
El final es en donde partí: coordenadas para pensar la salud mental comunitaria

ESCENARIOS
REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y CIENCIAS SOCIALES

The end is where I started: coordinates for thinking about community mental health

 **Nadia Agustina Tenchera**
Universidad de Buenos Aires, Argentina
natenchera@gmail.com

Escenarios

núm. 38, e018, 2024
Universidad Nacional de La Plata, Argentina
ISSN-E: 2683-7684
publicaciones@fahce.unlp.edu.ar

Recepción: 20 febrero 2024
Aprobación: 05 agosto 2024
Publicación: 29 noviembre 2024

DOI: <https://doi.org/10.24245/26837684e018>

Resumen: El presente trabajo tiene como objetivo analizar desde la salud mental comunitaria las experiencias vivenciadas en el marco de las rotaciones en la Residencia en salud de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -período octubre 2020 hasta agosto 2023-. En este escrito se articulan las experiencias prácticas con desarrollos teóricos y en consecuencia se llega a algunas consideraciones finales. En primer lugar, se observan tensiones entre la salud mental comunitaria y los dispositivos hospitalarios en las dificultades para llevar a cabo intervenciones con el afuera. Esto se diferencia de aquellos dispositivos territoriales en donde la atención en comunidad habilita abordajes en esta clave. En segundo lugar, se destaca la importancia de producir herramientas que la potencien, siendo vital la construcción de redes y flujos entre las instituciones y los actores sociales. En tercer y último lugar, se piensa a la salud mental comunitaria en permanente (re)construcción.

Palabras clave: salud mental comunitaria, trabajo social, derechos humanos.

Abstract: The objective of this work is to analyze from community mental health the experiences experienced within the framework of the rotations in the Social Work Health Residency of the Autonomous City of Buenos Aires -period October 2020 to August 2023-. In this paper, practical experiences are articulated with theoretical developments and consequently some final considerations are reached. Firstly, tensions are observed between community mental health and hospital devices in the difficulties of carrying out interventions with the outside. This differs from those territorial devices where community care enables approaches in this key. Secondly, the importance of producing tools that enhance it is highlighted, with the construction of networks and flows between institutions and social actors being vital. Third and last, community mental health is considered to be in permanent (re)construction.

Keywords: community mental health, social work, human rights.

Introducción

El presente trabajo se enmarca en la experiencia vivenciada durante tres años en la Residencia en salud de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). El mismo tiene como objetivo analizar experiencias en torno a la salud mental comunitaria en el marco de las diferentes rotaciones que tuvieron lugar en dicha formación -período que comprende desde octubre del 2020 hasta agosto del 2023-.

Si bien las rotaciones transitadas han sido heterogéneas, se pretende hacer un recorrido por ellas a los fines de poner en valor aquellas prácticas en salud que se considera, tienen fundamento en la salud mental comunitaria.

Esto es así ya que tanto los lineamientos y el espíritu que promulga la ley 26.657/10 como mi posicionamiento ético-político, tienen como base los derechos humanos y lo comunitario. Este escrito me encuentra motivada por distintos interrogantes ¿de qué se habla cuando se dice “salud mental comunitaria”? ¿Solamente implica prácticas “extramuro”? ¿Es posible llevar adelante prácticas de salud mental comunitaria en un hospital especializado en salud mental?

Se desarrollarán estos interrogantes no a los fines de plasmar respuestas unívocas y cerradas, sino para problematizar y continuar repensando qué tipo de prácticas en salud mental se construyen.

Este trabajo se funda en una dialéctica entre la experiencia surgida en las rotaciones y distintos aportes de desarrollos teóricos con base en la salud colectiva. Cabe destacar que la experiencia fue tanto práctica y con otras -personas usuarias de las instituciones y sus redes afectivas, colegas, trabajadores de la salud-, como teórica y también (re)construida de manera colectiva. Respecto a resguardos éticos se aclara que en las viñetas clínicas, se cambiaron los nombres reales de las personas para proteger sus identidades.

Para ello el trabajo se compone de dos apartados. El primero desarrolla los fundamentos de la salud mental comunitaria y una posible construcción en torno a la misma y el segundo analiza las experiencias de las rotaciones en función de dicha categoría. Finalmente se exponen las consideraciones finales producto de lo plasmado a lo largo del escrito.

