsabilidad del paciente, el deseo de tener un espacio. Por ejemplo acá tenemos un arreglo, mirá ahí tenemos un cartelito porque muchas veces a los pacientes vos les decís esto y como que se olvidan, para que lo puedan leer, que si hay dos ausencias consecutivas sin previo aviso, se da de baja el espacio. Pero esto también es flexible, depende de cada paciente, y eso también tiene que ver con conocer al paciente, como decíamos antes, la mirada desde el trabajo social, implementarla en los casos y no ser tan tajante, ver qué le pasó a este paciente, si sabemos cómo vive, qué situación está atravesando, todo eso se toma en cuenta, al menos en mi caso. Yo particularmente, si falta dos veces, y no me avisa, a la segunda lo estoy llamando, por teléfono, o, acá se trabaja mucho en equipo, yo le digo a las administrativas "*che qué pasó con tal paciente, sabés algo, bueno, llámalo, decile que lo espero la próxima*", siempre como que le doy un changüí. Aunque esto es más la excepción que la regla, que falten varias veces sin avisar. Si falta, sin avisos, y no da motivo, se da de baja, si vuelve, tiene que volver a hacer la entrevista de admisión, pero en la práctica eso es un poco fantasma, yo si tengo todos los datos no le voy a preguntar de nuevo lo mismo, ya lo conozco, se vuelve a poner en la planilla, a la espera, es una forma, también, de incentivar que se cuide el espacio.

Ludmila: ¿Se generan reclamos, de parte de los pacientes, por las esperas? Tanto entre turno y turno, como para la asignación de la fecha de la entrevista de admisión.

Cintia: Sí, vienen, llegan a la mesa de entrada. La administrativa me dice, y lo hago pasar, o después lo vemos, depende el caso, me comunico con él. Siempre con respeto.

Ludmila: ¿Y, aproximadamente, cuánto tiempo te demanda cada paciente, en cada lugar de trabajo?

Cintia: Más o menos 40 minutos, pero eso también es flexible, depende de cada caso, hay sesiones que se cortan antes, si hay algo que amerita el corte se hace, antes. Incluso, no solo se da la atención en el consultorio, muchas veces el teléfono también es una

Landaburo, Ludmila

herramienta que a algunos pacientes yo les brindo, es como *“cualquier cosa me avisas, me llamas, este es mi número”*, muchos adolescentes, con toda la situación que se ve a diario con ellos, a aquel que yo crea que lo requiere, se lo doy.

Ludmila: ¿Te ha pasado de tener que poner un corte a eso? Porque te mandan en cualquier horario, o por cualquier cosa, por ejemplo.

Cintia: Me ha pasado, pero en términos generales respetan, porque es un gesto, y se avisa previamente cuáles son las condiciones, yo a veces les digo *“bueno, yo recibo el mensaje, quizás no conteste rápido porque estoy en otra cosa, estoy trabajando, estoy atendiendo, pero vos quédate tranquilo que eso me llega, lo leo”*, y eso al paciente le genera un alivio, ya, de antemano.

Ludmila: Nombaste que trabajaban mucho en equipo, contame un poco más sobre eso

Cintia: Depende la situación que llegue, hay muchos pacientes que tienen acompañantes terapéuticos, y el acompañante viene, charlamos. Con las administrativas del hospital es fundamental, porque ellas son la cara que recibe a todo aquel que entra, entonces vienen y me cuentan quién necesita un espacio quizás más urgente. Lo mismo con los profesionales, los médicos, las otras psicólogas, tenemos un grupo donde expresamos las situaciones.

Ludmila: ¿Los acompañantes terapéuticos están en el hospital?

Cintia: No, estuvieron un tiempo, ahora vienen si los llaman.

Ludmila: Claro. El director me comentaba que tampoco hay psiquiatra, ¿cómo procedes si crees que un paciente debería tener un turno con este profesional?

Cintia: Es un tema ese, porque al no haber ese recurso, se dificulta muchas veces, porque hay situaciones de urgencia, hay situaciones que ameritan una entrevista urgente, una revisión del caso, de la situación, con un psiquiatra, y no hay. Entonces lo ve un clínico, y es como que se va postergando esa atención que es necesario. Lo derivo, tengo psiquiatras conocidos, que están, que tengo el contacto cercano, y sino en el hospital de Chivilcoy, pero también ahí es como que se demora mucho. Y luego se hace un seguimiento.

Ludmila: ¿Qué abordajes terapéuticos utilizas en tu trabajo?

Cintia: De alguna manera llevo lo que soy, como psicóloga, como psicoanalista, a mis clases de danza, de tango, toda manifestación artística tiene que ver con lo emocional, poner el cuerpo, es como el trabajo social acá, es transversal, eso desde lo grupal, pero nunca hice terapia de grupo. Después es todo individual.

Ludmila: ¿Ves alguna diferencia en tu rol como psicóloga en los lugares donde desempeñas tu trabajo?

Cintia: Ya desde la puesta, los pacientes que van al consultorio privado pagan con dinero la consulta, acá no pagan con dinero pero, quizás, hacen otro tipo de pagos, como no venir dos veces y perder el espacio, es un tiempo de pago para poder sostener el análisis. Y el trato, si bien el encuadre psicoanalítico se sostiene, y es fundamental, en ambos lugares, acá es como más flexible.

Landaburo, Ludmila

Ludmila: Así como hablamos de la falta de un psiquiatra, o de los acompañantes terapéuticos, ¿percibís alguna otra necesidad no cubierta en tus espacios de trabajo?

Cintia: Por ahí más recurso humano, más profesionales, que podamos tener un poco más al día la lista de espera, eso es lo más inmediato, necesario para mí, porque somos muy pocas para la demanda que hay, pero bueno, hay todo un trasfondo, de pagos y demás para contratar más personal.

Ludmila: Ante la demanda, entonces, se le da un turno para la entrevista de admisión, y entre ustedes, ¿cómo se organizan para encargarse de los pacientes?

Cintia: Yo, y creo que mis compañeras también, tenemos asignado un momento de nuestra jornada, para recibir entrevistas de admisión, para recibir pacientes que van a admisionar. Yo todos los martes de 11 a 12 tengo entrevistas de admisión, más o menos las hago, escuetas, en 15/20 minutos, porque a veces son un montón que vienen, lleno una planilla, con todos los datos generales del paciente, con el motivo de consulta, si es una demanda espontánea o vino derivado, si tiene obra social, el teléfono, y al lado siempre ponemos importante/urgente/puede esperar, y eso va a una carpeta que tenemos en común con las otras psicólogas, al costadito hay un espacio en blanco para que cada psicóloga lo pueda tomar o no, dependiendo de su agenda, pero bueno, es bravo, porque hay mucha demanda.

Ludmila: ¿Todos los martes viene gente a la entrevista de admisión?

Cintia: Si, todos los martes hago entre 2 y 4 entrevistas.

Ludmila: ¿Si ese paciente viene derivado, se hace una articulación con esta institución?

Cintia: Si, incluso se pide un informe, para saber y contextualizar un poco, por ejemplo, llegan muchos del servicio local de niñez, y también enviamos informes, se va trabajando en conjunto.

Se le consulta si quiere agregar algo, ante la negativa, nos despedimos y la entrevista finaliza.

ENTREVISTA 2

- Lucía, 33 años, reside en Moquehuá, trabaja en Chivilcoy y en Moquehuá.

La entrevista se realizó de forma presencial, en su hogar, en Moquehuá.

Me presento, se le explica brevemente el tema del TIF, y sobre la confidencialidad. Comienza la entrevista.

Ludmila: ¿Qué títulos tenés?

Lucía: Tengo el título de Lic. en Psicología, ejerzo solo como licenciada.

Ludmila: ¿En qué instituciones trabajas?

Lucía: Yo, actualmente, trabajo, en Chivilcoy, para el municipio, en la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia, dependiendo de esa dirección, trabajo en el programa Envión, es un programa de responsabilidad juvenil, de inclusión social, particularmente, y después también presto servicios en Atención Primaria de la Salud, como psicóloga propiamente dicha, haciendo espacios de terapia, en el CAPS Mariano Moreno, y Envión funciona en el CAPS Sur.

En Moquehuá, trabajo en el Servicio Local de Promoción y Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, el cual funciona en el CIC, y depende de Desarrollo Social.

Ludmila: ¿En el Servicio Local trabajas solo en Moquehuá, o tenes que ir a Chivilcoy también?

Lucía: No, me toca solo acá, el Servicio Local funciona de lunes a viernes, trabajamos con Camila que es trabajadora social, y ahora está Anto también, que es abogada, porque en realidad el servicio local trabaja en duplas. Tienes dos equipos, un equipo de seguimiento y un equipo de medidas de abrigo, nosotras, acá en Moquehuá, somos de seguimiento de los casos, y vamos en duplas, mezcladas, para que sea un abordaje más integral de las situaciones. Acá en Moquehuá no hay equipo de medida de abrigo, generalmente las medidas cuando surgen, pasan a Chivilcoy, porque directamente el hogar está allá.

Ludmila: ¿Qué trabajo llevas a cabo en cada institución en la que trabajas?

Lucía: En Servicio Local, en duplas, hago seguimientos situacionales, recibimos situaciones que pueden ser por comisaría, escuela, u hospital, también tenemos una guardia, las 24hs, que nos vamos turnando entre las profesionales que estamos, no tiene nuestro teléfono cualquier persona, sino particularmente comisaría y hospital, después son más demandas que llegan a través de informes a nosotras, si no son de una urgencia inmediata, se interviene con los equipos de las escuelas, con los profesionales de salud del hospital también, con las psicólogas principalmente, y comisarías a través de denuncias, que ahí articulamos con juzgado, con Comisaría de la Mujer, etc.

En Envión formo parte de un equipo técnico, es un programa para jóvenes entre 12 y 21 años, que tengan algún tipo de vulneración de derechos, la idea es incluirlos, que tengan un espacio de referencia para estar, ellos cobran una beca, en el espacio se brindan talleres,

de diferentes cosas, murga, cocina, apoyo escolar, arte, deporte, de todo un poco. En el equipo somos 3 psicólogas ahora, trabajadoras sociales, acompañantes terapéuticos, y psicopedagoga, somos 7 en este momento. Después están los tutores, que son como beneficiarios, pero que están como un escalón más arriba, porque funcionan como una vinculación entre el equipo y los chicos, generalmente los tutores son los pibes que cumplen 18 años, o 21, que es cuando tienen el alta del programa, y deciden permanecer realizando esta función, que es acompañar un poco la cotidianeidad de los talleres que se dan, y cualquier situación que surge, que les preocupa, pueden contactar al equipo. También hay talleristas. Nosotros, como equipo, la verdad, hacemos de todo, no solo tenemos las cuestiones de emergencia que surgen ahí, seguimientos, también hay muchas cuestiones burocráticas, administrativas, que alguien tiene que hacer, nos dividimos con eso también. Tenemos reuniones semanales también, los lunes. La verdad que es un espacio de referencia para los pibes del barrio, que les encanta ir, que si vienen cobran una beca por ir, se les exige la asistencia una vez por semana, pero van muchas más, muchos pibes van sin cobrar, porque tenemos el cupo lleno, son 150 cupos y está completo, solo entran cuando hay bajas, pero rara vez las hay, contemplamos a pibes de 18 que van y trabajan, a nenas que son mamás, y no les coinciden los horarios, pero la mayoría está asistiendo, y tienen una permanencia, y adherencia, muy buena al programa. Nuestro lugar es pequeño, a veces llegamos a tener 35, 40 pibes ahí adentro, y suelen ir en horario a contraturno de la escuela, informamos por Whatsapp los talleres que se dan y los horarios, la mayoría se entera por ahí, también se da de boca en boca, el programa funciona hace 14 años, yo estoy hace 5, pero recién estos últimos años se está dando a conocer más en la comunidad. Nosotros funcionamos también como un nexo con las instituciones correspondientes, por ejemplo, llega un pibe que no está yendo a la escuela, y te lo cuenta como algo gracioso, y se articula con la escuela, o si presenta alguna situación de violencia, se articula con Servicio Local de Chivilcoy, cuestiones de salud con los CAPS, tratamos de derivarlo a la institución que corresponde, y hacemos seguimiento, porque, en realidad, nosotros ahí no hacemos tratamiento, ofrecemos espacios de escucha, y no solo las psicólogas, porque no estamos en todos los horarios, surge ahí, y se aloja, hemos acompañado a los pibes a hacer denuncias, pero el programa en sí no habilita a los psicólogos a ejercer un tratamiento. El nexo con escuela es mucho más fácil, con salud es complicado porque está todo colapsado.

En APS empecé hace poco, hace unos meses, en octubre, ahí si hago espacios de terapia propiamente dichos, y acompañamiento de las personas que llegan, y funciona con entrevista de admisión, somos 3 psicólogas, no somos muchas, 2 de adolescentes y adultos, y 1 de niños, que está desbordada. Cuando podemos charlamos con alguna compañera, para ver si requiere un espacio, o no, si hay otra cosa más urgente, porque la realidad es que en todos los centros de salud hay lista de espera. Ahora están tardando 3 meses aproximadamente para la entrevista de admisión, pero el tiempo para el turno es más corto, porque, al menos nosotras, si tomamos una admisión es porque estamos en condiciones de tomar a alguien más, en caso de 2 inasistencias continuas, se da de baja el espacio, si vos avisas, no es tanto el problema, yo hago mucho hincapié en eso, tratamos de que lo sostengan, mandamos mensajes, porque sé que lo estuvieron esperando mucho tiempo, la mayoría lo sostiene. Si falta, sin justificación, vuelve a la lista de espera, se evalúa cuál es la situación, o si necesita de forma urgente, considerando cada situación particular.

La psicóloga de niños articula con la escuela, hay una trabajadora social que hace nexo con hospital, si necesita otro turno, o un abordaje desde otro lugar. Aunque situaciones muy complejas, no llegan directamente a los CAPS, llegan a guardia de hospital, van derecho ahí, después derivan del hospital al CAPS, por cercanía, porque funcionan por barrios, lo que pasa es que no tenemos espacio, tampoco es brindarle al paciente un espacio y a los 15 minutos echarlo porque tenes un montón de gente, a mí, que recién empiezo, me cuesta un montón, porque quiero atender todo, y digo “¿Qué respuesta le doy?” porque esa persona viene con la esperanza de que vos le des un espacio, y a veces lo necesitan en serio, y vos entendes, pero no está a alcance responder por eso, es una frustración.

Mi horario ahí es de 08hs a 13hs, iba dos días, pero ahora estoy yendo uno, porque una cuestión de recortes de público conocimiento, no lo puedes sostener, por cuestiones de transporte y todo, yo tengo, para el colectivo, el beneficio del empleado municipal, el obrero, que te cobran la mitad del boleto, pero, hasta que llegas al CAPS, ahí tenes otro colectivo de por medio, hay 3 CAPS, que son los más grandes, que atienden de corrido, de 07hs a 19hs, algo así. La realidad es que tuve que hacer varios movimientos, porque pacientes que atendía en dos días, tuve que reducir a uno, fue un lío, organizarme y organizar a los pacientes, perdí a algunos porque no podían, por trabajo, pero es algo que nos excede por completo. No quería que la gente tenga que interrumpir su tratamiento por algo así.

Ludmila: ¿Cuándo haces los seguimientos en Servicio Local, ¿con quiénes te toca hablar?

Lucía: Siempre se interviene cuando son menores de edad, obviamente con los padres, siempre y cuando no sean los vulneradores de derechos, o con referentes comunitarios, a nosotros se nos acercan vecinos preocupados por situaciones, si requiere una denuncia se los orienta a denunciar, porque no podemos intervenir de forma desprolija, es cuando realmente hay una necesidad, un derecho vulnerado, al ser un pueblo es medio difícil establecer los límites, la gente no sabe a dónde acudir, a veces no sabe ni que estamos trabajando. Incluso la comisaría no sabe, a veces, qué hacer, nos ha pasado que llegan denuncias de adolescentes y no las mandan, y tenemos que llamar nosotras para saber, para pedirla.

Si hay que restituir el vínculo, interviene el equipo de medidas de abrigo, se separa al niño o niña del adulto responsable en ese momento, y la medida puede ser de abrigo institucional o con otro referente comunitario o familiar, y ellas acompañan ahí, si hay que sacarlo del hogar, vamos nosotras, con la policía si es necesario, pero acá en Moquehuá no, no está ese equipo, a lo sumo vamos a la comisaría, es más neutro, y la separación es más gradual, entrevistamos a los padres y nos quedamos con el pibe, se ve qué se hace, en Chivilcoy es más crudo. La primera instancia, igual, es buscar algún familiar, que se ocupe, que pueda responsabilizarse, y ahí, si es necesario, se hace una guarda, o una medida de abrigo, se agota esa instancia, el ingreso al hogar es la ultimísima instancia, para que no se modifique el centro de vida del niño. La medida de abrigo dura 90 días, ahí se decide si se revierte la situación y se puede revincular, o si pasa a una instancia de adopción, mientras, se trabaja con ese adulto, porque la idea siempre es revincular, a menos que sea algo muy extremo, se hacen entrevistas, encuentros, se recomienda algún programa. Y se supervisa durante la medida, con visitas.

Landaburo, Ludmila

Acá (en Moquehuá) soy la única psicóloga en el Servicio Local, en Chivilcoy hay más, incluso son las que vienen al Hospital de acá también, está bueno porque estamos todas conectadas, sabemos qué situaciones van para allá y necesitan un espacio urgente. Yo estoy acá, pero tengo un coordinador, del Servicio Local, en Chivilcoy, al que nos dirigimos ante consultas, y, a su vez, hay un director del área de Niñez, que son varias instituciones y programas, como Operadoras Familiares, Autonomía Joven, Hogares de Abrigo, Envión, Servicio Local, Resguardar que es un programa para víctimas de abuso.

Ludmila: En cada lugar, ¿cuántos pacientes soles atender por día?

Lucía: En el CAPS estoy atendiendo entre 5 y 6 por día, de 08hs a 13hs. Envión y Servicio Local no son espacios para terapia, tenemos entrevistas, no es tan estructurado.

Ludmila: En el CAPS, ¿qué tiempo se le dedica a cada paciente aproximadamente?

Lucía: Yyy, nosotras, más o menos, tratamos de sostener 30 o 40 minutos como máximo, pero es variable, a mí me juega el horario porque no vuelvo en otra ocasión, y tengo algunos pacientes semanales y otros quincenales.

Ludmila: En las instituciones en las que trabajas, ¿se mantiene contacto con algún organismo provincial?

Lucía: Servicio Local depende del Regional, del Zonal, nosotros dependemos de Mercedes. Y Envión es un programa provincial, que tiene como un acuerdo con el municipio, dependemos de provincia, el convenio es que Envión, provincia, paga los sueldos, y los tutores, y las becas, y el municipio provee los recursos que serían talleristas, todo lo que necesitamos en cuanto a materiales, alimentos, las cosas que necesitamos porque ofrecemos la merienda y el desayuno.

Ludmila: ¿Ustedes ofrecen las meriendas y desayunos?

Lucía: Sí, hacemos de todo, te podemos estar pintando las uñas, como cargando el sistema, es re descomprimido en ese sentido. Nosotras capaz que estamos en la oficina, pero están todos, le decimos oficina porque están las computadoras ahí, están los pibes tomando mates, dibujando, a menos que surja algo, no sé, viene un padre por una entrevista, obvio que se cede el espacio.

Ludmila: Hablando de esto, ¿hay alguna otra diferencia que percibas en tu rol en las diferentes instituciones?

Lucía: Sí, en APS es un rol definido, en Envión, no es como que se desvirtúa, pero si partimos de la necesidad que surja en ese momento, por ejemplo, nos has pasado que faltó quien cocina, tenes 30 pibes, y te pones a cocinar, nos pasó a todas. Creo que la idea de tener reuniones de equipo es esa, como volver, ver qué hacer, si hay que prestar atención a alguna situación, hablar con alguien, tratamos de estar conectadas. Es un trabajo que es re lindo, pero a la vez es muy estresante, porque llega de todo, tenes situaciones de todo tipo, tenes que alojar, pero también tratar de que no te desarme todo el resto, tenes pibes de 12 años hasta 21 años, pero no es lo mismo, el que está ahí en su mundo pintando flores y el otro que viene bajo efectos de consumo, nos ha pasado de salir para el hospital, que está

lejísimos. El grupo que se armó es muy lindo, uno lo hace porque le gusta, porque los sueldos no son lo que uno espera, pero a uno lo reconforta este trabajo. En mi caso, mis 3 trabajos son municipales, es un desastre lo que cobra un psicólogo por el trabajo que hace, pero el laburo comunitario me encanta.

Ludmila: ¿Podrías describir a la población que llega a las diferentes instituciones donde trabajas?

Lucía: En Envi3n y Servicio Local es una poblaci3n bastante similar, son ni3os, adolescentes, con muchos conflictos, la mayoría vinculares, podes tener de consumo, de abusos, pero la mayoría son m3s conflictos vinculares intrafamiliares, es un rasgo bastante com3n, familias disfuncionales, padres ausentes, o con dificultades para hacerse cargo del hijo, hay ciertas cuestiones de negligencia que aparecen, muchos son, del Servicio Local, mandados a envi3n, y la mayoría son pibes que terminan en el hogar, y participan por cuestiones de ausencia de referencia de un adulto potable, digamos, que pueda responsabilizarse, o por situaciones de conflicto dentro del hogar, donde hay un solo padre, y necesita que el pibe est3 contenido en otro lugar porque ese padre trabaja, carencias econ3micas tambi3n tiene la mayoría, dificultades para subsistir, durante la pandemia, que no abrimos, nos mandaban si teníamos mercadería, nosotros tenemos por las meriendas, y repartimos si se no se va a aprovechar, para darles una mano a las familias. El Servicio est3 m3s ligado a la ley, la gente no busca tanto el aloj3 como en Envi3n, en Envi3n llega la madre, para charlar, para ver qu3 punto de vista podes darle, al Servicio le tienen m3s reticencia, igual llega gente, plantean que a la sobrina le est3 pasando algo, preguntan qu3 pueden hacer, acá en Moquehu3 es m3s difícil porque ya nos conocen.

En el CAPS, a mi me llama mucho la atenci3n que la mayoría son mujeres, en mi caso tengo 2 varones, el resto son mujeres, y mucha problem3tica de abuso, de violencia familiar. Vos para ingresar a un tratamiento no tenes que tener obra social, entonces suelen ser personas con escasos recursos, que acceden a un espacio que de otra forma no podrían.

Ludmila: ¿Percibís alguna necesidad en tus diferentes espacios de trabajo?

Lucía: SÍ, siempre. Ac3, ponele, son cosas que hacen al trabajo, trabajamos en el CIC, vos lo conoces, es un lugar grande, con una cocina, tuvimos que hacer como un cuartito, luchamos un mont3n, para tener entrevistas con la gente de forma privada, porque nosotras teníamos que ir a entrevistar gente a la cocina, y la cocina est3 abierta, era lo m3s inc3modo posible, aparte nadie va por algo lindo. A veces la gente est3 con eso de “*me ven ahí*” o “*que estoy hablando con...*”, y entra otro a buscar la mercadería, y lo ve, o no se lleva bien con la que limpia, con la que atiende, y asÍ, entonces, para mi estaría bueno tener un lugar aparte, pequeñísimo, por esas cuestiones de que acá nos conocemos todos, y la gente es muy prejuiciosa, otorga privacidad, es necesaria.

En Envi3n, nosotros estamos en el CIC Sur, pero no es nuestra cede, nos ofrecen el espacio, y la realidad es que tenemos un mont3n de problemas de convivencia, con 40 pibes por dÍa yendo ahÍ, m3s la mÚsica, m3s los pelotazos. No los vamos a molestar jam3s, pero nos mandan a la policÍa, vienen enojados, retan a los pibes, como que todo molesta, los mismos que trabajan en el CIC, es el 3rea de Desarrollo Social, a mÍ se me transformaba la cara. No saben ni lo que significa un centro comunitario. Cuestiones edilicias en todos los trabajos creo, en Envi3n es una cuesti3n de recursos tambi3n creo, si

bien aporta la municipalidad, a veces hay pibes más grandes y quieren hacer cursos de barbería, de carpintería, para eso no hay recursos, algo que tenga una buena salida laboral, para ellos es re importante, nos queda ese vacío en el medio, este año estamos peleando, solicitando, aunque sea el de barbería. La verdad que el equipo que tenemos es re variado, trabajamos re bien, pero siempre nos falta una pata. No podemos plantearles *“chicos, ¿qué quieren hacer este año?”*, porque medio que después los dejamos volando, entonces tratamos de que se ajuste un poco más a la realidad, pero también exigiendo nuevas cosas. Profesionales hay muchos, y re variados, pero mal pagos, o no cuentan con los recursos para hacer frente a la demanda que hay, para que el profesional trabaje bien, y no tenga que ajustar 70 pacientes en 4 horas. Yo trabajo todo el día con personas, y alojar a esas personas, ya sea con un espacio o con los recursos para que permanezcan ahí, es esencial, porque el resto está, uno puede tener toda la predisposición del mundo, pero si vas y somos 40 en Enviñón y tenes 20 sillas, o son 40 y tenemos 20 tazas, *“no, banca que termine fulanito...”*, nos pasa, y uno no quiere que se vayan, o que no merienden. A veces compramos nosotras algunas cosas que faltan, porque te da cosa, pero tampoco ganamos millones como para andar haciendo eso, en realidad el municipio debería garantizar un montón de cosas, y no están ahora, nosotras hacemos hasta lo imposible, no solo con recurso humano, sino con lo material. Por ejemplo, en Enviñón tenemos los dos baños rotos, y en verano no abrimos, porque no podíamos estar con 40° con baños rotos, tuvimos que volver sin los baños, no los habían arreglado, dijimos *“usemos el baño de adelante, jodamos a los de adelante hasta que nos arreglen el baño”*, y así estamos, todavía, volvimos en febrero, y uno vuelve por los pibes, porque yo, irme de acá, a las 7 de la mañana, volver a la 1 de la tarde, sin poder ir al baño, sino funciona todo el año, nunca cerramos, y no cerramos del todo porque nos fuimos a la colonia del Racing.

En APS es otra cosa, tenemos una sala de espera, 4 consultorios, y el baño siempre funcionó, entonces yo una vez pregunté *“qué onda, ¿quién mantiene los baños acá?”*, y me dijeron que hay un plomero, una persona de mantenimiento, que se encarga de todo lo que es APS, en los CICS se supone que hay otro, pero nunca llega. Te hacen pedir presupuesto de acá, de allá, después ellos lo tienen que evaluar, pasan 3 meses ya está desactualizado, tenes que pedirlos de vuelta, así, ya te da vergüenza, tratamos de corrernos un poco de ese lugar, porque nosotras no manejamos plata, derivamos todo a una oficina, pasa por todo ese jueguito de firmas, y nosotras esperando, mes, mes y medio, y nunca llega. Pero bueno, nos movilizan los pibes.

Tuvimos una experiencia muy fea, en pandemia, se suicidaron dos chicos de Enviñón, porque no estábamos funcionando, eran pibes que iban y tenían un montón de conflictivas. En la pandemia los perdimos de vista, vivían lejos, otro se fue a otra ciudad, después volvió. Lo único que hacíamos eran actividades virtuales, pero no todo el mundo tenía internet, celular, era muy difícil, y no podíamos ir, no nos abrían el CIC. Pasó el primer suicidio, y dijimos vamos todos con barbijo, a 10 metros de distancia, todos al SUM, para hacer espacios con los pibes, porque estábamos preocupadas, imagínate que eran todos amigos, se conocen todos, se encuentran siempre ahí. Por eso te digo que uno lo hace por vocación, el lugar es de mucha referencia para los chicos, no es la beca lo que pesa, la mayoría no cobra y va, o son mayores de edad y siguen yendo. Es poco conocido el programa pero es re importante, nosotros queríamos abrir otro, en otro barrio, pedimos, hicimos una nota y todo, pero con todo este quilombo, hay gente que viene desde un barrio

lejano a Envi3n, en bici, o en colectivo, cruza todo Chivilcoy, y hay barrios a los cuales directamente no llegamos.

Ludmila: Cuando trabajan articuladamente con otras instituciones, como mencionaste, ¿deben elevar informes? ¿O hacer reuniones con los equipos de esos lugares?

Lucía: Sí, nosotros con escuela y hospital, o el CEC, si hacemos reuniones institucionales, tratamos de que las situaciones que se presenten lleguen de forma escrita siempre, porque contamos con un sistema de carga, de transmisiones, estadístico, a nivel provincial, todo está cargado ahí, los datos, las entrevistas, para que haya un legajo de cada niño, niña o adolescente que está intervenido. A veces llegan primero, y después mandan el informe. Nosotros informes no respondemos, solo hacemos alguna nota al hospital para presentar la situación, a veces, nos solicita informes la comisaría, tampoco respondemos informes a la comisaría, solo a Juzgado, pero la comisaría tiene esa bendita costumbre de que vos le tenes que hacer el informe, y no, ellos tienen que hacer sus propios informes.

Se le consulta si quiere agregar algo, ante la negativa, nos despedimos y la entrevista finaliza.

ENTREVISTA 3

- Carolina, 29 años, vive y trabaja en Chivilcoy.

La entrevista se realizó de forma virtual, ella estaba en el Centro Universitario de Chivilcoy, el cual es uno de sus espacios de trabajo.

Me presento, se le explica brevemente el tema del TIF, y sobre la confidencialidad. Comienza la entrevista.

Ludmila: ¿Qué títulos tenes?

Carolina: Tengo el título de Lic. en Psicología y de Profesora en Psicología.

Ludmila: ¿En qué instituciones trabajas?

Carolina: En este momento trabajo en el consultorio privado, haciendo clínica, trabajo en el Centro Universitario de Chivilcoy como tutora, acompañando el egreso y permanencia de los estudiantes, orientándolos, y en una escuela secundaria dando clases de Psicología. Hasta julio estuve en el hospital trabajando, de julio a diciembre estuve de licencia, y después renuncié.

Ludmila: En tu consultorio privado, ¿trabajas con más profesionales?

Carolina: En este momento estoy sola yo, al principio estaba con dos colegas, pero llegó un momento donde necesitaba tener más espacio, pero con otros colegas siempre uno interactúa, trabajando interdisciplinariamente, con el psiquiatra del paciente, con la trabajadora social, con el acompañante terapéutico si tiene. Además, de acuerdo al paciente, si son niños o adolescentes, uno tiene que trabajar con los padres, con la escuela. Tengo pacientes que, si veo que necesitan, por ejemplo, una consulta con el psiquiatra, hago una derivación, él puede elegir a qué psiquiatra ir, o pedirme recomendación, yo tengo más confianza con algunos profesionales, y se va generando un equipo que uno cree que puede contribuir a mejorar la vida del paciente. Otros pacientes llegan, y ya tienen su psiquiatra, ya tienen sus tratamientos, fonoaudióloga, o acompañante terapéutico.

Ludmila: En el hospital, por ejemplo, cuando trabajabas, ¿cómo estaba conformado el equipo?

Carolina: En el hospi había 6 o 7 psicólogos, había psiquiatras, de adultos e infantojuvenil, estaba la trabajadora, y, después, bueno, idealmente se debía trabajar en duplas. Los recorridos en la sala los hacíamos dos psicólogas juntas, o psicóloga y psiquiatra, pero había días en que el caos, la gente, la demanda, la guardia, no se podía. Somos muy pocos, al tener el hospital tanta demanda, uno va ese día y hace lo que puede con lo que hay. Quizás tenías pacientes programados, pero te llamaban de la guardia, y uno tenía que dejar todo e ir. Uno tiene una teoría hermosa para ir y aplicarla, pero el contexto, los recursos, las urgencias, lo dificultan. Yo, por ejemplo, empecé en el hospi apenas estaba en la pandemia, en junio, y desde ese momento en adelante, fue una demanda increíble, no había comparación, y no es que aumentaron los profesionales que había, siguen siendo los mismos.

Ludmila: En base a la demanda, ¿cuáles eran los tiempos de espera? Para una entrevista de admisión, y, luego, el turno para terapia.

Carolina: Eso es un poco de lo que me llevó a irme del hospital, porque yo no podía ver que tenía que suspender la sala de espera con gente que tenía casos súper graves, o capaz que me tenían que esperar 2hs porque yo estaba con una urgencia en la guardia, y esas personas también estaban con un sufrimiento, con un padecimiento. Eso a mí me empezó a pesar, no me gustaba, no es que no se trabaja, es que uno no da abasto, mi cuerpo no podía.

En el consultorio privado, yo cito a las 3 de la tarde, y como mucho 3:05 ya te estoy atendiendo, no me gusta hacer esperar a la gente, por una cuestión personal mía, porque es el tiempo del otro, me cuesta un montón eso. Vos tenes tu tiempo, tu vida, tus cosas, yo no puedo manejarlo eso.

En relación a las entrevistas de admisión, yo hacía, otra cosa que me ponía mal, pero podía haber demora de 5 meses, un año, trabajar así a mí realmente no me gusta. Siendo un caso urgente, sí, se lo atendía, pero después iba cualquier persona, que necesitaba por x motivo, y queda en lista de espera, y la verdad es que no sabemos por cuánto tiempo, porque hay tantas urgencias, que se terminaba eligiendo por una cuestión de gravedad, que eso también es subjetivo, porque gravedad respecto a qué, al riesgo cierto e inminente para esa persona, y va variando depende la persona. Lamentablemente se trabajan situaciones súper graves en el hospi, nos ha pasado que vienen niños, de la escuela, porque tienen conductas disruptivas, y sí, hacemos una entrevista, y me hubiera encantado darles un turno, pero no podía, ahí entendí que por más que yo quisiera estar en 5 lugares a la vez, finalmente no puedo con todo. Hay gente que puede adaptarse a eso, y gente como yo que se termina yendo, porque no me siento cómoda, no me parece para los pacientes.

Ludmila: Hablando de las escuelas, que mandan a los niños, te quería preguntar, a tu consultorio privado, ¿también te llegan pacientes derivados de otras instituciones?

Carolina: Sí, llegan de escuelas también. La diferencia es que en el hospi llegan personas con pocos recursos económicos, que realmente no pueden pagar otro tipo de tratamiento, ningún tipo, ni de psicólogo, ni de psiquiatra. Y en el consultorio privado quizás sí, con obras sociales, o sin, pero pueden pagar, yo no trabajo con obra social, pero tienen pacientes que tienen, me pagan igual, hacemos una factura, y hay algunas que le hacen un reintegro.

Generalmente, en el ámbito privado, siempre hago reuniones, con los directivos, voy a la escuela, con el grupo que acompaña en la escuela, con los papás. Yo no tengo problema, levanto el teléfono y organizo, no tengo que esperar que manden informe, y sino no voy, siento que perdemos tiempo.

En el hospi, el problema era que había que mandar un informe desde ahí solicitando un turno, la secretaria o el jefe de servicio tenía que autorizar que eso se dé, y después dar el turno que eso capaz tarda, no sé, dos meses. Un montón de cuestiones administrativas, tenes que decir por qué solicitas, un informe, después se evalúa.