1. Salud mental comunitaria

A raíz de la lectura de diferentes autores, se observa que no hay una definición unívoca en torno a la salud mental comunitaria. Por ello, en un primer momento se realiza un desarrollo de lo que se considera son los fundamentos de la misma, para luego hacer una reconstrucción y exponer aquellas cuestiones que, a mi entender, la componen.

Cabe destacar que la intención de este escrito es identificar elementos que la caracterizan, ya que no se cree que haya una definición cerrada, ni fundamentos cristalizados sobre esta.

1.1. Sus fundamentos

Un primer fundamento es considerar a la salud colectiva como una herramienta teórica conceptual para dar cuenta de la salud mental comunitaria, ya que tiene como objetivo generar la “apertura a paradigmas ético-estéticos que aprehendan formas no hegemónicas de producir y concebir el proceso de salud-enfermedad-cuidado” (Silva Paim, 2021, p.123). Esto es solo una referencia de utilidad para problematizar la necesidad de pensar lo comunitario en salud mental como una propuesta que disputa el modelo asilar y manicomial.

Por eso, la perspectiva crítica y política de la salud colectiva es una apuesta a recuperar elementos para los desafíos que tenemos en la salud mental. A su vez, vale destacar que el movimiento anti-manicomial de Brasil se nutrió de este campo, así como la salud colectiva se nutrió del primero (Instituto de Salud Colectiva, 2021).

Es preciso recuperar que la salud colectiva latinoamericana se desarrolló en la década del 70, y desde entonces se ha ido transformando. El contexto en el que surgió se caracterizó por una crisis global y América Latina se encontraba atravesando dictaduras militares, reformas neoliberales, endeudamiento, surgimiento de nuevos movimientos sociales, entre otras cuestiones (Ardila-Gómez y Stolkiner, 2012). En sus inicios se conformó a partir de distintas críticas -a la medicina preventiva, a la comunitaria y a la familiar-.

Se destaca que “envuelve un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas” (Silva Paim, 2021, p.104) que se han ido desarrollando en diferentes ámbitos -académicos, de salud, instituciones de investigación- vinculados a corrientes de pensamiento “resultantes de proyectos de reforma en salud” (p.104).

La salud colectiva es entendida por un lado, como un campo específico en el cual se producen una multiplicidad de saberes sobre el objeto de salud desde diversas disciplinas y, por el otro, como ámbito de prácticas en el cual se realizan acciones por agentes -que pueden estar especializados o no- y en instituciones que no son exclusivas del sector salud (Silva Paim y Almeida Filho, 1999).

Pone en escena la subjetividad y la vida tanto en un sentido social como singular. Y es así que desplaza de las prácticas la centralidad que tenía la enfermedad de las personas, cuestionando la práctica médica que se enfoca meramente en patologías individuales. Es por ello que propone acciones integrales, que recuperan las dimensiones sociales, históricas y subjetivas como también pone en valor el conocimiento de la población fomentando su participación social y la posibilidad de ganar autonomía (Ardila-Gómez y Stolkiner, 2012; Bang, 2014).

En esta línea un segundo fundamento es una propuesta de la salud colectiva: la Clínica Ampliada. Desde la salud colectiva se entienden cuatro modalidades para producir salud: la vigilancia en salud, las políticas públicas, la clínica y la urgencia (de Sousa Campos, 2021). A los fines de este trabajo, solo se recupera la Clínica Ampliada.

Respecto a esta, pone en escena la subjetividad y la vida a través de acciones integrales que recuperan las distintas dimensiones; lo que significa desplazar la “ontología de la enfermedad” para centrar la práctica en el sujeto. Esto es poner la enfermedad entre paréntesis para que se pueda encontrar a la persona, su cotidianidad, familia, trabajo, entre otros; para que la persona singular y concreta sea el objetivo de trabajo (Amarante, 2009; Ardila-Gómez y Stolkiner, 2012).

Lo anterior no supone dejar de lado el sufrimiento de la persona sino comprender que tanto su padecer, como su biografía y cuerpo se enmarcan en la singularidad y en un contexto social específico. Esto implica llevar adelante una clínica reformulada y ampliada, lo que requiere nuevos modos de gestión del trabajo que incluyan la horizontalidad que combine y articule la especialización con la interdisciplina (Ardila-Gómez y Stolkiner, 2012; de Sousa Campos, 2021).

Profundizando en esta clínica, será central entender que los servicios “... trabajan con personas y no con enfermedades, deben ser lugares de sociabilidad y producción de subjetividades” (Amarante, 2009, p.68). Se suma que todos los trabajadores de la salud hacen clínica y esto se debe a que las personas que concurren a los dispositivos, en los encuentros buscan la producción de espacios de acogimiento, responsabilización y vínculo.

Hacer clínica no supone meramente saber diagnosticar y/o “curar” sino que es un proceso y espacio en donde se producen relaciones e intervenciones de un modo compartido. Y esto conlleva implícitamente una clínica implicada (Merhy, s.f).

De esto se desprende un tercer fundamento, que tiene que ver con los cuidados. El trabajo en salud tiene en su centro el campo relacional, el cual implica la producción de cuidados. De esta forma, en el encuentro con las personas se gestan espacios de habla, escucha y miradas que tienen sentido en ese espacio-tiempo entre trabajadores y usuaries; conformándose así el centro del proceso de trabajo (Franco y Merhy, 2011).

Producir estos espacios es, en primer lugar, producir cuidados que son emancipadores y productores de libertad, ya que así la vida de la persona adentra y cobra fuerza en ese encuentro. En segundo lugar, y en vínculo con lo anterior, se entiende que la persona también es productora de conocimiento y es “investigadora”; ya que para ese encuentro produce un discurso, se concibe en tanto usuarie, nos comprende a nosotres y a los servicios. De esta forma pierde valor y sentido la idea de que son “pacientes” ya que esto es pensarles como cuerpos pasivos y objetos de la intervención (Instituto de Salud Colectiva, 2021).

Un cuarto fundamento, se vincula con la centralidad que tienen en la clínica las “necesidades sociales en salud”. Estas no solo significan problemas de salud sino también proyectos que tienen una necesidad radical, que no se agotan únicamente en la demanda ni en las necesidades sentidas, médicas o de los servicios.

Es necesario pensarlas de manera más amplia “... a aquello que es necesario para tener salud, sean determinantes socioambientales y culturales, sea la idea de proyecto (de felicidad, calidad de vida, gozo estético, filosofía, etc.)” (Silva Paim, 2021, p.124). En tanto, el objetivo de las acciones en salud deben ser la defensa de la vida y la calidad de la misma (de Sousa Campos, 2021; Silva Paim, 2021).

El quinto fundamento, se basa en la promoción de derechos. Por ello es necesario construir ciudadanía y garantizar derechos, los cuales no sólo se agotan en la sanción y aprobación de leyes; la construcción de ciudadanía es un proceso social complejo al igual que el campo de la salud mental, lo que supone el cambio de mentalidades, prácticas y servicios (Amarante, 2009).

El sexto fundamento, es la determinación social de la salud. Esta categoría, realiza una crítica al paradigma empírico-funcionalista epidemiológico y propone comprender los procesos de salud-enfermedad-cuidados de manera dialéctica contemplando la relación entre los modos de vivir, enfermar y morir y la reproducción social. “La determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general” (Breilh, 2013, p.20).

En suma, reconocer la multiplicidad de determinantes en el campo de la salud implica incluir un abordaje que contemple y entrecruce lo comunitario, con enfoques complejos e integrales en donde se generen procesos creativos y colectivos, que habiliten la multiplicidad de redes y la creación de vínculos solidarios (Bang, 2014).

Esto permite romper con la vivencia del padecimiento de forma meramente individual. En las prácticas en salud, como se mencionó, es central incluir

(...) lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época. Estos padecimientos, portados por cuerpos singulares, presentan su correlato en la trama social, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva, que exceden la posibilidad del abordaje puramente individual. (Bang, 2014, p.111)

El séptimo y último fundamento, se vincula con los conceptos de atención en la comunidad y territorio; los cuales son entendidos de manera homóloga. En salud mental el desafío y potencia, está en construir una “red de relaciones” entre sujetos. Esto implica establecer vínculos afectivos y profesionales entre quienes escuchan y cuidan, y quienes viven las problemáticas/padecimientos -que no sólo incluye a les usuaries sino también a sus familias y otros actores-.