Ludmila: Y en el consultorio privado, ¿cómo está tu disponibilidad para tomar nuevos pacientes, o dar turnos?

Carolina: La realidad, yo hablo con mi psicóloga, ella hace mucho está recibida, y me dice que nosotros, los jóvenes recibidos, estamos en un contexto muy privilegiado, donde los pacientes nos llueven, por así decirlo, hay una gran demanda, tanto en el público como en el privado, y cualquier psicólogo que se recibe, llega a tener sus pacientes, y trabajar bien. Yo, por ejemplo, ahora, virtual o presencialmente, pude agregar pacientes, ya no tenía espacio, pero como dejé el hospital, tenía esas horas disponibles, pero uno trabaja mucho.

Ludmila: ¿Percibías alguna diferencia en tu rol como psicóloga, cuando trabajabas en ambas instituciones?

Carolina: Yo trabajo del mismo modo, lo que sí, en el hospital, había cuestiones que no dependían de mí. Por ejemplo, a mí me gusta ser responsable con el horario, a la hora del turno, y dedicarle, por lo general, 45 minutos a cada paciente en una sesión. En el hospital esto se debía dificultado, no podía cumplir los horarios de los turnos, porque generalmente estaba con otra demanda, no porque yo no quería atender, porque surgía otra cosa, y el tiempo tenía que ser reducido, nunca podía atender a un paciente 45 minutos, como mucho media hora, por la gran demanda, no podía atender solo 3 pacientes a la mañana, si había una lista de espera de 5.000. En muchos momentos me llevaba a actuar de un modo que a mí no me gusta, y terminé renunciando. Yo trabajo de un modo muy diferente en el consultorio privado.

En mi consultorio, todos mis pacientes tienen mi número, por cualquier cosa, o si tienen que faltar, me mandan, y coordinamos de nuevo. En el hospital, era muy distinto, nosotros no podíamos dar nuestros números personales, porque al ser una institución, y con tantos casos graves, de urgencia, iban a la guardia, o había un número de servicio, o se acercaban a la secretaria que daba los turnos.

Ludmila: ¿En las guardias había psicólogos?

Carolina: Eran guardias pasivas, si había una urgencia, cualquier día, cualquier horario, nos llamaban, y cada fin de semana le tocaba a uno, e íbamos rotando. Y el psicólogo, se supone que debería ir, digo esto porque yo iba, pero no todos lo hacían, y aparte, muchas veces, los pocos psicólogos que había, hacían guardia, pero era "*voy cuando puedo, porque tengo otros trabajos*", y el paciente tenía que esperar 5 horas en la guardia, hasta que haya un psicólogo. El último tiempo, como estaban tan mal pagas las guardias, había psicólogos que no iban a la noche si los llamaban.

Ludmila: ¿Qué abordajes terapéuticos soles utilizar cuando trabajas?

Carolina: Varía, por lo general, en el ámbito privado, es individual, pero he atendido parejas. Además, esto de la individualidad, uno siempre cita familiares, por los niños y adolescentes.

Ludmila: ¿Cuántos pacientes atendes por día?

Carolina: En el hospital, atendía mucha gente. Capaz en el día terminaba atendiendo una locura, una mañana, capaz que veía a 10 personas, veía a pacientes que tenía citados, después, en la última hora, por lo general iba a hacer la sala, interactuar con la familia, o hacía interconsulta con otro servicio.

Landaburo, Ludmila

Y en el consultorio, en una mañana, puedo atender 4 pacientes, capaz que a la tarde 6 pacientes puedo atender, pero trabajando mucho. Es más flexible, lo manejo yo, de acuerdo al día a día.

Ludmila: Habías nombrado al factor económico como una diferencia entre las poblaciones en las instituciones en las cuales trabajaste, quería saber si percibías alguna otra diferencia.

Carolina: Sí, la situación económica, social, familiar, habitacional. En el hospital, muchísimas veces me he encontrado con gente con pocos recursos en todos los ámbitos, que en lo privado no se ve quizás tanto. En el hospital me pasó que no haya una familia que acompañe, nadie, ningún familiar, no contamos con nadie, ha pasado que la trabajadora social tuvo que gestionar un lugar en el Hogar de Abrigo, o en el Asilo, porque no hay ningún referente, ni nadie que se haga cargo.

En el privado, muchos vienen todas las semanas, otros cada 15 días, por una cuestión económica, obviamente yo siempre les doy la libertad, si necesitan algo, que me escriban. Una chica me dijo de venir cada 20 días. Otra cosa es que cuando el paciente se siente mejor, quizás no es necesario todas las semanas, y se sugiere cada 15 días. Intento escuchar, en ese sentido, a la persona y su singularidad, su demanda.

Ludmila: En esas situaciones, ¿se hacía un seguimiento de ese paciente, en esos lugares?

Carolina: En el hospi, lo hacía la trabajadora social, que cuando ellos no van, al turno, ahí o a algún CAPS si eran derivados, aunque ya estén dados de alta, se intervenía.

Se le consulta si quiere agregar algo, ante la negativa, nos despedimos y la entrevista finaliza.

ENTREVISTA 4

- Gina, 30 años, vive y trabaja en Chivilcoy.

La entrevista se realizó de forma virtual, ella estaba en su consultorio privado, en Chivilcoy.

Me presento, se le explica brevemente el tema del TIF, y sobre la confidencialidad. Comienza la entrevista.

Ludmila: ¿Qué títulos posees?

Gina: Tengo el título de Lic. en Psicología, el de Profesora en Psicología, también de la UNLP, tengo un posgrado en clínica psicoanalítica, y estoy cursando la maestría en esa misma área.

Ludmila: ¿En qué instituciones trabajas?

Gina: Estoy en el consultorio privado, y en Sedronar, que es la Secretaria de Nación de Drogas, le llamamos problemáticas de consumo, atendiendo adultos y adolescentes, y, después, en la facultad, como docente, adscripta a la cátedra de Clínica de Adultos.

Ludmila: ¿Qué tareas realizas en Sedronar?

Gina: Soy del equipo técnico, está conformado por varios profesionales, psicólogos, médico, trabajador social, acompañante terapéutico, talleristas, son los profesionales que acompañan a todas las personas que se atienden ahí. Con este equipo tenemos reuniones semanales, los lunes, evaluamos cómo está funcionando el dispositivo, que es el DTC, dispositivo territorial comunitario. Y, además, atiendo, como psicóloga, pacientes ahí, también cumpla una función en el área laboral, donde acompaño personas, que están tratamiento, en el proceso de búsqueda de trabajo, esto dentro del programa Potenciar Acompañamiento, es nacional, para las personas que están en consumo problemático, que se entiende que están discriminadas en algún punto de su situación, se les da un dinero que ellos administran, con acompañamiento mío, para que ellos puedan ir comprando y armando PYMES, o emprendimientos, que después eso genere un trabajo, y no necesiten más de ese programa, que tiene una duración de dos años, y con ese dinero ellos adquieren las herramientas, por ejemplo, tenemos alguien que compró herramientas para cortar el pasto, fue juntando, ahorrando, se compra las herramientas de trabajo, y a partir de eso se le genera un ingreso.

Ludmila: ¿Tienen que cumplir requisitos para ser beneficiarios del programa?

Gina: Sí, no se postulan todos los pacientes. Nosotros postulamos a los que están en condiciones de recibir ese programa, las condiciones son estar en tratamiento hace, mínimo, 6 meses, estar cumpliendo con esos tratamientos, no tener trabajo en blanco, estar realmente en situación de calle, alguien que realmente necesite de ese programa para poder vivir.

Ludmila: ¿En qué consiste el DTC?

Gina: Sedronar es de Nación, tiene su base en Buenos Aires, pero para que funcione se armaron dispositivos, que se les llama territorial comunitario, porque se trabaja en la comunidad, cada uno tiene su forma de trabajar en relación a las condiciones y posibilidades que hay en cada territorio, con los usuarios de la zona. Acá en la zona está Chivilcoy, y recién lo más cercano es Junín, por ende, tenemos pacientes de Moquehuá, Rawson, La Rica, Mercedes, 9 de Julio, todo lo que es más cerca. Quien quiera acceder a los servicios de Sedronar, tiene que acercarse al dispositivo que esté más cerca.

Ludmila: ¿Con qué instituciones se suele trabajar de forma articulada?

Gina: Trabajamos con el Hospital Municipal, de acá de Chivilcoy, o con algún otro hospital de algún otro lugar, con centros de salud de la ciudad de donde venga el usuario, o, a veces, tenemos pacientes derivados del juzgado, por causas penales, o del Patronato, que trabaja con personas que están privadas de su libertad, con el Hogar de Abrigo o el Servicio Local. Con el hospital, o centros de salud, por esta cuestión de que los pacientes, a veces, ingresan por guardia, por descompensaciones, y, después, trabajamos con Desarrollo Social, y la Municipalidad, porque si bien Sedronar es de nación, tiene un convenio con el municipio para poder, por ejemplo, armar bolsones de comida, armar la parte más social, en acompañamiento con el municipio de Chivilcoy. De Desarrollo Social sale la mercadería, los insumos, a veces gestionamos para que los chicos tengan garrafas, o tarifa social, el lugar físico también, nación se encarga de lo que es pago de sueldos, aunque sueldos no tenemos porque estamos en negro, todos, es una precarización laboral tremenda lo que tiene Sedronar, entiendo que es en todos los dispositivos, se lucha por eso, a veces hacemos marchas, nos pagan con una beca.

Ludmila: ¿De qué manera se lleva a cabo este trabajo articulado?

Gina: Todo depende del caso que llegue, el dispositivo tiene distintas áreas de trabajo, como el área educacional o laboral, los talleres, reuniones de equipo técnico y reuniones de logística. En el área educacional y laboral, distintos profesionales nos abocamos específicamente a tareas que tengan que ver con el área educativa o laboral, entonces, suponemos un caso que llega por guardia del hospital, por una descompensación, o tiene un intento de suicidio, y se descubre, mediante entrevistas, un consumo, una psicosis tóxica ponele, lo que hace el hospital es mandar un informe a Sedronar, detallando lo que se escuchó, y, a partir de ahí, se deriva a nuestra institución para que complete el tratamiento allá. Nosotros recibimos a ese paciente, y, a partir de ahí, actuamos en consecuencia, y suponemos que el paciente está terminando sus estudios, o no los puede terminar, debido a esta problemática, lo que se hace es acompañarlo desde el área educacional, se mantienen entrevistas o reuniones con la escuela para informar que el paciente está en tratamiento, acordar en qué condiciones el paciente puede habitar el establecimiento, qué recursos tiene, y cuáles no, lo mismo con la familia, se hacen reuniones. En caso de que venga judicializado, lo que se hace es responder legalmente a la institución correspondiente, es decir, el juez manda un oficio, y nosotros estamos obligados a responderlo, y a dar cuenta de lo que está pidiendo el juez.

Ludmila: ¿Cómo llegan, generalmente, desde el juzgado, a Sedronar? ¿Por qué motivos?

Gina: Se lo obliga, generalmente no tiene otra cosa que elegir. Generalmente son causas de tenencia de drogas, de venta de drogas, de abuso de menores bajo consumo, se evalúa

prisión domiciliaria, pero con la obligación de hacer tratamiento, en paralelo, en Sedronar, por el consumo de sustancias, y el juez te pide a vos, como profesional, que des cuenta de si este chico está cumpliendo, o no, con lo que él dicta. Actúa el secreto profesional, pero estamos obligados a decir si el paciente está viniendo, si viene en buenas condiciones, si está adherido al tratamiento, es decir, si hay transferencia con la institución, si estamos evaluando otra cosa, por ejemplo, si es un paciente que, en realidad, necesita internación, por consumo problemático, lo que antes se llamaba una granja, a modo de limpieza de tóxicos, porque evaluamos que es un adicto, un verdadero toxicómano, en donde no hay posibilidad de toma de la palabra, para armar tratamiento por vía de la palabra, entonces, primero, necesitamos esto, que actúe un médico psiquiatra para ofrecer un tratamiento farmacológico, y alejarlo del entorno para que pueda evitar consumir, y una vez que está sin la sustancia, se puede derivar nuevamente a Sedronar, porque nosotros no trabajamos con personas que están en consumo, no las atendemos así, alguien que acaba de aspirarse una línea, me ha pasado de decirle al paciente que se retire porque viene con olor a alcohol, o viene como muy maniaco, entonces, se lo orienta a que vuelva a su casa, o se lo acompaña al hospital, yo me subo a la ambulancia con él, y hasta que no lo evalúan no me voy.

Ludmila: ¿Cómo suele ser la reacción de estos pacientes a quienes se les pide que se retiren?

Gina: Depende la persona, tenemos pacientes, que son pacientes hace mucho tiempo, que saben, y, a veces, hasta es un acting ir a la institución drogado para que se lo acompañe, después tenes pacientes que son muy reticentes, hemos tenido líos, hemos tenido que llamar a la policía, se ponen agresivos.

Ludmila: ¿Qué dispositivos terapéuticos llevas a cabo en tu trabajo?

Gina: El dispositivo, en Sedronar, está armado para que sea tanto individual como grupal, no quiere decir que la persona tenga que hacer si o si las dos cosas, se ofrecen ambas opciones, pero, cuando se hace la entrevista de admisión, se evalúa para qué espacio está apto ese paciente. Al principio, por ahí, son personas más reticentes, paranoicas, que no están aptas para un grupo, porque se van a perseguir, a generar disturbios, y buscamos que lo que se va a dar sea beneficioso para el paciente, y para el resto de las personas, pero, con el tiempo, a medida que van armando su tratamiento individual, se puede incorporar a algo grupal. Algunos talleres grupales que se dan son de arte, de educación física, de fútbol, cocina, manualidades, de reflexión, que están coordinados por los distintos profesionales, son todos talleres terapéuticos, no es que va el paciente a dibujar, es un taller pensado dentro del equipo técnico, por qué y de qué modo abordar tal problemática, o cómo introducir otra cosa, en qué momento, todo pensado en relación al tratamiento. También contamos con espacios públicos, como la plaza, la diagonal, el polideportivo, para actividades al aire libre, como, por ejemplo, se hace un partido de fútbol entre pacientes y profesionales, que es muy divertido.

En mi consultorio privado trabajo haciendo terapia individual. Hago entrevistas familiares, también, por el tema de que trabajo con niños y adolescentes. Del hospital me informan si algún paciente entró en guardia, o pide el paciente por mí, y voy a verlo, puedo recibir derivaciones de psiquiatras, o de las escuelas, que derivan muchísimo, así como de otros profesionales, como terapistas ocupacionales, neurólogos, acompañantes terapéuticos, o

Landaburo, Ludmila

pediatría. Y sostengo entrevistas con estos profesionales, que trabajan para este mismo paciente, voy a las escuelas, a reuniones de equipo, yo demando que estén todas las del equipo, y la directora, porque el caso es más grave.

Ludmila: Desde Sedronar, ¿mantienen contacto con algún organismo provincial o nacional?

Gina: Desde la Secretaria de Salud ofrecen capacitaciones, nos avisan, hay cupos, especializaciones, además, tenemos un equipo que nos coordina, regional y zonal, nosotros tenemos referentes para comunicarnos, cuando tenemos inconvenientes, cuando no podemos resolver algún caso, se agrava demasiado, o cuando necesitamos tener otro tipo de información, porque, a veces, los pacientes llegan a Sedronar, pero ya estuvieron en otro, con otro tratamiento, porque vienen de allá, y ahora viven acá, se les hace un relevo, se pide la historia clínica. A veces nos vienen a supervisar, el coordinador de la región de Chivilcoy, con el de nación. A APRE, ahora CPA, me ha pasado de pedir informes, porque el paciente viene de ahí, se pide una orientación de qué pasó ahí, a ver cuál es el recorrido del paciente en esa institución, por qué dejó, por qué viene acá.

Ludmila: ¿Sedronar atiende todo tipo de adicciones?

Gina: Sí, es un debate igual. Lo inicial era drogas y alcohol, pero hoy en día, se entiende por adicción, inclusive, todo lo que es juego tecnológico, también lo que es la comida, tenemos, en este momento, personas que se están tratando por cuestiones alimenticias, no es un trastorno leve, son personas que tienen serios problemas con la comida, arman obesidades o anorexias muy graves, no rechazamos a esos pacientes, entran en una lógica de adicción.

Ludmila: ¿Cuántos pacientes atiendes, aproximadamente, por día, en las instituciones en las cuales trabajas?

Gina: Yyy, yo, más o menos, semanalmente, en el privado atiendo 30 personas, lo que está pasando ahora, con la crisis que hay, es que mucha gente viene cada 15 días, entonces, por ahí algún día tengo algún hueco.

En Sedronar, súmale otros 10.

Ludmila: ¿Cuánto tiempo se le dedica a cada paciente?

Gina: Yo, personalmente, trato de dedicar el mismo tiempo tanto en el público como en el privado. Ahora, entiendo que en el público los tiempos, a veces, son distintos, te doy un ejemplo, hay mucha gente atendiendo, y no cuento con un consultorio disponible, entonces tengo que atender a ese paciente un poco menos. Encuentro factores externos, que tienen que ver con la institución, que te invitan a armar otro tiempo de sesión, a reducirla, y si uno no está atento a eso, da un servicio mucho más precario que en el privado. Sino, son sesiones de aproximadamente 40 minutos, yo igual trabajo desde el psicoanálisis, entonces el uso del tiempo es un recurso dentro del tratamiento, ubico que hay pacientes a los cuales hay que cortarles un rato antes la sesión, y hay otros a los que hay que extenderle.