Es así que lo central es construir una red de atención psicosocial con base en la comunidad, ya que es necesario poder contener y escuchar a las personas en crisis y a todes les que se encuentren involucrades (Amarante, 2009).

Del mismo modo, el enfoque comunitario comprende el abordaje y/o resolución de un padecimiento individual en constante interrelación con el ámbito comunitario de la persona, siendo la misma central para el proceso de atención. De esta forma, para que una práctica sea considerada así, debe caracterizarse por ser centralmente democrática y responder a principios de solidaridad, equidad y accesibilidad (Cohen y Natella, 2013).

En esta línea se encuentra el concepto de territorio. Es entendido “como espacio social e históricamente producido en el que distintos flujos de relaciones articulan y tensionan recursos o servicios en un espacio particular donde las distancias físicas se ven relativizadas” (Chiara, 2019, pp. 24-25). Se caracteriza por ser dinámico, y por estar compuesto no sólo por límites y obstáculos sino también por flujos en donde se tejen relaciones.

Quienes hacen uso del mismo y lo reproducen colaboran en la construcción de territorialidad, la cual es el conjunto de relaciones que una determinada sociedad mantiene con el exterior y demás actores, con el apoyo de mediadores (Chiara, 2019). Se destaca la noción de “territorio de conectividad” el cual “pone en evidencia la dificultad para demarcar fronteras precisas, definibles a partir de los atributos del espacio” (p.27).

Lo anterior se vincula con el concepto de la espacialidad, que se define a partir de tres cuestiones: como producto de interrelaciones, es decir, que se constituye por medio de interacciones; como multiplicidad, ya que en él se encuentran diferentes trayectorias y eso habilita que haya más de una voz; y, por último, como un proceso en constante devenir, lo que significa que siempre está en formación ya que es producto de las relaciones (Massey, 2017).

1.2. Una posible construcción

A partir de los fundamentos reconstruidos en base a los planteos de diferentes autores que se encuentran en el apartado anterior, se recuperan aquellos elementos que se considera hacen a la salud mental comunitaria. Se aclara que se entiende y asume a la salud mental como parte intrínseca del campo de la salud.

La salud mental comunitaria puede pensarse como aquella que se encuentra centrada en el sujeto singular y a partir de esto, construye proyectos terapéuticos singulares que tendrán en cuenta las necesidades sociales en salud, las cuales irrumpen en la reproducción de las personas.

Por eso, el valor del trabajo en salud será, siendo redundante, la producción de salud. Empero va más allá de eso, ya que debe constituirse en un trabajo territorial y que involucre a diversos actores, que vayan más allá de las personas que concurren a las instituciones de salud.

Esto es así ya que el territorio es producto de sus actores y es pensado como lazo, en él se multiplican las interrelaciones, constituyendo una “red de relaciones” que es central a la hora de construir estrategias de intervención. El territorio es entendido como potencia para que las intervenciones confluyan como atención en comunidad.

En ella, cobra importancia también la concepción de las personas en tanto “sujetos de derechos” y es así que se perseguirá la garantización de estos últimos, comprendiendo, a su vez, que es necesario la construcción de ciudadanía. Al considerar esto, es oportuno producir espacios que apunten al acogimiento, responsabilización y vínculo -es decir, producir cuidados-; desplazándose aquella creencia de que los trabajadores son quienes poseen el saber para habilitar un saber compartido.

Es en dichos espacios que las personas usuarias de los servicios de salud son portadoras de saberes en tanto construyen a través de su discurso sus padeceres y también transmiten sus formas de ver y entender el mundo, sus procesos de salud-enfermedad-cuidados, cómo nos comprenden a los trabajadores, entre otras.

De lo anterior se desprende que es central transformar las relaciones de poder, para permitir que las personas singulares y concretas sean el centro de la clínica. Y, paralelamente, construir relaciones de horizontalidad; siendo importante para ello la interdisciplinariedad e intersectorialidad. Basta con reconocer los límites de la propia disciplina y potenciar la mirada conjunta entre los trabajadores de la salud y las personas, entre las distintas disciplinas en los procesos de trabajo, entre las personas y las comunidades, y así indefinidamente.

En síntesis, es oportuno pensar a la salud mental comunitaria como una “manera de sentir, de pensar y de actuar” (del Cueto, 2014, p.16) que conlleva lo colectivo y la producción de un “encuentro de lo común” que puede establecer un “nosotros comunitario”. Apuesta al surgimiento de nuevas subjetividades en donde sea posible la invención de otras formas de vivir.

Se trata más bien de instalar instancias y dispositivos en los grupos, en las instituciones y en las comunidades que produzcan una subjetividad que se oponga a la subjetividad serializada y masificada generada por el capitalismo. Una subjetividad colectiva y singular, que cree y recree nuevos mundos estéticos, nuevos universos científico tecnológicos que nos permitan transitar hacia ser otros. (del Cueto, 2014, p. 93)

Es a la luz de estas cuestiones que se analizarán las distintas experiencias de rotación.

2. La experiencia en las rotaciones

Partiendo de lo vivenciado en los tres años de formación en la Residencia de salud de Trabajo Social, se realiza una selección de algunas experiencias en los diferentes dispositivos de rotación. Es por ello que el fin no es realizar una caracterización exhaustiva de los mismos, sino que se desarrollarán aspectos relevantes a los fines del presente escrito.

Cabe destacar que algunas experiencias, serán analizadas y atravesadas por dos categorías. La primera es la de tensión, entendiéndola por ella lo que se genera cuando dos prácticas -que también pueden ser sentidos, intervenciones, entre otras- contrapuestas se encuentran. El resultado de este encuentro genera una tensión que puede producir -o no- nuevos escenarios.

La segunda es la de “líneas de fuga” (Guattari, 2013). Esta es comprendida como el despliegue del deseo que permite romper con lo establecido, produce y crea otros espacios-tiempos regidos por el deseo.

2.1. Primer año: período octubre 2020 - septiembre 2021

2.1.1. Dispositivo de atención ambulatoria

El primer año transcurrió en un dispositivo de atención ambulatoria del hospital de base, que es un hospital especializado en salud mental de CABA. El mismo se caracteriza por brindar atención ambulatoria a quienes atraviesan padecimientos subjetivos. Se destaca que prima la atención de las personas en el consultorio y de manera individual. Este se conforma por profesionales de las disciplinas de neurología, psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y trabajo social y personal de administración.

Una variable a mencionar es el contexto en el cual se llevó a cabo esta rotación: dentro del primer año de la pandemia por Covid-19. Esto último impactó en la vida cotidiana de todas las personas, las instituciones y las modalidades de trabajo. Se instauró en una primera etapa el aislamiento social y en una segunda el distanciamiento.

Muchas consecuencias se desprenden: el aislamiento implicó la dificultad de establecer contacto físico/presencial ya sea con personas allegadas como también la circulación por espacios de tinte grupal/colectivo, también muchos espacios presenciales se volcaron a lo virtual -con la complejidad que esto conlleva-.

Volviendo a las características del dispositivo, surge la tensión acerca de si podría pensarse en prácticas de salud mental comunitaria dentro de un consultorio avocado -por lo general-, a la atención clínica-individual. Se destaca que las prácticas estuvieron limitadas, aún más, por la pandemia mencionada anteriormente.

¿Es posible pensar en llevar adelante prácticas de salud mental comunitaria desde un consultorio? Sí. La respuesta afirmativa es en torno a aquellas prácticas que contemplan la centralidad de las personas singulares y la producción de subjetividades, sus derechos y ejercicios de sus ciudadanías, la construcción de trayectorias terapéuticas singulares, la participación de las personas y sus redes en sus procesos de salud-enfermedad-cuidados y la construcción de espacios de responsabilización y vínculos.