Ludmila: ¿Cuántos consultorios hay en Sedronar?

Gina: Hay 3, y se comparten con Casa Pueblo, es terrible, porque se cerró la sucursal de la calle San Lorenzo, por una cuestión económica, no están bajando recursos económicos, por lo cual estamos en una crisis total en Sedronar, estamos sin director, renunció, es un lío bárbaro, yo tuve que reducir muchísimo mi horario laboral, porque no encuentro lugar para trabajar, para atender, y yo necesito de cierto encuadre para trabajar, no puedo atender en el patio, necesito de algo privado, 4 paredes, hoy estamos atendiendo desde la cocina. Desde nación, y desde el municipio, supuestamente están evaluando darnos un nuevo lugar, que va a tener que ver con alguna institución pública, no sabemos cuál. Y ojalá tenga muchos consultorios, porque somos muchos profesionales, 10 psicólogos, más o menos, más los psicólogos de Casa Pueblo, y otras instituciones que trabajan en el mismo lugar físico. Yo ubico cierta precariedad ahí, que se ve reflejada en el paciente también.

Ludmila: ¿Cuáles son las características de la población que llega a las instituciones donde trabajas?

Gina: En Sedronar, se acercan personas que hoy en día tienen recursos económicos más bajos, también, al atender una problemática particular, llegan personas que pueden acceder a un trabajo en blanco, que pueden pagar algo privado, pero prefieren ir a la institución por su especificidad. Nosotros, tenemos, en Sedronar, el criterio de atender primero a las personas de recursos económicos más bajos, porque somos una institución del sistema público, tenemos que poder garantizar a personas que no pueden acceder al privado. En este momento, que estamos muy colapsados de demanda, no estamos tomando a personas que tengan un trabajo en blanco, o que tengan posibilidad de pagarse un tratamiento de forma privada, o con obra social. Pero llegan estas personas.

Ludmila: ¿Cuánto tiempo de espera hay para una entrevista de admisión en las instituciones?

Gina: En Sedronar, si lo tomamos, tiene, como mucho, espera de 2 semanas, tratamos de que no sea a largo plazo la toma, sino decimos que no tenemos lugar.

En el privado, estoy súper ajustada, aunque se ve como una caída de la demanda en estos últimos meses, por la crisis económica. En el consultorio privado, siempre vi que llegaban personas que podían pagar el tratamiento, pero, actualmente, por el colapso que hay en el sistema público, empieza a llegar esa otra gente al privado, y te consultan cuánto cobras, eso antes no pasaba, antes alguien venía y acordabas el honorario acá, desde el psicoanálisis me venía bárbaro porque yo podía acordar con el paciente cuánto podía abonar, podía como jugar con el honorario, siempre dentro de los límites éticos que propone el colegio, pero hoy en día te preguntan, y es como un determinante para acceder al tratamiento, o ves como acceden y pagan el tratamiento la mitad la madre, y la mitad la tía, o vienen y cuentan chiroilas, como "*hoy llegué con esto*", o me preguntan si me pueden pagar la vez que viene, o me cancelan los turnos en la última semana del mes porque no llegan a pagarlos. Entonces empezaron a verse personas que quizás no tienen grandes recursos económicos, y consultan igual, porque están en problemáticas serias, yo entiendo que, hoy, el hospital está dando turnos para dentro de 4 meses.

Ludmila: ¿Cómo se trata el tema de las inasistencias, a las sesiones de terapia, en Sedronar?

Landaburo, Ludmila

Gina: Tratamos de que sea un caso por caso, pero con esta cuestión de la alta demanda, ubicamos un criterio y es que solo soportamos que el paciente se ausente 3 veces, a la tercera vez, le mandamos un mensaje, se le pregunta si va a continuar o no el tratamiento, porque si no se le da de baja. Si esa persona quiere volver a hacer tratamiento, tiene que pasar por el dispositivo de admisión de vuelta, estar en lista de espera.

Se le consulta si quiere agregar algo, ante la negativa, nos despedimos y la entrevista finaliza.

ENTREVISTA 5

- · Jesica, 34 años, vive en Chivilcoy, trabaja en Chivilcoy y en Moquehuá.

La entrevista se realizó de forma virtual, ella estaba en su consultorio privado, en Chivilcoy.

Me presento, se le explica brevemente el tema del TIF, y sobre la confidencialidad. Comienza la entrevista.

Ludmila: ¿Qué títulos posees?

Jesica: Tengo el título de Lic. en Psicología, estoy haciendo la maestría en Clínica de Adultos.

Ludmila: ¿En qué instituciones estas trabajando?

Jesica: Estoy trabajando en la Dirección de Niñez y Adolescencia, en Resguardar, que es un dispositivo clínico para víctimas de abuso sexual, también estoy trabajando en el hospital de Moquehuá, en el área de Salud Mental, y, después, en el consultorio privado, en Chivilcoy.

Ludmila: ¿Qué tareas realizas en cada una de esas instituciones?

Jesica: Son muchas tareas, muchos lugares, pero, para mí, tienen en común que todos son un punto de encuentro. Si bien son tareas distintas, es fundamental acompañar, sostener, poder donar ciertos recursos a los pacientes, si no los tienen, y si los tienen, seguir acompañándolos.

En la dirección de Niñez y Adolescencia estoy en el sistema de adoptabilidad, donde trabajamos psicólogas, abogadas, trabajadoras sociales, buscamos siempre la revinculación con la familia, cuando sea posible, y no haya hechos graves, ni peligrosos, de por medio con los progenitores, si esto no es posible, se adopta una medida de abrigo, y en último término, se evalúa la adopción, pero como última instancia, siempre tratamos, primero, de vincularlo con alguien de su familia, para no alterar el medioambiente en el que vive el niño o adolescente, las instituciones a las que suele ir, los amigos que tiene. Para el vínculo con una familia nueva, lo cual es muy conmovedor, tuvimos que hacer un plan de vinculación, hacemos el acompañamiento, tanto a la familia como el niño, para ver cómo va todo, porque a veces no es lo que esperaban, o la relación presenta complicaciones, o cuántas veces se van a visitar, cómo, de qué forma. Además, cuando hay una posible familia adoptante, no se le dice inmediatamente al niño, primero vemos cómo es la constitución familiar, la casa, si tiene más hijos, mascotas, se le indican actividades que le gusten al niño, para que lo vaya conociendo, y cuando ya está todo más encaminado, desde lo legal también, ahí se informa al niño, por una cuestión de no ilusionarlo, también. Ahí, donde había que acompañar, el Juzgado se corría, y hacíamos todo este trabajo nosotras, más el seguimiento, una vez que estaba con su nueva familia, o en hogar, hacer videollamadas, o visitas.

Resguardar es un dispositivo que comenzó en La Plata, es provincial, pero se está haciendo más conocido ahora, mi función es coordinar y supervisar a 3 psicólogas, que están llevando adelante la atención clínica de niños y adolescentes que han padecido situaciones

de abuso sexual, en caso de que requieran algún lineamiento porque el caso se agravó, resultó más complicado de lo que parecía, porque llega la familia del niño, sintiéndose culpable, o porque llega el paciente después de pasar por muchas instituciones, donde no se lo escuchaba, por ejemplo, mientras que Resguardar tiene esa especificidad, nos dedicamos a eso, y los pacientes sostienen ese espacio de terapia, algo que, por ahí, no se daba antes. Acá, en Chivilcoy, no tiene un lugar físico propio, funciona en el CAPS Ameghino, pero lo importante es la especificidad, porque antes ese niño, que habló, quedaba en espera, en la nada, y tenía que esperar meses hasta tener un turno para el tratamiento analítico, ahora, como mucho, son 3 o 4 semanas de espera.

En mi consultorio privado brindo atención clínica a adolescentes y adultos, y en el hospital de Moquehuá lo mismo, pero trabajo con niños también, no hay muchas psicólogas, somos 3 actualmente, hay que maniobrar de otra forma diferente, hay tiempos de espera de 8 o 9 meses para las admisiones, que es mucho de lo que está pasando en Chivilcoy también, si bien yo no trabajo en el hospital, tengo colegas que refieren que los tiempos de espera son largos, aunque se evalúa el caso, la urgencia, la entrevista de admisión también es para eso, se le hace un lugar, de alguna forma, si el padecimiento es insoportable para el sujeto, y esta cuestión es de conocimiento público, ahora se habla de esto, de la falta de disponibilidad de tiempo, de la falta de profesionales.

Ludmila: ¿A cuántos pacientes atiendes por día?

Jesica: Mi tiempo es limitado, por la cantidad de trabajos que tengo, y porque tengo una bebé, además de un hijo de 2 años, entonces, estoy viendo de 10 a 15 pacientes por semana en mi consultorio privado, que son pacientes de hace bastante tiempo, porque no estoy admitiendo actualmente, y, en el hospital, veo a 6 o 7, por día, yo estoy los lunes, de 08hs a 12hs. Si bien yo trato de asignarle el mismo tiempo a cada paciente, sea en el público o en el privado, entiendo que el encuadre, la institución pública, me lleva a acotar un poco los tiempos, porque tenes que atender determinada cantidad de pacientes en 4hs que estás ahí.

Ludmila: Y si un paciente falta, ¿cuánto tiempo debe esperar para la reprogramación del turno?

Jesica: Ahí hay una gran diferencia entre los ámbitos, con algo el paciente tiene que recortar su goce, si bien en lo privado se paga con el dinero, en lo público se le exige algo a cambio también, el pago es su presencia, entonces, si no va a 2 sesiones, y no avisa, por qué, el motivo, se avisa que el espacio se da de baja. Si quiere retomar el tratamiento, vuelve a la lista de espera, teniendo que pasar, probablemente, de nuevo por el proceso de admisión. Siempre, al menos yo, indago en la ausencia, me comunico por teléfono, para ver qué ocurrió, en el privado lo mismo, aunque las ausencias no se dan muy seguido, a mí no me está pasando, a lo sumo acordamos las sesiones cada 15 días, por ejemplo, por un tema económico.

Ludmila: ¿Qué abordajes terapéuticos utilizas al trabajar?

Jesica: Generalmente, trabajamos de forma individual, pero también hacemos entrevistas con la familia, con el objetivo de la revinculación, o entrevistas en el hogar, y están todos, para que no asocien nuestra figura exclusivamente a el aporte de información importante, a

noticias, entonces se comparten otros tipos de espacio, la comida, por ejemplo, o abrir el dialogo, si tienen alguna duda, compartirla y tratarla entre todos, para que no vengan a nosotros solo con una demanda o pedido.

Ludmila: ¿Con qué instituciones se suele trabajar de forma interdisciplinaria?

Jesica: Y, por la Dirección de Niñez y Adolescencia, se trabaja mucho con el Juzgado de Mercedes, no con el de familia que es el de acá, con el Hogar de Abrigo, que es municipal, o con el hogar de adolescentes, porque están separados, es lo ideal ya que están en etapas diferentes, con comportamientos diferentes, también, llegan casos desde las escuelas, por preocupaciones o problemáticas con los niños, se trabaja con sus acompañantes terapéuticos, así como con el equipo de orientación, y la dirección, en algunos casos, con el hospital también, aunque la disponibilidad es escasa, pero, a veces, llega un paciente derivado de allí, o tiene un tratamiento conmigo, y otro, de otra especialidad, en el hospital, y se da ese trabajo articulado.

Ludmila: ¿Qué características observas de las poblaciones que llegan a las instituciones donde trabajas?

Jesica: En la Dirección de Niñez y Adolescencia, como en Resguardar, se ve mucha población que llega con vulneración de derechos, psicosocial, y económica también.

En el hospital de Moquehuá, hay otras temáticas en SM, es otra forma de ver la vida, otra vinculación con los pacientes, otras condiciones de vida, porque capaz que llueve, o lo que sea, y no pueden llegar al turno, hay maniobras que hacer, desde lo clínico, que en lo privado no pasa.

Ludmila: ¿Percibis diferencias en tu rol, en los distintos espacios de trabajo?

Jesica: Yo me considero la misma psicóloga siempre, pero como decía antes, la estructura de la institución puede llevarte a actuar de formas diferentes, el trabajo es otro, pero lo que se hace desde el espacio analítico trato de que sea lo mismo, así sea más acotado. El paciente que va al privado, tiene motivos para ir, sostener el espacio, es el dinero que deja, en el público, esto está ausente, entonces, por ahí, cuesta más el sostenimiento del espacio, uno tiene que ver qué hacer ahí, para ayudar a construir la permanencia en el dispositivo, porque los tiempos que se manejan son distintos en los diferentes ámbitos. Son lógicas distintas, yo no podría ponerme a hacer tratamiento clínico en el hogar, porque no es mi tarea, así como no podría hacerles facturas a los pacientes en el hospital de Moquehuá.

Se le consulta si quiere agregar algo, ante la negativa, nos despedimos y la entrevista finaliza.

ENTREVISTA 6

- Iñaki, 33 años, vive y trabaja en Chivilcoy.

La entrevista se realizó de forma virtual, él estaba en su consultorio privado, en Chivilcoy.

Me presento, se le explica brevemente el tema del TIF, y sobre la confidencialidad. Comienza la entrevista.

Ludmila: ¿Qué títulos tenes?

Iñaki: Soy Lic. en Psicología, ahora retomé la maestría en Clínica Psicoanalítica.

Ludmila: ¿En qué instituciones trabajas?

Iñaki: Trabajo en el hospital municipal, en Sedronar, y hago consultorio privado.

Ludmila: ¿Qué tareas realizas en las instituciones en las cuales estás trabajando?

Iñaki: En el hospital es una polifunción dentro de lo que tiene que ver con el Servicio en Salud Mental, porque nos distribuimos las tareas entre todos, hacemos admisiones, que no es la función que más realizo yo, tengo a mis pacientes en el consultorio, hacemos las guardias en salud mental, ya sea dentro del horario laboral, o las guardias pasivas, que nos llaman y tenemos que acudir ante una urgencia subjetiva, que el profesional, médico clínico, que esté en la guardia, entienda que es una temática de SM, esto es 24hs, todos los días, después hacemos las interconsultas, para seguimiento de algún caso, que puede estar en algún otro tipo de servicio, como pediatría, cirugía, maternidad, y, también, la atención y evaluación de las personas que están internadas por SM en el hospital.

En Sedronar, actualmente, está un poco desestructurado, seguimos recibiendo y atendiendo personas, pero estamos ante la ausencia de una coordinación, yo hago atención clínica en los consultorios, tengo, a veces, participación en algún taller, o en algún evento que realizamos, pero me centro más en la atención del paciente en el consultorio, de manera individual, no grupal.

Ludmila: ¿En todos tus trabajos llevas a cabo un dispositivo individual?

Iñaki: Sí, ha habido situaciones en las que uno entrevista, o lleva adelante algo en pareja, o en familia, pero son situaciones puntuales, donde entiendo que algo de eso puede llegar a tener algún efecto, apuesto a un efecto ahí, pero no es lo corriente, son pequeñas excepciones.

Ludmila: ¿Cuánto tiempo de espera hay para entrevistas de admisión, o turnos, en las instituciones en las cuales trabajas?

Iñaki: No administro los turnos para eso, pero sé que, si alguien va, por fuera de la urgencia, los tiempos en el hospital son importantes, quizás, de 1 o 2 meses, pero depende de muchos factores, hay casos puntuales donde la persona enseguida es evaluada.

Landaburo, Ludmila

En mi consultorio privado no cuento con disponibilidad, depende más del azar, que, si justo algo se libera, y me solicitan, pueda adjudicarlo, pero sino, ya hace un tiempo, que no hay disponibilidad, Por ahí si hay movilidad, o van rotándose los pacientes, pero ya está ocupado. En una primera instancia no era así, uno cuando recién se recibe tiene ese momento de decir “*Bueno, y ahora, ¿qué hago?*”, y después eso se llena enseguida.

Ludmila: ¿Qué horarios haces en tus distintos trabajos?

Iñaki: En el hospital hago de 8hs a 14hs, los días lunes y miércoles, en Sedronar hago los martes y viernes, de 08hs a 12hs, más los lunes, que es la reunión de equipo, con todos los profesionales, y no profesionales, como los talleristas, que forman parte de Sedronar, de 14hs a 16hs.

Ludmila: ¿Con qué otros profesionales soles trabajar en esas instituciones?

Iñaki: En el consultorio privado, por lo general, trabajo de manera bastante individual, solitaria, pero sí, inevitablemente, tengo conexión con algún psicopedagogo, algún psiquiatra, con algún trabajador social de alguna escuela, con alguna escuela, puede ser con algún médico clínico cada tanto, más que nada en pediatría, con los acompañantes terapéuticos, uno trata de tener un vínculo más cercano, nutrirse del trabajo del otro, y aportar algo, son personas que están mucho más tiempo con el paciente. Y, a veces, uno también trabaja con la familia.

En Sedronar, dentro del equipo hay trabajadores sociales, acompañante terapéutico, talleristas de arte, de música, y psicólogos.

En el hospital, están los médicos psiquiatras, que hay infanto-juvenil, y también de adultos, hay una trabajadora social, y después están los psicólogos, no hay otra profesión que forme parte del equipo, ni psicopedagogía, eso dentro del servicio.

Ludmila: ¿Mantienen contacto con algún organismo provincial o nacional?

Iñaki: Sí, es casi inevitable la interacción, todo el tiempo uno está en diálogo con esas instituciones, más que nada por casos particulares donde surge alguna situación, tanto escuelas, como Servicio Local, Región Sanitaria, aunque en mi caso no he tenido tanto vínculo, pero entiendo que mi jefe puede llegar a tener más vínculo por cuestiones de internaciones, que yo no manejo. Bueno, en Sedronar mismo, tenemos vínculo con el hospital, o al revés, con APRE, con el Patronato de Liberados, se va intentando trabajar en pos del caso, no tanto pensándolo como en una cuestión más preventiva, o comunitaria, la realidad es que el trabajo no está pensando desde una mirada tan comunitaria, a pesar de que después tenga efectos comunitarios, se enfoca más desde el caso en singular.

Ludmila: ¿De qué manera se da el trabajo articulado con estas instituciones?

Iñaki: Por ejemplo, Sedronar no cuenta con equipo médico clínico, pero sí con talleres, o dispositivos de acompañamiento, que el hospital no tiene, entonces, muchas veces, hay pacientes que hacen el tratamiento psicoterapéutico en Sedronar, y el tratamiento con psiquiatría en el hospital, o tienen el tratamiento en el hospital, pero participan de talleres en Sedronar, o con el tema de las viandas. Pacientes que habitan distintas instituciones, y uno

tiene contacto por eso. Por lo general, se establecen reuniones puntuales, en un horario determinado, pactadas previamente, y se trabaja con el equipo que efectivamente trabaja con la persona. Me pasa con las escuelas, ahora que recién arrancan las clases, la típica es tener bastantes entrevistas con los equipos de las escuelas, más que nada en el hospital, que hay más adolescentes.

Ludmila: ¿Ves alguna diferencia, en tu rol, en las distintas instituciones?

Iñaki: Por ahí en cuestión de los tiempos, y en la cantidad de personas que uno ve en el sector público, la cual es muchísimo mayor que en el sector privado, pero también es por cómo ordeno mi trabajo, en eso si noto la diferencia.

Ludmila: ¿Cuántos pacientes ves, aproximadamente, por día?

Iñaki: Un montón, hay días en que puede fluctuar mucho, en general, en el consultorio privado, pongo a mis pacientes cada una hora, aunque después no los vea cada una hora en general, y capaz que en el sector público los pongo cada 30 o 40 minutos, y capaz que en una jornada laboral puedo llegar a ver a 10 o 12 personas. Quizás no son todas sesiones, puede ser una evaluación en guardia, o en algún servicio, pero ese es más o menos el número, como hay días en que capaz llueve, y no se acerca tanto la gente, y capaz ves a 8. Los seguimientos, o evaluaciones, surgen en el momento, no están pactadas previamente, y hay veces que afecta mi agenda particular de pacientes externos, este miércoles, por ejemplo, me pasó que, por tener una reunión con una escuela, dos pacientes que suelen ser muy habituales, y no suelen faltar, yo vi que estaban en la sala de espera, y, cuando volví, ya no estaban, todavía no sé el motivo por el cual no esperaron, pero eso pasa. Y cuando hay un ingreso a la guardia por pediatría, que es hasta los 15 años, uno se demora mucho más porque tiene que activar todo un protocolo, con distintas instituciones, armar, más o menos, cuáles son los referentes identificatorios que van a poder acompañar ese proceso, y a veces terminamos avisando a la secretaria que cancele la agenda, que pida disculpas a los pacientes, porque no vamos a llegar a tiempo.

Ludmila: Estas situaciones imprevistas, ¿afectan tu horario laboral?

Iñaki: La realidad es que, al principio, afectaba mi horario de salida, pero, con el tiempo, uno va diciendo no, por una cuestión de salud mental, y de cuidado propio, también económica, no es que estar un rato más ahí, va a generar un ingreso o cambiar mi situación económica, es simplemente tiempo que uno da de más, y ese dar de más, al principio, uno lo hace con energía y con las ganas de querer hacer las cosas bien, y después eso lo va perdiendo un poco, lamentablemente, es como un espíritu que se va apagando, también por el mismo sistema que no retribuye muy bien con eso de más que uno puede llegar a dar. En el hospital, son contratos básicos, municipales, a los cuales se les adosa como una pequeña especie de bono por tener un título, que si te digo los números es casi un chiste, el sueldo se llega a completar, y llega a tomar una forma medianamente interesante cuando uno realiza guardias, es un desastre igual, el monto de pago de las guardias, es mayor que el monto fijo que me pagan en el hospital. Y si hay un chiste más grande, es el de Sedronar, donde directamente es una beca, de determinada cantidad de horas que uno debe realizar, que, obviamente, no es real, pero porque uno no podría hacerlo, tendría que renunciar directamente, yo siempre digo, cuando uno monta una estructura física, de una institución, a partir de becas, son castillos de naipes, se pueden caer en cualquier momento, donde uno

no tiene ningún tipo de derecho laboral cubierto, cuando discutimos con mi compañeros, yo siempre remarco que nosotros no somos trabajadores, un poco en chiste, un poco en serio, porque un trabajo implica otra cosa, no unas becas, aunque uno haga todo tipo de esfuerzos, e implica un grado de responsabilidad civil que pocas veces se ve, cuando uno recién inicia quizás no es tan consciente de eso, de la función, que no es la misma la de un psicólogo que la de la persona que hace la comida, cuando uno recién arranca está como en una fantasía socialista, de decir somos todos iguales, pero después cuando hay que poner la firma, o tomar decisiones importantes, como la voluntariedad, o involuntariedad de una internación de una persona, ahí uno se da cuenta que no es lo mismo dar un taller de educación física que la función del psicólogo, a mí me llevó bastante tiempo entender esa parte.

Ludmila: ¿Cómo se maneja el tema de las inasistencias a los turnos?

Iñaki: En primera instancia, hay que registrarla a la inasistencia, teniendo en cuenta si la persona avisó, o no, después uno ya los va conociendo, y a su realidad, y entiende que se le dificulta mucho acceder a la persona, por cercanía, o por el clima, no solo al espacio terapéutico, sino al trabajo, a la escuela. Mi criterio no es tan lineal, tan preciso, en cuanto a tantas faltas y quedas por fuera, sino cuando empezas a ver que no hay como una devolución en tanto a las ausencias, como avisar que no vas, o mandar, después, el motivo de la ausencia, ahí uno considera que todavía sigue ese lazo transferencial, y trata de no ser tan estricto, ahora cuando la persona brilla por su ausencia y no hay ningún tipo de devolución de nada, ahí automáticamente, queda por fuera. A veces te pasa que vuelves a reincorporar a alguien a un tratamiento, capaz que hace 2 o 3 meses que no asiste, pero uno entiende que en esos meses pasaron cosas, y amerita que no tenga que pasar, de nuevo, por una reevaluación, hay otros que tienen que hacer todo el proceso otra vez, y demorarse un montón, y quizás no tengan la posibilidad de volver a atenderse con el mismo profesional, no es lo mejor, pero es la forma que tenemos de optimizar el tiempo, y de hacer funcionar y hacer óptimo el servicio.

Ludmila: ¿Cómo caracterizarías a la población que llega a las distintas instituciones donde trabajas?

Iñaki: Tanto a Sedronar, como al hospital, llegan personas de todo tipo de clase social, pero, sí, lógicamente, al no pagar con dinero las sesiones, ni nada de eso, también uno entiende que hay una imposibilidad de eso, que muchos no podrían abonar ese mismo servicio de salud por fuera, privadas, semanales, con lo que hoy se están pagando las sesiones, entonces, ya hablamos de un grupo económico que está por debajo de la clase media, se podría decir. Otra característica, es que los jóvenes, por lo general, no suelen acudir tanto a los servicios, sino que son más obligados por una institución, como puede ser la familia, o una escuela, por eso también los espacios de psicoterapia suelen ser más difíciles de sostener, no está el deseo puesto en eso, y uno tiene que ser bastante original y activo para tratar de producir algo del deseo ahí, o, incluso, a veces, acompañar el deseo de la persona de no querer hacer un tratamiento, y eso es difícil, se lo trabaja más con la familia también, para que no pierda tiempo, ese tipo de tratamientos no suele ser muy útil, ni duradero.

Landaburo, Ludmila

En Sedronar, puedo identificar, además, que hay una población masculina mucho más grande que femenina.

Ludmila: ¿Percibís alguna necesidad, no cubierta, en tus espacios de trabajo?

Iñaki: Sí, los dos trabajos del sector público podrían estar armados de otra forma, con un enfoque comunitario, no tanto que tenga que ver con lo individual y singular, pero bueno, teniendo en cuenta ese enfoque con el que se trabaja, lo que uno ve es que estaría haciendo falta otro tipo de servicios, de acompañamiento, que contemplen la ley, el espíritu, de la Ley Nacional de Salud Mental, que tenga que ver con cuestiones más intermedias, previas a la internación. Y, después, dentro de lo que es internación, las falencias son grandísimas, no hay ningún tipo de capital puesto en eso, en lo que tenemos acá en Chivilcoy, que es el único lugar de internación por salud mental, el hospital.

Ludmila: ¿Cómo llegan, los pacientes, a ser internados en el hospital, por razones de SM?

Iñaki: Las internaciones, generalmente, ingresan por guardia, y para dictaminar el grado de voluntariedad, o involuntariedad, se evalúa de forma interdisciplinaria, por una cuestión legal. Muchas veces, también, se trata de hacer que la internación sea voluntaria, y hacerlo más partícipe al paciente de la decisión, que tenga un lugar activo, y tratar de que entienda, y comprenda, cuál es la lógica de un tratamiento en SM, y que eso a la larga va a ser un beneficio para esa persona que está en esa situación. Muchas veces las personas llegan en una crisis, entonces la internación debe hacerse de forma involuntaria, esto implica a nivel legal otra instancia, uno debe informar al juzgado de la situación.

Ludmila: En el hospital, ¿quiénes acompañan, y supervisan, a los internados en SM?

Iñaki: Hay una enfermera, que cumple el horario de enfermería, después, es más que nada el acompañamiento que podamos brindar nosotros en nuestros horarios laborales, que también es un lapso de tiempo corto, por todo el otro trabajo que tenemos que hacer. Yo siempre trato de que el acompañamiento sea por el lado de los referentes afectivos, que esté un familiar acompañándolo 24hs, por más que la persona sea adulta, a veces eso se puede conseguir, y los efectos positivos se ven muy rápido, y hay otras veces que no se puede armar.

Ludmila: ¿Hay plazos establecidos para las internaciones?

Iñaki: No hay plazos, pero como también entendemos las limitaciones de nuestro servicio, tratamos de hacer derivaciones a instituciones, en el caso que lo amerite, que tengan mayor grado de complejidad y de atención. Si, cada un mes, uno debe volver a reenviar un informe al juzgado, en el caso de que la persona continúe internada de manera involuntaria, y en el caso de que no se haya podido hacer una derivación, porque la persona no tiene obra social, o prepaga, o porque no conseguimos una institución que tenga vacantes para eso, pero sí, ha pasado, de personas que han estado mucho tiempo, y, por lo general, no suele ser muy positivo estar tanto tiempo ahí, siempre, como lo indica la ley, es el menor tiempo posible, se apunta a eso, pero, a veces, es difícil armar esa red de contención, esa red afectiva, y se va armando lo que se puede.

Si está internado de forma voluntaria, la persona se puede retirar cuando quiere, uno, igual, de todas formas, trata de explicarle, y hacerle entender, incluso desde el mismo hospital, aunque no formen parte del equipo en SM, de que a pesar de que sea voluntario, y pueda retirarse en el momento que quiera, que eso sea un poco más prolijo, y sea acompañado por el equipo tratante, o por lo menos que no sea en el momento en que quiera la persona, y nada más, que sea con una lógica que acompañe ese tratamiento, con algún tipo de sentido, para que sea de beneficio para la persona. Una vez que egresa, siempre lo que se hace es un seguimiento a continuación, lo más probable es que, al otro día, tenga que ir al servicio a ser evaluado, por más que no sea su psicólogo, o su psiquiatra tratante, el que esté. También se habla con el referente afectivo, para explicarle que un egreso en SM no necesariamente implica un alta, siempre en SM hablar de alta es más complejo que en otro tipo de disciplinas. Y se suele generar algún tipo de ayuda económica, por vía de lo municipal, pero de eso se encarga más la trabajadora social.

Se le consulta si quiere agregar algo, ante la negativa, nos despedimos y la entrevista finaliza.

ENTREVISTA 7

- Jimena, 43 años, vive en Moquehuá, trabaja en Chivilcoy y en Moquehuá.

La entrevista se realizó de forma presencial, en el Hospital Primario de Moquehuá, en el consultorio de Neurodesarrollo.

Me presento, se le explica brevemente el tema del TIF, y sobre la confidencialidad. Comienza la entrevista.

Ludmila: ¿Qué títulos posees?

Jimena: Yo hice la Lic. en Psicología, y la Lic. en Psicopedagogía, a mí me gustó siempre la parte de niños, me dediqué mucho a lo que es aprendizaje, estoy en educación, es mi gran amor la educación, estoy en una secundaria en Chivilcoy, acá en Moquehuá estoy haciendo únicamente neuro, esto, así como lo ves, es como un hijo más para mí. Yo, trabajando en educación, empiezo a ver que los nenes necesitaban tratamientos, que los tratamientos llevan tiempo, y que las familias de los nenes no podían pagar o sostener un viaje a Chivilcoy. Entonces, acá, funcionábamos todavía como unidad sanitaria, y es, toda esta, la parte nueva. Yo estaba haciendo consultorio privado, muy poco, porque me marcaba algo desde mi subjetividad, nos conocemos todos acá, entro por contrato a la municipalidad, y hacía salud mental, hacía todo en realidad, lo que hoy está todo dividido por áreas, por suerte, antes estaba todo junto, por ejemplo, me llamaban a las doce de la noche porque había una pelea en la calle, y yo hablaba con las chicas de Servicio Local.

Viendo esa necesidad, y cómo estaba trabajando acá en el hospital, presento el proyecto para ampliar el servicio de Neurodesarrollo. Yo lo que veía era, teníamos la pediatra, teníamos la fono, pero todas trabajando de forma aislada. A 3 intendentes les presenté el proyecto, me dijeron que tenía que esperar, por el presupuesto, la tercera es la vencida, me dicen que sí, hace 8 años atrás, me pregunta qué recursos, incorporamos una psicopedagoga, porque yo no podía cumplir las dos funciones. Trabajamos, en un primer momento, en la sala de Kinesiología, el espacio era un horror para los chicos, se nos subían, se nos trepaban a las máquinas, no teníamos otro espacio, justo se hizo la ampliación de los consultorios, a mí me dan el de Psicología, que es mini, entonces, ahí hablo otra vez con el intendente, y le digo "*mira, ¿podemos hacer la sala de neuro?*", y me dice "*no, ya no hay más presupuesto*", le pregunté si me permitía armar algo con el arquitecto de la municipalidad, un bosquejo, un proyecto, y pensamos cómo podíamos optimizar los recursos, que, en realidad, fue todo donado por la gente del pueblo, íbamos anotando y armando, por eso te digo que es un hijo más, cada cosa que hay acá adentro la gestionamos nosotros. Y ahora el equipo está formado por Giuli, que es la psicopedagoga, Estela, que es la fonoaudióloga, Romina, que es la kinesióloga, especialista en Neurodesarrollo, queríamos una terapeuta ocupacional pero no conseguimos, hay muy pocas trabajando con el municipio, y que venga a Moquehuá implica un viaje, y yo hago la parte de Psicología, de Neurodesarrollo, atiendo los 35 pacientes que tenemos en la sala.

Ludmila: ¿Qué horarios haces en Neuro?

Jimena: Yo vengo los lunes, hago admisión, los martes y jueves, que hago la coordinación, incluye informes, seguimientos, actualizaciones, trabajamos mucho con los profesionales

Landaburo, Ludmila

del Garrahan, algún caso puntual, y orientación a las familias, me comunico mucho con ellas porque yo creo que es fundamental el contexto en donde está el niño, y los viernes y sábados hago atención a pacientes, en esos dos días están los 35 pacientes, los viernes de 17hs a 21hs más o menos, y los sábados a la mañana.

Ludmila: ¿Cuánto tiempo de espera hay para la admisión?

Jimena: Tratamos de que no haya espera, de que el servicio sea ágil. Por ahí agrupamos, yo estoy trabajando, por ejemplo, tolerancia a la frustración, y veo por edades, y hago 3 meses puntualmente ese objetivo, y trabajo 3 niños juntos, y ahí ya tengo un espacio para agregar en la admisión.

Ludmila: Me nombraste al Garrahan, y el contacto con la familia como fundamental, ¿con qué otra institución se suele trabajar de forma coordinada?

Jimena: Con las instituciones educativas, trabajo con todas. En marzo se plantean reuniones, 2 o 3 veces por año, se trabajan los pacientes que tenemos en común, seguimientos, estoy en permanente contacto con los equipos, se trabaja fuerte en red, es el sentido positivo de un pueblo, la comunicación y la dinámica es distinta que en una ciudad grande, tenemos grupos, para ver qué pasó con un nene que no fue a la escuela, o que faltó muchas veces. También hacemos una reunión de equipo en Neuro, cada mes. O se invita a las acompañantes de los niños, si quiero trabajar algo en particular, o reforzarlo, se las convoca.

Ludmila: ¿Se atienden pacientes que residan solo en Moquehuá?

Jimena: No, tenemos pacientes de Biaux, de La Rica, y hemos tenido de Riestra.

Ludmila: ¿En Chivilcoy trabajas en alguna otra institución, además de la secundaria en la que das clases?

Jimena: Si, en Chivilcoy hago consultorio privado, atiendo adolescentes, hago orientación vocacional, me encanta, hice una Diplomatura en Orientación, y ahora empecé a trabajar con adultos, eso me permite Chivilcoy, que no conozco, acá no me bancaba la situación. Trabajo con la nutricionista, porque también hice un curso de posgrado en obesidad, infantil y de adultos, así que cuando tengo algún paciente con trastornos de la alimentación, o con un enfoque en deportes, trabajo con ella. Trabajo con psiquiatras, si los pacientes están en tratamiento con alguno, con la neuróloga. El consultorio privado es un mundo totalmente distinto, la dinámica es totalmente distinta, es más singular.