Sin embargo, enfocándome en la tensión, en dicho contexto se percibe la dificultad de poder llevar adelante estrategias que sean intersectoriales y que impliquen acciones territoriales y en comunidad, ya que gran parte de las instituciones modificaron sus dinámicas por la pandemia y muchas estuvieron cerradas y/o no brindaban actividades/espacios que impliquen el encuentro y el hacer colectivo. Es decir, se han encontrado dificultades a la hora de articular con otras instituciones comunitarias.

Para dar cuenta de una experiencia en el servicio ambulatorio, traigo un recorte de una situación que tuvo lugar en el marco de una interconsulta.

El equipo tratante de Yanina realiza una interconsulta por “su situación económica”.

En la primera entrevista con ella se realiza un acercamiento a su trayectoria de vida, y al finalizar la misma cuenta que en la mañana de ese día se hizo una extracción de sangre que le confirmó que se encuentra cursando un embarazo. Expresa que si bien no quiere continuarlo, no se encuentra aún decidida. Se da espacio a conversar sobre ello y cómo se siente. Se conversa sobre la continuidad y la interrupción, se le cuenta la reciente sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Se marca que cualquiera sea su decisión tendrá el acompañamiento de su equipo. Se retira. Se comienza a pensar en la estrategia de acompañamiento de manera interdisciplinaria.

A la entrevista siguiente Yanina refiere que va a interrumpir su embarazo. Se articula con un Centro de Salud para una primera consulta con el equipo de IVE/ILE. Con la psicóloga le ofrecemos acompañarla, ella acepta. Nos encontramos en la puerta de dicha institución. A su vez, construimos la estrategia de acompañarla los días posteriores a que realice el procedimiento: llamados telefónicos alternados entre la psicóloga y yo.

Transcurrido un breve tiempo, Yanina vuelve a concurrir de manera presencial, mi rotación por el servicio ya estaba finalizando. Retomamos el motivo de la interconsulta.

Esta viñeta sirve para pensar que es posible establecer estrategias de salud mental comunitaria desde el hospital, ya que en el encuentro con Yanina se logró establecer y generar espacios de cuidado y acogimiento. El vínculo se fue construyendo paulatinamente a medida que se acompañaba y daba paso al ejercicio de su derecho a la interrupción de su embarazo. Asimismo se logró establecer una estrategia intersectorial al articular una entrevista en el Centro de salud e interdisciplinaria con el resto de las integrantes de su equipo. Establecimos una estrategia que se enmarcó en el cuidado y la escucha, donde no hubo una disciplina que fragmente las acciones, sino que se pudo dar un trabajo horizontal.

2.1.2. Dispositivo territorial de salud

La segunda rotación tuvo lugar en un dispositivo de salud ubicado en el sur de la CABA. Su atención está destinada a, mayormente, población usuaria de sustancias como también a sus redes y a otros actores que se encuentran insertos en la trama social local. Gran parte de las personas que concurren se encuentran en contextos de exclusión, vulnerabilidad y situación de calle.

El equipo se encuentra compuesto por profesionales de medicina general, dramaturgia, musicoterapia, psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, trabajo social y personal de limpieza y seguridad. Su práctica y modalidad de trabajo se enmarca en la Atención Primaria de la Salud y aborda los usos y/o consumos de sustancias desde la Reducción de Riesgos y Daños. En este marco cuenta con espacios intra y extramuro.

Al igual que en el dispositivo de atención ambulatoria del hospital especializado en salud mental, la pandemia afectó la modalidad de trabajo y los diferentes espacios. Se suspendió la posibilidad de compartir el desayuno/almuerzo entre las personas que concurrían y los trabajadores, como así también las actividades en escuelas del barrio, algunos de los espacios grupales pasaron a la virtualidad, entre otras. Sin embargo, pese a esto se destacan y analizan dos experiencias en clave de salud mental comunitaria.

La primera son las “ranchadas”, que previo al año 2020 se realizaban una vez a la semana y con la pandemia aumentaron la cantidad. Esto tiene su fundamento en que la misma consiste en realizar recorridos por distintos sectores del barrio y acercarse a las diferentes “ranchadas” brindando tanto elementos de higiene personal como agua, galletas, preservativos y lubricantes.

Por otra parte, se convierte en una posibilidad de acercamiento a la población en situación de calle y/o usuaria de sustancias, que muchas veces se constituyen en población con dificultades en el acceso a las instituciones, siendo una oportunidad para generar espacios de escucha, conocerles y abordar algunos emergentes que puedan acontecer. A su vez, se brinda información sobre el dispositivo y se les invita a concurrir, propiciando generar acciones que tengan que ver con garantizar accesibilidad a los servicios de salud.

La segunda es el espacio de hábitat y salud, el cual se realizaba una vez a la semana y de manera conjunta con las trabajadoras sociales de otra institución de salud cercana. Este espacio constaba de dos momentos: uno grupal en donde se abordaba la problemática de manera colectiva y luego, un espacio individual donde se llevaba a cabo una entrevista y confección de un informe.

Varios elementos atraviesan a este espacio: la importancia de un hacer colectivo, y de pensar a la problemática habitacional como parte inherente a los derechos de cada persona como así también a la salud.

En síntesis, se desprende la importancia que tiene la cuestión habitacional en tanto derecho, pensando en lo salutogénico que es tener un espacio donde vivir y cómo puede afectar a nuestra salud no contar con el mismo. Como así también comprender esto en clave de la determinación social de la salud, ya que es necesario ampliar la mirada en torno a los procesos de salud-enfermedad-cuidados, incluyendo cómo viven las personas y cómo se da la reproducción social de las mismas.

Por último, pese a que el contexto de pandemia impactó en algunas actividades se resalta que el equipo del dispositivo territorial, continuó garantizando espacios básicos para la población: duchas, baños y la participación en las ranchadas, promoviendo y garantizando acciones de reducción de riesgos y daños. Es de importancia recuperar el potencial de la atención en comunidad, que permite y da lugar a otro tipo de abordajes e intervenciones; lo que entra en tensión con lo mencionado en el apartado anterior respecto a los abordajes realizados desde los hospitales.

2.2. Segundo año: período octubre 2021- septiembre 2022

2.2.1. Sala de internación

Una de las rotaciones del segundo año tuvo lugar en la sala de internación “de mujeres” del hospital de base, que brinda tratamiento a personas adultas con padecimientos subjetivos. Hago una aclaración: si bien está destinada a mujeres cis y trans, en oportunidades han cursado una internación personas con otras identidades que no son las mencionadas y que optaron por permanecer en esta sala.

Se conforma por profesionales de las disciplinas de clínica médica, enfermería, psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y trabajo social. Se llevan a cabo distintos abordajes disciplinarios e interdisciplinarios y las personas cuentan con espacios individuales y también de familia.

Si bien los abordajes desde los equipos de la sala se dan de manera tal que la estrategia terapéutica se piensa de manera singular e interdisciplinariamente, esto se tensiona con aspectos que caracterizan a las salas de internación. Con esto me refiero a la imposición de una rutina un tanto rígida que impone el establecimiento de un horario para levantarse, desayunar, tomar la medicación, almorzar, para tener entrevistas con sus equipos, dormir, etcétera. Cabe destacar que no se desconoce que para algunas personas la organización de la rutina diaria es central para la cotidianidad.

Frente a esto surge como interrogante ¿qué tipo de subjetividades se (re)producen en las salas de internación? ¿Cómo dar lugar a “fugas” y así producir algo más allá de lo impuesto?

En este sentido, y como un intento de responder a estos interrogantes, se recupera la experiencia de las asambleas de la sala. Las mismas tienen lugar una vez a la semana y en ellas participan de manera voluntaria tanto las personas internadas como también los trabajadores de la misma.

Se piensa a este espacio como productor de otro tipo de subjetividades que se “fuguen” de lo impuesto, ya que en las asambleas se pone en juego una construcción colectiva de aquellas cuestiones que atañen a las personas internadas, la importancia de que circulen las voces de las mismas ya que son quienes “habitan” temporalmente y/o “circulan” en el hospital. A su vez, se abre lugar a otro tipo de participación: hay quienes sienten interés por escribir en el libro de asambleas, otros proponen temas, algunos agregan propuestas, entre otras cuestiones.