Ludmila: ¿A cuántos pacientes ves, aproximadamente, en el consultorio privado?

Jimena: En Chivil veo a 15 o 20, hago algunos espacios online, pero no tengo disponibilidad actualmente.

Ludmila: ¿Cuánto tiempo se le dedica, aproximadamente, a cada paciente, en cada espacio de trabajo?

Jimena: 45 minutos, 1 hora, depende, yo no pongo el reloj, si estoy trabajando con un pacientito, en neuro, yo trabajo con un objetivo, estoy tratando con un niño que tiene un

trastorno, yo ya sé que voy a trabajar, en el consultorio no sé con qué voy a trabajar. Tengo una nena, que se me ocurre, que está transitando un duelo, es lo que la nena trae, entonces si aparecen cosas no importa la hora, es mucho del análisis de lo que la paciente trae, de lo que necesita, y hasta dónde pudo trabajar, entonces, acá, es más estructural, más pautado, no significa que, por ejemplo, un día tenía un nene que estaba muy enojado, porque estaban pasando cosas a nivel familiar, muy fuertes, entonces estábamos sacando el enojo, con unas pelotitas, empezó a decir palabras, que tenían que ver con la conflictiva familiar, entonces, esa descarga, duró un montón la sesión, yo no la iba a cortar, me golpeaban la puerta, tienen que esperar, el tiempo depende mucho de la necesidad del paciente.

Pero bueno, trabajo con turnos programados, ya sé a quién voy a tener, y en qué me voy a enfocar. Trabajo con niños de 3 a 12 años, no sé si te lo había dicho.

Ludmila: ¿Qué abordajes terapéuticos utilizas en tus espacios de trabajo? Porque me comentaste que, a veces, atendes a varios niños juntos.

Jimena: Sí, individual o grupal, depende, a veces se puede agrupar, hacemos tallercitos, de temas transversales que nos suceden, la higiene personal, por ejemplo. Yo trabajo mucho acá, en Neuro, desde el enfoque de crianza, por eso trabajo mucho con las familias, me demanda mucho tiempo las familias, lo que pido es que me hagan un resumen de la semana, cómo lo vieron, qué cosas pasaron, pero es prioridad en el tratamiento con un niño. Vimos el tema de la higiene, que no hay cepillado de los dientes, porque hay que bañarse, pero no se sabe el para qué, el por qué, ahora compramos cepillitos y vamos a hacer como un taller con las familias, como para que ellos vean qué intervenciones hacemos nosotras. También hicimos un taller de alimentación, porque vemos mucha selectividad, más allá de las patologías, en lo que es alimentación. Vamos viendo, eso lo trabajamos en las reuniones de equipo, y tratamos de estar todas en los talleres, no siempre se puede, indicamos hacia dónde queremos ir, siempre se va modificando, en el camino.

De forma individual, utilizo mucho el juego, es mi herramienta fundamental, usamos mucho el cuerpo, la sala está adaptada, trabajo mucho con historias, depende el objetivo de lo que esté trabajando.

Ludmila: ¿Percibís alguna diferencia en tu rol dentro de los distintos espacios de trabajo?

Jimena: La diferencia la marca la necesidad del paciente, el compromiso es el mismo. Empecé a transitar mi vida profesional, y me di cuenta, a esta altura, ya llevo 20 años trabajando, que uno tiene que hacer lo que le gusta, y el otro lo siente, a mí el paciente psiquiátrico, adulto, no me gusta, no puedo, derivo, no me siento cómoda, siento que no tengo herramientas para trabajar con esa persona, también me pasa con la discapacidad pura, me genera un montón de cosas, siento que no puedo intervenir, me angustia, me enoja, mira que lo trabajo en mi terapia, hay cosas que son nuestras, que tienen que ver con nuestra historia, y te dicen “vos sos *psicóloga*”, si, pero primero soy un ser humano, y tengo diferentes roles, soy mamá también. Llevado al mundo profesional, uno se encuentra con limitaciones, muchas veces lo que uno no ve, el otro si lo ve. Siempre el otro te puede aportar algo.

Antes, hacía de todo, me llegaban pacientes de SM, de Neuro, recién arrancaba, nunca más, yo me pregunto qué hacía, y... lo que podía. Hoy en día, con una gran cantidad de

psicólogos, y gran cantidad de trabajo, hay trabajo para todos, está bueno especializarse, y dejar lugar para el otro, pero hace 20 años atrás, en Moquehuá, no había psicólogos, era la única, y me encontraba con una persona que estaba padeciendo algo, y no podía no verla, no podía decir que no. Ahora hay otros recursos humanos, otra mirada, creció mucho nuestro mundo de Psicología, se entiende, ahora, lo que hacemos los psicólogos, antes no, en una comunidad chica, en ciudades grandes todo el mundo hacía terapia, todavía se escucha el mito de “*yo no soy loco, no voy a terapia*”, o “*no creo en la psicología*”.

Ludmila: ¿Qué problemáticas se ven más en Neurodesarrollo?

Jimena: Acá llegan con una derivación de la pediatra, que infiere un trastorno en Neurodesarrollo. Tenemos un solo niño con trastorno de epilepsia, pero hay muchos trastornos del desarrollo, a mí no me gusta mucho etiquetar, yo tomo técnicas, miro dónde estoy parada con ese paciente, pero los niños no son un diagnóstico. Si hay que encuadrar qué le está pasando y hacia dónde vamos. Pasamos una pandemia, el desfase en aprendizajes asistemáticos, ni hablar de lo que escuela, a los chicos es como que se les frenó la vida. Teníamos atrasos hasta en control de esfínteres. Falta de estimulación, la desconexión de los adultos responsables con esos niños, es impresionante. A veces nos preguntan “*¿cómo cambió tanto?*” y nosotras, la orientación, y el trabajo, fue mirar a los ojos, preguntarle qué quiere, cómo le fue en el jardín, qué necesita, le leo un cuento, se llevan cuentitos de acá a veces, y ahí hubo un cambio. Post pandemia, teníamos nenes de 4 o 5 años con pañales, y yo no se los saqué, evaluamos, madurativamente está perfecto, entonces todo un acompañamiento a la familia con los pañales, eso trajo mucha independencia en ese niño, uno que se me ocurre ahora, empezó a hablar. Como sociedad, nos están pasando un montón de cosas, y los niños, ahí, mirando el mundo adulto, que estamos todo muy mal.

Ludmila: ¿Cómo se maneja el tema de las inasistencias a los turnos?

Jimena: Es igual que en SM, son 2 faltas injustificadas. A veces llaman, hicimos un contrato de acuerdo con las familias, esto de que, si no vienen, es más flexible, no es que vienen cuando quieren, hay un control de asistencia, un registro de lo que va haciendo cada una.

Ludmila: El área de Neuro, ¿de quién depende?

Jimena: En Chivilcoy, depende de APS, funciona en dos CAPS, acá, nosotras, dependemos del hospital de Moquehuá, es una cuestión administrativa, los cargos nuestros son del hospital, mi director es Cristian, el director del hospital, por más que no tenga que ver mucho con el servicio, yo, no sé, me enfermé, y tengo que pasarle la licencia a él. Intentamos estar en contacto con Neuro de Chivilcoy, pero funciona muy distinto que nosotros, porque la comunidad es muy distinta.

Ludmila: ¿Cómo caracterizarías a la población que llega a tus distintos espacios de trabajo?

Jimena: En Neuro, la edad, la parte etaria. Además, son familias con una economía muy compleja, familias de clase baja, desde lo cultural, vemos, en Moquehuá, los últimos años, muchos ingresos de pacientes con familias que vienen de otros lugares, de otras provincias, por trabajo, o familias que van y vienen, antes, eran familias mucho más arraigadas. Nos

Landaburo, Ludmila

pasa con la fono, que nos reímos, en el buen sentido, porque a veces digo que tiene una dislalia, y ella me dice que no, que es típico de cómo hablan, por ejemplo, los correntinos.

A lo privado, llegan problemáticas más heterogéneas.

Ludmila: ¿Percibís alguna necesidad, no cubierta, en tus espacios de trabajo?

Jimena: Sí, acá, en Neuro, necesitaríamos una terapeuta ocupacional, yo diría otra psicóloga, para dedicarme más a la parte de coordinación, porque creo que hay que trabajar más en los distintos tipos de prevención, y, hay veces que la prevención primaria queda ahí, porque aparecen tantos emergentes, y yo soy sola, me encantaría hacer un montón de cosas más, trabajar las redes, llevar sugerencias a las familias, salir un poco de lo que es la sala de Neuro, no nos da el tiempo, sinceramente. Antes de la pandemia, hicimos una mateada en la casa de una de las mamás de Neuro, invitamos a las demás, y charlamos cosas que ellas necesitaran charlar con relación a la crianza de sus hijos, fue hermoso, pero eso lleva mucho tiempo. Recursos humanos se necesitan en Neuro.

Después, lo que es materiales, el municipio responde súper bien, mucho es donado también, uno va aportando, o las mamás mismas.

Se le consulta si quiere agregar algo, ante la negativa, nos despedimos y la entrevista finaliza.

ENTREVISTA 8

- Florencia, 40 años, vive y trabaja en Moquehuá.

La entrevista se realizó de forma presencial, en el Espacio Interdisciplinario Moquehuá (ESIM), el cual es uno de sus espacios de trabajo.

Me presento, se le explica brevemente el tema del TIF, y sobre la confidencialidad. Comienza la entrevista.

Ludmila: ¿Qué títulos posees?

Florencia: Tengo el título de Lic. en Psicología, y posgrados, diplomaturas, en Psicología Perinatal, hice de trauma, de estrés postraumático, y terapias de EMDR, que son para tratar el estrés postraumático, lo hice en el Hospital Italiano, hice sobre Psico Inmuno Endocrinología del Estrés, en el Hospital Favalaro.

Relacionado a la Psicología Perinatal, pertenezco a una asociación, que se llama Asociación Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal, es de Capital, y atiendo, de forma virtual, a personas gestantes, a personas que han tenido sus bebés, y haciendo orientaciones en crianza. Hace dos años formo parte de la asociación, el año pasado estuve en el equipo de violencia y consumo, atendiendo a pacientes con ese tipo de problemáticas, que, además, estaban embarazadas o tenían a sus bebés recién nacidos, y, ahora, las consultas no son solamente sobre violencia, se amplió.

Ludmila: ¿En qué otras instituciones trabajas?

Florencia: Trabajo en Trenes Argentinos, primero trabajé como psicóloga, haciendo evaluaciones, Psicología Laboral sería, hacía entrevistas, supervisaba tratamientos, y hacíamos capacitaciones, charlas, porque para los conductores de trenes se hacen controles de sustancias y alcohol, entonces, hacíamos cursos preventivos sobre consumo, eso, cuando vivía en Capital. Después, me vine para acá, y cambié de área, porque acá no hay un servicio de Psicología dentro de Trenes, y trabajo administrativamente. Eso me dio lugar para hacer un poco más de consultorio, que no hacía tanto cuando vivía en Capital, no tenía tanta demanda, tantos pacientes, o tanto tiempo, en realidad.

Trabajo acá, que es un equipo interdisciplinario, hay terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, otra psicóloga, maestra estimuladora, y nadie más me parece. Acá, generalmente, atiendo a pacientes, o a padres, en edad escolar, hasta que arrancan el secundario, y con los pacientes adultos, atiendo en mi otro consultorio, en los Consultorios Externos, allá estoy los lunes, y acá los miércoles, siempre por la tarde, porque a la mañana tengo mi otro trabajo, así que empiezo a atender desde las 16hs, ahora tengo mucha demanda, ya no estoy tomando más pacientes, la mayoría son semanales, pero bueno, también tengo quincenales y mensuales. Hay mucho trabajo, yo no tengo más tiempo.

Ludmila: ¿Cuánto tiempo de espera hay para las entrevistas de admisión?

Florencia: Y, una semana, o 15 días. A veces le he dicho a alguien que me espere hasta el mes siguiente, a ver si podía abrir agenda nueva con alguno que no continuaba. Acá, lo que

suele pasar mucho, al ser un consultorio privado, y yo no atiendo por obras sociales, es que no es como muy constante, y, a veces, abandonan, por lo económico. Si es un dispositivo de atención gratuita, como el hospital, ahí seguramente va a haber mucha más continuidad. Yo tenía pensado, en algún momento, atender en el hospital, pero no tengo tiempo como de vida, viste que uno, a veces, quiere, quiere, quiere, hay un curso y ya me anoto, y digo “¿cuándo voy a ver las clases?”, uno quiere hacer todo, y después terminas como descuidando. Yo tengo un tipo de forma de trabajar, con los pacientes que tengo virtuales, en esta red que te digo, si tengo un caso difícil, a veces, entre semana les mando un mensajito, a ver cómo está, es otro tipo de acercamiento, y, además, con la virtualidad, estoy muy presente. Con pacientes que veo de forma presencial, también, si han tenido ideas suicidas, trabajo con el psiquiatra, a veces no son pacientes que vienen, hablan, a veces está más difícil, uno tiene que estar disponible para eso también.

Ludmila: La asociación perinatal en la que trabajas, ¿es pública o privada?

Florencia: Tiene aranceles, bonificados, se paga, pero no lo mismo que una consulta. Se garantiza que no hay lista de espera, porque somos un montón de psicólogas, y hay alguien que coordina, vos mandas un mail, te llaman, se coordina la entrevista de admisión, al otro día, y ya le das el turno, no pasan 24hs que esa persona ya tiene su turno, eso hace que se acorten los tiempos. Quizás no se paga como una consulta, creo que ahora la consulta está \$7000 pesos, y a mí me dan \$4000, una cosa así, lo otro queda para la asociación, para gastos y demás, es como si fuera un centro que distribuye trabajo, como una bolsa de trabajo, pero de esa manera, vos te aseguras que esa persona, que generalmente está en situación de emergencia, tenga un turno rápido. Es una asociación nacional, nosotros tenemos supervisiones, mensuales, los viernes, 2hs, obligatorias, y, además, yo tengo mi supervisora, para mis casos. Armaron una red, yo tengo compañeras que son de Salta, Tucumán, del Sur, he tenido pacientes de Río Gallegos, al ser virtual, de Santa Fé, eso está bueno.

Ludmila: ¿Qué días atendes a los pacientes de la asociación?

Florencia: Sí, vos tenes que dar tu disponibilidad, y horario, para cuando alguien llame, y pida un turno, un lunes, a la mañana, que vos lo tengas disponible, porque de lo que se trata es de dar cierta previsibilidad, no es “bueno, vamos a ver cuándo te conseguimos”, es “tal día, tal hora, hay una psicóloga disponible”. Tenemos una psiquiatra también, perinatal, especializada, la otra vez tuvimos una capacitación, que nos dio ella, sobre Psicofarmacología para embarazadas, para mujeres que están en período de lactancia, no es lo mismo el tipo de medicación que se le da, o los efectos que podría tener, tenemos capacitaciones continuas, las brinda la misma asociación.

Ludmila: ¿Cuántos pacientes ves, aproximadamente, en cada espacio de trabajo?

Florencia: Y, por día, generalmente, 5 pacientes por día, los lunes, 10 pacientes, aproximadamente, por semana. Lo que pasa es que los pacientes de esta semana, no son los mismos que los de la semana que viene, se suman, o vienen cada 15 días.

Ludmila: ¿Cuál es el tiempo dedicado a cada paciente?

Florencia: El tiempo, tanto virtual como presencial, es, generalmente, 1 hora. Si bien trato de que sean 45 minutos, es el tiempo que yo le doy a cada paciente, entre sesión y sesión. Me pasa, a veces, que me paso, y le pido perdón al otro paciente que me está esperando, me demoro, es un tema que tengo que trabajar yo, que me cuesta, a veces, cortar, porque cuando la sesión está buena, decirle al paciente “*bueno, dejamos acá*”, a veces es muy difícil, pero también es el tiempo del otro, no solo el mío.

Ludmila: Si alguien falta, ¿cuál es el tiempo que debe esperar para reprogramar el turno?

Florencia: En la asociación, ahora, este año, antes no se hacía, el día antes del turno, tienen que pagarlo, y si faltan, eso no se devuelve. En mi caso, yo hago varias cosas, una tarjetita, con un recordatorio del turno, y, abajo, les pongo “*en caso de no poder asistir, comunicarse 24hs antes*”, y, además, les mando un mensaje, generalmente el día anterior, recordándoles el turno, porque me ha pasado, un montón de veces, que me han cancelado 5 minutos antes, entonces, no puedo darle el turno a alguien que si estaba necesitando, lo que me pasa, que me costó hacerlo, es que si no vienen porque se olvidan, la sesión la tienen que pagar igual, antes no lo hacía a eso, y después les daba un turno nuevo, no cuando se les rompió el auto o se les enfermó el hijo, ahí ya está. He tenido buenos resultados, era más un miedo mío, la gente me paga, es mi tiempo disponible, y yo no puedo hacer otra cosa porque me comprometí a estar en ese horario, entonces, es de los dos lados. Pagan, no tienen ningún problema, y no es que no vienen más. Además, cuando me dicen, el día anterior, no puedo por tal cosa, yo les digo que tienen la posibilidad de hacer la sesión virtual, también lo ofrezco. Lo económico implica un poner algo, en la sesión, las dos partes ponen, tiene que haber un costo, sino no hay un trabajo, esto es una transacción, no es algo que vengo porque me gusta escuchar gente triste. Además, yo, después, tengo que supervisar mis casos, y eso también tiene un costo, más allá de que yo pago el Colegio de Psicólogos, la caja de psicólogos, facturo, también, para mis pacientes, para que puedan reclamarle a la obra social, todo eso implica dinero, y, además, el alquiler, de los dos consultorios.

La otra vez hablábamos, acá, en una reunión de equipo, con las chicas, de cuánto cobrábamos, y decían “*me parece mucho para Moquehuá*”, y les digo “*chicas, es su trabajo, es su tiempo capacitándose, es lo que te va a permitir a vos poder atender mejor*”, y, además, te tenes que ir a Chivilcoy si querés una atención, por ejemplo, fonoaudióloga, la gente lo va a pagar, a veces es más de uno, que de lo que del otro lado recibe.

Ludmila: ¿Soles trabajar con otras instituciones en tus diferentes espacios de trabajo?

Florencia: Sí, con la escuela primaria, con el jardín, después con los psiquiatras de los pacientes, o con alguna otra profesional que los atienda. Después, no me ha pasado tener que derivar.

Con el jardín he tenido reuniones, las instituciones educativas, generalmente, necesitan el informe, es como un soporte más, que lo ponen en el legajo. También he hecho informes para solicitar alguna pensión, o sobre discapacidad, desde educación me han pedido el apto psicofísico, que lo necesitan para entrar a alguna carrera, o para ser docente, cuando te dan la titularidad del cargo. En las reuniones, en las escuelas, está presente el equipo, la docente, a veces están los directivos también.

Landaburo, Ludmila

Con la psiquiatra, el contacto es más mensajes, y llamados.

Con todos los pacientes que tengo situación de riesgo, armo red, con las familias, les pido los teléfonos, y hablo.

Ludmila: ¿Qué dispositivos terapéuticos utilizas en tus distintos espacios de trabajo?

Florencia: Generalmente es individual, suelo hacer entrevistas a padres, juntos, y he tenido alguna entrevista, por alguna situación puntual, con alguna pareja, pero no es algo que hago generalmente. Y grupal, sí, he dado charlas, en la escuela primaria, me lo pidieron las chicas del equipo, fue sobre bullying, porque había situaciones de violencia.

Ludmila: ¿Cómo caracterizarías a la población que llega a los distintos espacios donde trabajas?

Florencia: Tengo pacientes mucho más pensantes, con más capacidad simbólica, que otros, donde tengo que trabajar más yo. También, tengo más pacientes mujeres, que varones, incluso en niños. Tengo pacientes de otros lados, como Moll, que vienen a Moquehuá a atenderse, porque allá no hay psico.

Ludmila: ¿Observas alguna diferencia, en tu rol, en los distintos espacios donde trabajas?

Florencia: En el consultorio con adultos, los síntomas que predominan están ligados a las situaciones de vida, predomina la ansiedad. Acá, tiene que ver con la angustia, en algún niño, o de los padres, y también los vínculos, entre pares, la forma en que se vincula, ya sea porque tiene problemas, o porque no se integra.

Ludmila: ¿Qué técnicas soles utilizar en el trabajo con niños?

Florencia: Mucho dibujo, juego simbólico, pero son niños que ya hablan. Yo a los pacientes chiquitos, como 6 años, que sería primer grado, salvo que sea una situación difícil, les doy vacaciones, porque forma parte de la demanda que viene de la escuela, para que no se queden pensando que es una situación que los atraviesa a ellos, vayan, o no, a la escuela. Mucho se revierte con las actitudes de los papás, mejoran. Pero bueno, a esa edad ya hay mucha producción verbal, hay mucha conversación. Hay mucha orientación a padres, también, porque yo siento que un nene, de 4 años, en una sesión de terapia, porque tiene x problema, que no amerita una sesión de psicoterapia, hay que trabajar con los papás. Yo siempre le digo a los papás, una persona que entra en la vida de un niño, es para dejar una huella, y yo, soy una persona ajena, a la familia, a la cotidianeidad de ese niño, entonces, digo, por qué tengo que entrar en la vida de ese niño, si, quizás, hablando con los padres, resolviendo algunas cuestiones, ellos pueden darle otras herramientas, respeto mucho la infancia, no quiero entrar en la vida de alguien para ser una que vino, me vio dos veces, y nada más, quiero que sea algo productivo en la vida de un niño, y, a los 4 años, no suceden cambios productivos, esa es mi visión.

Ludmila: ¿Percibís alguna necesidad, no cubierta, en tus diferentes espacios de trabajo?

Florencia: Me encantaría tener una secretaria, porque eso implicaría no tener que estar lidiando con estas cosas del dinero, y el turno, pero bueno, eso pasa porque uno es pobre, y no tenes una clínica, con tu consultorio, lo veo en el médico, tiene secretaria, pero no lleva

Landaburo, Ludmila

mis turnos, yo lo quiero ver al paciente, y ver si lo puedo tomar, o no, ella tiene mi número, y se los pasa. Si fuera una secretaria, solo para psicólogos, o psiquiatras, ahí sí, a mí me gusta que la secretaria tenga noción de la Psicología, los secretarios de la salud mental tienen una cosa distinta, para mí.

Se le consulta si quiere agregar algo, ante la negativa, nos despedimos y la entrevista finaliza.

ENTREVISTA 9

- Camila, 27 años, vive y trabaja en Chivilcoy.

La entrevista se realizó de forma virtual, ella estaba en su consultorio privado, en Chivilcoy.

Me presento, se le explica brevemente el tema del TIF, y sobre la confidencialidad. Comienza la entrevista.

Ludmila: ¿Qué títulos posees?

Camila: Tengo el título de Lic. en Psicología, ejerzo desde la Psicología, pero antes, cuando estaba en el proceso de recibirme, fui acompañante terapéutico también.

Ludmila: ¿En qué instituciones trabajas?

Camila: En este momento, institución, estoy trabajando en Casa Pueblo, también estoy coordinando un programa para la Facultad de La Plata, un taller, en el CUCh, tengo mi consultorio privado, y estoy por empezar a trabajar, ahora en mayo, en Neurodesarrollo.

Ludmila: ¿Qué tareas realizas en dichas instituciones?

Camila: En el consultorio hago atención individual, solo eso. El taller, que estoy coordinando, pertenece al PROSAM, que es un programa, un proyecto de extensión de La Plata, está dirigido a adultos mayores, tiene que ver con el cuidado de la salud integral, ahora estoy dando un taller de estimulación neurocognitiva.

En Casa Pueblo, en este momento, estamos atravesando una situación coyuntural en cuanto a lo económico, que afecta a la institución. Yo hago atención individual a los usuarios, espacios de terapia, también estoy de referente en el área de primeras escuchas, y, después, lo que venía haciendo eran salidas al territorio, por un lado, con Sedronar, íbamos a los CICS y a las escuelas a dar charlas sobre consumo, y, por otro lado, con una colega, que también trabaja en Casa Pueblo, íbamos a los secundarios a hacer un taller sobre sensibilización en las violencias de género, esto, actualmente, por un recorte en el presupuesto, no lo estamos haciendo.

Casa Pueblo es a nivel nacional, en realidad, es una CAAC, una Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario, surge de lo que sería, en Sedronar, la Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación, y una organización social, un movimiento social, que es el Movimiento Evita, en conjunto, crean Casa Pueblo, que sería una herramienta territorial de Sedronar, por lo que, el municipio, no tiene incumbencias en esta institución, Casa Pueblo se sustenta a partir de los Potenciar Trabajo, que es un programa con el objetivo de apoyar la economía popular ese es el sueldo de los profesionales. Atendemos adultos, con adolescentes, es una cuestión que debatimos, porque hay otras instituciones, como el Servicio Local, que trabajan con ellos, y hay una línea muy fina de qué nos compete a nosotros, y qué a ellos, también hay una cuestión de la autonomía progresiva de un adolescente, no es lo mismo que venga un adolescente de 12 años que uno de 18 años. Muchos adolescentes no se acercan igual, si, más, a lo que es el espacio de salud sexual, los talleres, que se pueden transitar igual más allá de que uno encuadre, o no, en los ejes.

Ludmila: ¿Quién demandaba los talleres en esas instituciones?

Camila: Con los talleres más abocados a violencia de género, nosotras mandábamos, porque eran durante dos meses, necesitábamos tener contacto con alguna docente que nos pueda ceder la clase. Después, en cuanto a las salidas con Sedronar, nos comunicábamos nosotras porque la finalidad era visibilizar las instituciones y convocar gente a un taller, que hacen en conjunto Sedronar y Casa Pueblo, que es el taller dirigido a referentes afectivos de personas con problemáticas. Después, hubo una situación que recuerdo, nos demandaron, para la semana de la salud mental, el año pasado, ir a dar una charla a la Escuela Nacional, fue desde la institución. Si no, íbamos nosotras a buscar la demanda, no es que venía.

Ludmila: ¿Qué profesionales componen el equipo de Casa Pueblo?

Camila: Hay trabajadoras sociales, hay una socióloga, enfermeras, acompañantes terapéuticos, médico ya no, porque se fue, también hay abogadas, promotores de salud, y más psicólogos, somos 5, aunque una está abocada a la coordinación de Casa Pueblo, y después, también, hay estudiantes, de psicología, que están en este mismo tramo realizando el TIF, si bien no hacen atención privada, participan de otras actividades abocadas al área psi.

Ludmila: ¿Cómo se organizan con los pacientes que requieren atención del médico clínico, ahora que ya no está?

Camila: La realidad es que era un lujo que haya un médico en Casa Pueblo, novedoso, en encuentros que hemos tenido, regionales, con otras Casa Pueblo, era una de las más diversas refiriéndonos al equipo de trabajo. Actualmente, lo que estamos haciendo, es tratar de redireccionar, a los CAPS, al hospital, ante estas demandas, que tengan más que ver con una revisión médica.

Ludmila: ¿De qué forma se dan estos encuentros entre los diferentes Casa Pueblo?

Camila: Las coordinadoras de Casa Pueblo están en contacto permanente con otros coordinadores, hacen viajes, desde que estoy yo, lo que se dio más, a nivel institucional, es que participen todos los integrantes. En 2022, se hizo un encuentro regional, y fuimos sede, compañeros de otras Casa Pueblo, de Bragado, por ejemplo, vinieron, no todos, pero 4 o 5 de cada Casa Pueblo, pero no se volvió a organizar.

Ludmila: ¿Qué horarios haces en las instituciones en las cuales trabajas?

Camila: En Casa Pueblo, es un tema bastante complicado, porque cuando uno hace trabajo comunitario, el tema horario es un poco particular. Estaría los martes, a la mañana, desde las 10hs, hasta las 16hs ponele, pero, también, medio que me termino quedando hasta las 18hs, el martes pasado me quedé hasta las 20hs, y después estoy también los miércoles a la tarde. Igual, con el tema del recorte presupuestario, medio que se están acortando los horarios. A veces surge una reunión por fuera, o con las chicas no nos podemos encontrar físicamente, pero hacemos videollamada. Una vez por mes, tenemos la reunión del área de psico, la hacemos los martes a la mañana, a las 10hs.

Y en mi consultorio privado estoy miércoles y viernes por la mañana, y jueves por la tarde.

Ludmila: ¿Las entrevistas de admisión se hacen en algún día u horario en particular? Primeras escuchas le llaman en Casa Pueblo.

Camila: El tema de las primeras escuchas es reciente, se empezó a implementar el año pasado, nosotros tenemos un día fijo, los martes, un martes se hacen por la mañana, otro martes por la tarde, uno y uno toca, van rotando, hay dos turnos para cada martes, o a tres se puede extender. Intentamos que a la escucha la realicen de forma interdisciplinaria, actualmente es una acompañante terapéutica y una psico, o estudiante de psico. En ese momento, a la persona no se le da ninguna respuesta, lo que hacemos después, es reunirnos, y socializamos esa escucha, como para aportar otros oídos a eso, y ahí pensamos si la persona encuadra, o no, en los ejes, nosotros trabajamos con violencia de género y consumo problemática. Si la persona no encuadra, la redireccionamos a la institución pertinente. Si es necesario, se hace más de una escucha. Si encuadra, vemos qué área le ayudaría más, si necesita un acompañamiento de dupla, si necesita un espacio de terapia, si necesita una AT, o todo, una asesoría legal, y, también, qué quiere la persona, porque uno, muchas veces, como profesional, se puede dar cuenta de que la persona no quiere, en ese momento, entonces, bueno, la demanda también se construye con ella, la idea de esa entrevista es poder presentarle la institución a la persona. A veces va cambiando, quizás al inicio no quieren un acompañamiento de dupla, y, después, acceden.

Ludmila: ¿Cuánto tiempo de espera hay, actualmente, para una primera escucha?

Camila: Eso depende de cómo vengamos, nosotros dejamos pactados los días de escucha los martes, a veces llegan demandas que no pueden esperar de acá a dos semanas para un espacio, lo que hacemos, como equipo, es ver qué dupla se puede hacer un espacio para escuchar por fuera del día asignado, y damos un turno más rápido. No suele haber más de una semana, o dos, de espera, no es que era un mes, o dos meses. Nosotros no trabajamos con urgencias, y muchas veces parece que, cosas que no son urgencias, a uno lo desbordan y terminan pareciéndolo.

Ludmila: Si la problemática de la persona no encuadra en Casa Pueblo, ¿a qué instituciones se lo suele derivar?

Camila: Al hospital solemos derivar, a algún CAPS, la gente viene demandando un espacio de terapia, y este recurso está acotado en cualquier institución, con la demanda que hay. Está el SAC, que pertenece al Colegio de Psicólogos, y es un Servicio de Atención a la Comunidad, para aquellas personas que no tienen obra social, yo estoy adherida, las personas que ingresan, que primero tienen una entrevista con la coordinadora del SAC, abonan un honorario mínimo, que está por debajo del honorario ético, y tienen una respuesta más rápida, que ir a pedir un turno al hospital, o a un CAPS, entonces, muchas veces, ofrecemos esa opción, porque hay una realidad, hoy en día, que derivar a otra institución... tampoco van a tener respuesta.

Ludmila: ¿Llegan pacientes derivados, de otras instituciones, a Casa Pueblo?

Camila: Sí, eso pasa mucho, también por eso se creó el área de primeras escuchas, para hacer un filtro, por así decirlo, porque pasaba que nos llegaba mucha demanda que no

encuadraba, y venían de otras instituciones que se encargaban de lo mismo que nosotros, que se podían ocupar, y el recurso es finito. Hay alguno que otro caso que viene de lo legal, son los menos, tenemos, en el espacio de terapia, mamás que tienen hijos judicializados, yo tengo una paciente que no está viendo a su hijo, por esta cuestión, entonces, todos los meses me encargo de mandar un informe al juzgado, para que quede asentado que ella está acudiendo al espacio de terapia, y está acompañada institucionalmente. Aun así, los casos que llegan de esta forma, terminan construyendo un deseo, una demanda, no queda solo en venir obligado.

Ludmila: ¿Cuántos pacientes ves, aproximadamente, por día, en las instituciones en las que trabajas?

Camila: Ponele, en Casa Pueblo, yo estoy teniendo 7 u 8 pacientes, y con el consultorio, serán entre 20 o 25 personas, depende la demanda, porque en el consultorio privado, yo también trabajo con niños, entonces, muchas veces, en la misma semana, tengo entrevistas con los niños y con los padres.

Ludmila: ¿Qué tiempo le dedicas a cada paciente?

Camila: 40 o 45 minutos, intento respetar ese tiempo, a veces, uno, por una cuestión de intervención, corta antes, o si hay una situación puntual, un ratito más, se puede sostener.

En Casa Pueblo, lo que me pasa, es que, por ahí tengo un bache, entre reunión y reunión, y me termino quedando, almuerzo ahí.

Ludmila: ¿Cómo se maneja el tema de las inasistencias en tus lugares de trabajo?

Camila: En Casa Pueblo, desde el área de psico, ya está pactado, desde que la persona entra al espacio de terapia, que, frente a 3 faltas sostenidas, sin aviso de por medio, el espacio de terapia queda dado de baja. No es lo mismo una persona que falta, y te avisa, que una persona que capaz hace 1 mes que no viene y no se comunica, no contesta, esto también se empezó a hacer desde el año pasado, porque al ser algo comunitario, y la persona paga, de alguna forma, porque siempre hay algún pago en psicoanálisis, por más que no sea con dinero, también es propio de las problemáticas con las que trabajamos, esto de no poder tener una regularidad, o un orden en algunas cuestiones, las personas capaz que desaparecían 2 o 3 meses, y después volvían. Ahora, si quiere volver, el equipo va a evaluar la situación, y va a ver si considera pertinente dar de nuevo este espacio, y puede ser que el espacio no sea con la psicóloga, por una cuestión de disponibilidad.

En mi consultorio privado, lo que hago, cuando ingresa una persona, sea un adulto o un niño, en este caso, sería en la entrevista con los padres, comunico que me avisen con un día de anticipación si van a faltar, porque, si bien es un espacio para la persona, es un compromiso de los dos, si no está este preaviso, el espacio lo cobro igual.

Ludmila: ¿Tenes disponibilidad, actualmente, en el consultorio privado, para admitir más pacientes?

Camila: Sí, como trabajo con niños, lo que pasó este verano es que bajó un montón la atención, porque es un momento en el que los niños no van a la escuela, son los menos los

que sostienen la demanda. Entonces, en marzo y abril tomé nuevos pacientes, hay una cuestión medio coyuntural, de la actualidad, que hace que no llegue tanta demanda como antes.

La demanda de los niños, generalmente, viene de la escuela, o de los padres, son los menos los que llegan porque les demandaron, ellos, a los padres, un espacio de terapia. A veces los padres venían observando algo, y cuando la escuela indica, o sugiere, empiezan la búsqueda de una psicóloga. Llegan muchas problemáticas conductuales, o dicen que son hiperactivos, que no se quedan quietos, que no respetan los límites, yo creo que hay muchas cuestiones propias de los niños, hay que entender su edad, cada niño es muy particular, y enseguida es “*mándalo a la psicóloga*”, llegan muchos papás en esta posición de “*hace algo vos porque yo no sé qué hacer*”.

Ludmila: ¿Podrías caracterizar a la población que llega a los distintos espacios en los que trabajas?

Camila: La población que llega a Casa Pueblo es vulnerable, en términos socioculturales, económicos, afectivos, por las problemáticas que trabajamos. No todos viven en la precariedad, pero si hay muchos casos.

En cuanto a lo que es el consultorio, hay variedad de casos, lo que es lo económico, la realidad es que hay una cierta estabilidad para pagar una consulta, no te puedo decir que todas las personas que llegan son clase media-alta porque, hoy en día, eso ya no existe.

Ludmila: ¿Percibís alguna diferencia, en tu rol, en los lugares en los que trabajas?

Camila: En mi consultorio, lo que me pasa, es que yo alquilo en un lugar, que trabajan otras profesionales, de diferentes disciplinas, entonces, como también trabajan con niños, no es que somos un equipo conformado, pero me llegan derivaciones, de la psicopedagoga, por ejemplo, y vamos charlándolo. El consultorio es muy solitario, en Casa Pueblo sí, es el trabajo con otro, hacer las reuniones de psico, charlas los casos, hasta cruzarte a alguna compañera en el pasillo e intercambiar.

Ludmila: ¿Percibís alguna necesidad, no cubierta, en tus diferentes espacios de trabajo?

Camila: En Casa Pueblo sí, están faltando recursos, hay una situación, a nivel país, que lleve a que haya menos recursos, seguimos intentando hacer con lo que queda, tanto recursos económicos como de personal. Tal vez, si hubiera más recursos económicos, más profesionales podrían facturar y trabajar en mejores condiciones, más horas.

Se le consulta si quiere agregar algo, ante la negativa, nos despedimos y la entrevista finaliza.

ENTREVISTA 10

- Ana, 28 años, vive y trabaja en Chivilcoy.

La entrevista se realizó de forma virtual, ella estaba en el CAPS Mariano Moreno, el cual es uno de sus lugares de trabajo.

Me presento, se le explica brevemente el tema del TIF, y sobre la confidencialidad. Comienza la entrevista.

Ludmila: ¿Qué títulos posees?

Ana: Me recibí en el 2021, en pandemia, de Lic. en Psicología, estudié en la UBA. Cuando me recibí, empecé como acompañante, en un domicilio, y en un colegio, durante dos años, es una salida que solemos tener, porque, por ahí, el título tarda, y para tener una matrícula necesitas un título, y todo te demora, la praxis. Después, llegué al CAPS Mariano Moreno, estoy desde el 2022, es uno de los más pequeños de Chivilcoy, trabajo solo con niños, de 4 a 12 años.

Ludmila: ¿Trabajas en alguna otra institución?

Ana: Tengo mi consultorio privado, aparte.

Ludmila: ¿Qué horarios haces en tus lugares de trabajo?

Ana: En el CAPS, voy dos veces a la semana, 5hs, por la mañana, de 08hs a 13hs. En lo que es privado, estoy yendo dos veces también, en el mismo horario. Esto es a partir de este año igual, porque, el año pasado, yo iba al CAPS todos los días, de 13hs a 17hs, lo que pasó este año fue que ingresó otra gestión y se decidió que los CAPS más pequeños cerraran por la tarde. Igual, todos los días, era mucho tiempo, no me daba tiempo personal para crecer en la profesión, y para llevar a cabo esto del consultorio privado. Y no estamos tan bien remunerados, no en las condiciones ideales, tiene un precio nuestro trabajo, hay que saber ponerle un precio, aunque cueste, porque uno se deja llevar por la vocación, pero la realidad es que es tu tiempo, tu estudio, es una de mis fuentes de trabajo, es muy difícil vivir solo del sueldo del CAPS, no es viable, tenes que tener otra opción, yo me tiré para el consultorio privado.

Ludmila: ¿Cómo está conformado el equipo de trabajo en el CAPS?

Ana: En el CAPS, éramos 4 psicólogos, pero con esto de que hubo que cerrar a la tarde, una de las chicas no pudo acomodar los horarios, y se tuvo que ir a otro CAPS, con niños y sola. Te voy a mencionar esto porque es importante, hasta diciembre había 2 psicopedagogas, ahora los CAPS no tienen psicopedagoga, hay una demanda terrible, y trabajábamos en equipo, ellas me derivaban a mí, o al revés, había cuestiones del aprendizaje que requerían un sostén, un aprendizaje, una evaluación. Además, hay una médica clínica, 2 enfermeras, lo que se incorporó este año, que es muy importante, es una trabajadora social, hacen las salidas a campo, trabajamos con familias muy vulnerables, o con condiciones que requieren un sostén, o de alguien que esté ahí, que haga de puente, de lazo con la institución, evalúan las condiciones en que vive una familia, si tienen luz, agua, si los niños están

Landaburo, Ludmila

vacunados, si tienen controles, y, por ahí, son familias que no tienen acceso a eso, o que desconocen, entonces, se hace un acercamiento, que tiene que estar.

En Psicología, hay una supervisión cada 15 días, los sábados, nos reunimos, de forma virtual, con una mujer con mucha experiencia, psicoanalista, que no es de Chivilcoy, creo que es de Luján. Nos conectamos, los que quieran, hacemos lectura de un texto, o llevamos un caso, yo soy de llevar muchos casos, aprovecho para supervisar, me re sirve escucharlas.

Y los CAPS respondemos a la municipalidad, licencias, vacaciones, artículos, francos, todo lo manejamos con personal del municipio.

Ludmila: ¿Cuántos pacientes ves, por día, en tus lugares de trabajo?

Ana: En el CAPS, debo atender, en los dos días que voy, por semana, 16 pacientes, ponele 8 por día. En mi consultorio, recién inicio, estoy con un paciente, con un niño también. Hay tanta demanda, que, aunque no sea tu preferencia, a veces tenes que atender otra etapa evolutiva.

Trabajamos por área programática, eso significa que, por ejemplo, al CAPS Mariano Moreno va gente que está en el barrio donde está ubicado, si viene alguien que está en la Av. De Tomasso, le queda lejísimos, y lo que pasa, después, es que no hay adherencia al tratamiento, hay gente que viene caminando, o anda en bicicleta, o en moto, no pueden tomar un remis, es un grupo poblacional que tiene sus dificultades de movilidad, y demás, la secretaria pregunta por dónde viven antes de anotarlos. Ha pasado que había otros CAPS colapsados, y anotamos pacientes que correspondían a otra área programática, y van dos entrevistas, e interrumpen el tratamiento. O si llueve, ya sabemos que no va nadie.

También tratamos de que se tome una responsabilidad con el espacio, que avisen si van a faltar, tenemos un encuadre de que, a 2 faltas consecutivas, sin aviso, pierden el espacio, esto hace que involucren, más porque es un espacio muy requerido, hay mucha gente que lo necesita, entonces, que tomen consciencia de que, si te llamaron, porque, encima, hay una lista de espera enorme, es para usarlo.

Ludmila: ¿Qué tiempo se le dedica, aproximadamente, a cada paciente?

Ana: Y, aproximadamente, 30 minutos cada niño. Por ahí, un adulto, te lleva más tiempo, las entrevistas a padres son más largas, he tenido entrevistas de 1 hora. A veces vienen juntos, es lo ideal, puede suceder que estén separados, no se lleven bien, o que alguno viaje por trabajo, estas cuestiones, ya te dicen algo, cierta información, sobre cómo se maneja esa familia. A veces las hago por llamada, si alguno realmente no puede acudir, desde el CAPS, porque, al no ser psicólogos de parte, al ser psicólogos que trabajamos para la municipalidad, yo no doy mi número personal, en el consultorio privado sí.

Se les aclara que asistan solos, a las entrevistas, que no vengan con los niños. He tenido 3 entrevistas de admisión con un mismo padre, porque había que preguntar, profundizar, más, pasa eso. Y después, lo ves al niño, tenes entrevistas preliminares, y ves si amerita un tratamiento, o no, si trabajas con los padres únicamente, o no. La realidad es que, en estos espacios públicos, donde hay tanta demanda, tanta urgencia, uno se tiene que acotar un

poco más. Si vienen por x motivo de consulta, se trabaja solo eso, por ahí, en el consultorio privado, se van abriendo otras cuestiones, acá no podríamos tener tratamientos de 6 años. La escucha es la misma, uno está ahí, trabaja de la misma manera, pero los tratamientos, uno acota bastante, porque no puede desplegarse tanto.

Ludmila: ¿De cuánto tiempo es la lista de espera?

Ana: Es una locura, por ejemplo, sucede esto, viene un paciente, nosotras no podemos decirle “*bueno, toma, te medico con esto*”, y listo, se va a su casa, el tratamiento lleva tiempo, yo creo que es un tratamiento distinto al del consultorio privado, por esto de que transcurre la urgencia, la necesidad, lo rápido, pero lleva tiempo, uno no puede dar un alta así nomás. En psicopedagogía también lleva tiempo, leer, escribir, y, a la vez, hay una lista de espera, está todo muy colapsado. En mi lista de espera, debe haber, por lo menos, 30 niños, capaz que algunos son llamados el año que viene, con suerte.

En verano, yo voy al CAPS, continúo con el espacio, se les avisa a los padres que uno está ahí, que el tratamiento continúa, pero sucede que te avisan que, por ahí, van a ir menos, o cada 15 días, pero está bueno que se apalabre, que avisan, bajan mucho los llamados, porque no están en las escuelas, generalmente, en marzo, empieza a sonar el teléfono.

A veces, también, hay que ver si hay una verdadera demanda, a veces, por ahí, se hace una entrevista a padres, y se resuelve con un par de encuentros con los padres, y no requiere tratamiento el niño, se hace una orientación a padres, se los escucha, se los aloja. Primero hay que escuchar el motivo de consulta.

Ludmila: ¿Trabajan con otras instituciones, desde el CAPS?

Ana: Sí, llegan derivaciones de escuelas, médicos, pediatras, neurólogos, equipos de colegios. No sé si hay pedido de los padres, realmente, generalmente vienen derivados. Yo, considero oportuno, si derivó la escuela, comunicarme, para ver por qué lo hizo, trato de estar muy en contacto con las instituciones, porque hay algo que ellos vieron, que está bueno que lo transmitan, para el tratamiento. De forma virtual, presencial, o mediante informes.

Muchas veces se deriva a neurodesarrollo, ahí van niños que necesitan varias terapias, ahí tienen fonoaudiología, terapeutas ocupacionales, pero, hoy en día, neurodesarrollo no tiene psicólogo, es un tema, porque ahora derivan ellos, debería funcionar cada espacio con su equipo, pero bueno, a nosotros nos falta psicopedagoga, entonces los necesitamos, y a ellos les falta psicóloga, entonces nos necesitan. Acrecienta la demanda, porque llegan de más lugares.

La madre va y viene con el niño, a varios lugares, y andan en colectivo, tienen que calcular los tiempos, y terminan agotados, faltando, por eso lo del área programática es importante, eso hace que cada CAPS concentre el barrio que le toca, eso hace que sea más fluido, que las personas tengan más acceso al sistema de salud, y que nosotros tengamos acceso a ellos. El Centro Primario de la Salud, tiene como objetivo, en algún punto, desconcentrar, descomprimir, el hospital, vienen las urgencias, los emergentes, las necesidades, después, si hay algo de mucha complejidad, uno deriva al hospital. Pero la idea es que la persona

Landaburo, Ludmila

tiene el derecho de acceder a la salud, y que se lo evalúe de forma integral, o que se haga un trabajo de prevención.

Ludmila: ¿Cuáles son las problemáticas que suelen llegar al CAPS?

Ana: Problemas de conducta, se ve mucho, también se habla mucho de TDHA, que es el Trastorno de Hiperactividad, llegan con esos trastornos, por ahí de algún neurólogo del hospital, cierta agresividad en el colegio, duelo, se ve mucho, niños que han perdido un familiar, o a alguien muy cercano.

Ludmila: Hablamos de la vulnerabilidad de la población, ¿hay alguna otra característica que puedas mencionar sobre la población que llega al CAPS?

Ana: Sí, veo muchos papás que, por ahí, no tienen ni el primario completo, o mamás que no sabían leer, ni escribir, y cuando les pregunto la fecha de nacimiento del niño, me dan el documento para que yo lo lea. Son familias muy vulnerables, por ahí tenes padres que han terminado el secundario. Por eso es tan importante la trabajadora social, a esta madre, que no sabe leer, ni escribir, se le hace un seguimiento, o hay mamás que no tienen celulares, entonces la trabajadora social va al domicilio, a recordarle el turno. Si uno de los padres tiene muchas dificultades, se busca otro referente, me acuerdo que una familia tenía un hijo grande, de 20 años, que ayudaba un montón, entonces, estaba en contacto con él, para que ayude a su mamá.

No pueden pagar una consulta en lo privado, no tienen obra social.

Ludmila: Mencionaste que desde diciembre no hay psicopedagoga, ¿hay alguna otra necesidad, no cubierta, que identifiques en tus espacios de trabajo?

Ana: Sí, lo que pasa es que uno se adapta a lo que tiene, y con eso hace lo que puede. Ojalá hubiera más juguetes, más hojas, más lápices de colores, pero también se puede dar un tratamiento prescindiendo de eso, la escucha, ahí, es lo más importante. Me encantaría que haya una pediatra, un neurólogo, yo derivaba mucho al neurólogo del hospital, venía un sábado por mes, capaz que tenía turno de acá a 6 meses, que haya más especialidades, más controles, de vacunas, de peso, pero bueno, es muy difícil, no hay médicos que quieran trabajar en los CAPS, ahora hay una médica que va únicamente los días viernes, está tapada de pacientes, cuando va ella, va todo el mundo.

Llega un niño, que no lee ni escribe, en 5to año, y uno tiene que descartar una patología, puede ser emocional, sí, pero antes hay que corroborar que no sea otra cosa, algo orgánico. Atender al sujeto de manera integral.

Hay CAPS, los más grandes, donde funciona ginecología, odontología, lo ideal sería que en todos funcionen esas especialidades.

Ludmila: Si llega alguien, con obra social, al CAPS ¿se lo atiende?

Ana: Se lo deriva, al ámbito privado, otra parte del encuadre es, además del área programática, y el tema de las 2 faltas sin aviso, no tener obra social. Cuando llaman, para pedir un turno, la secretaria pregunta dónde vive, si tiene obra social. Hay gente que no

Landaburo, Ludmila

tiene otra posibilidad, si tienes obra social, dentro de todo, aunque sé que tienes que pagar algo aparte, un coseguro, por toda práctica que te hagas.

En el consultorio privado, por ahora no trabajo con obras sociales, pero estuve averiguando, porque la realidad es que el que paga una prepaga, u obra social, quiere aprovecharla, son carísimas aparte.

Ludmila: El consultorio en el que atiendes, en el CAPS, ¿lo compartís con algún otro profesional?

Ana: Sí, con la fonoaudióloga, no sé si te la nombré, no en el mismo momento, obviamente. Los días miércoles, que yo no voy, ella usa el consultorio. Ha pasado que, estaba todo ocupado, y una de las chicas, que trabaja con adultos, tuvo que atender con todos los peluchitos en el fondo. Y al revés, yo he tenido que atender en un consultorio, sin nada, y me he llevado cosas, la idea es que esté ya preparado.

Ludmila: ¿Qué técnicas soles utilizar con los niños?

Ana: Tengo formación desde el psicoanálisis, uso primeras entrevistas, técnicas proyectivas, como el HTP, la familia, dibujo libre, o alguna hora de juego diagnóstica, y, después, libre, lo que el paciente trae, yo me dejo llevar por el niño en ese sentido. Me sucede, a veces, que el tratamiento con psicoanálisis, lleva tiempo, y no es tan útil para las urgencias, entonces, leo un poco de terapia cognitiva, y demás.

Ludmila: ¿Identificas alguna diferencia, en tu rol, en tus distintos espacios de trabajo?

Ana: Lo que cambia, por ahí, es la urgencia, esta demanda, llega una población con cosas que hay que atender ya, que hay que darles un espacio, haces otro tipo de trabajo, acompañas de otra manera, más integral, más interdisciplinario, hay que prevenir, hay que detectar.

Cuando acompañaba, lo bueno era la salida a campo, te da mucha experiencia, te da herramientas, también se te mezcla la carrera, tienes que decir "*no, para, yo no soy psicóloga de esta persona*", te tienes que posicionar como acompañante, lo cual es totalmente distinto, yo apuntalaba, era el puente para el lazo social, contenía, alojaba, pero no era su terapeuta. Ahora, tengo niños con acompañantes, y charlo mucho con ellas, a mí me gustaba que me acompañen, intento hacerlo, tengo reuniones. Es un tema también, conseguir acompañante, tienen que ir a hablar a Desarrollo Social, o hacerse un CUD, un Certificado de Discapacidad, que lleva tiempo, la parte burocrática es desgastante para la persona.

La nuestra, es una profesión muy solitaria, genera angustia, en todos los aspectos, en estas instituciones estás un poco más respaldado, más acompañado.

Se le consulta si quiere agregar algo, ante la negativa, nos despedimos y la entrevista finaliza.