Sin embargo, esto es visto como algo en tensión. Por un lado, me pregunto si esto no constituye algo a poner en valor, ya que estar internado en un hospital implica la convivencia con personas con las cuales no se tiene un vínculo y las temáticas recurrentes en las asambleas guardan relación con aspectos convivenciales. Por el otro, surge algo a resaltar: se observó que no se ponen en discusión otras cuestiones como: a dónde van a ir a vivir las personas luego de sus internaciones, qué dispositivos ofrece el hospital, etcétera.

Para finalizar, la internación en sí misma entra en tensión con la salud mental comunitaria. Si bien se considera de importancia la intensificación de los cuidados -intervenciones intra-muro- hacia las personas que cursan la misma, es necesario proyectar intervenciones con el afuera. En base a ello es que surgen interrogantes ¿basta solamente con que se piensen desde el inicio de las internaciones las estrategias de externación? ¿Qué espacios de “fuga” se podrían constituir? ¿Cómo construir espacios que sirvan para pensar de manera colectiva la continuidad de cuidados en el afuera?

Se recupera la importancia de construir una red de relaciones con distintos actores para poder garantizar la atención en comunidad y, en donde, pueda garantizarse mayor acompañamiento comunitario de las personas con padecimientos. Por esto se piensa en la potencia que tiene ampliar los cuidados, para así habilitar cuidados colectivos.

2.2.2. Unidad de Guardia

La otra rotación transcurrió en la Unidad de Guardia del hospital de base. La Guardia es un dispositivo que funciona las 24 horas, los 365 días del año y que brinda atención a población con padecimientos subjetivos y en situación de urgencia. Se encuentra compuesta por profesionales de clínica médica, enfermería, psicología, psiquiatría y trabajo social.

La primera parte de esta rotación se encontró afectada por la pandemia. Esto puede visualizarse en las personas que se encontraban internadas en la Guardia quienes encontraron reducido el contacto físico con sus referentes afectivos y con el afuera.

En este sentido cobró valor la realización de llamadas telefónicas y/o envío de mensajes de las personas internadas a dichos referentes. Si bien esta tarea quedó adjudicada a las trabajadoras sociales de los equipos de la Guardia, muchas veces resultó la única instancia en que podían tener un contacto con otros y también, una oportunidad para salir de la sala para circular por el parque del hospital.

A la luz de estas cuestiones ¿pueden pensarse prácticas de salud mental comunitaria en la Guardia? Este tipo de intervenciones entran en tensión con las características del dispositivo. Esto es así ya que en él, las intervenciones son acotadas, orientadas principalmente a realizar evaluaciones de riesgo y, en muchas oportunidades, se constituyen en indicaciones farmacológicas.

Sin embargo se destaca que, en ocasiones, se ha podido establecer otro tipo de práctica, la cual se desprende de la siguiente viñeta.

Era lunes por la tarde. Damián estaba internado desde hacía unos días en la sala de Guardia. Salimos a dar una vuelta por el parque. Mientras conversábamos al pasar, menciona que le gusta jugar al fútbol. Ahí fue donde me detuve y pregunté, ahí es donde se quedó y me contó en qué posición le gustaba jugar, en qué canchas estuvo, las ganas que tenía de volver hacer eso que tanto le apasionaba, entre muchas cosas más.

Recuperando planteos mencionados anteriormente, es de importancia poner entre paréntesis la enfermedad para que cobre centralidad la persona, con su biografía, cuerpo y subjetividad. Es posible pensar esta viñeta en esa clave: constituir un espacio distinto con-y-para Damián, quien pasaba mucho tiempo en la sala de Guardia con poco contacto con el exterior. Construir en esa salida al parque un vínculo y un acto de cuidado, pudiendo permitir que por un tiempo el padecimiento se corra e ingrese él, detenerse en sus palabras, intereses y deseos; para de esta forma construir un espacio cuidador y productor de salud.

Para finalizar este apartado, plasmemos algunos interrogantes ¿cómo motorizar fugas en la dinámica del trabajo de la Guardia? ¿Podría modificarse la modalidad de trabajo en el dispositivo de Guardia si todos los trabajadores tuvieran como base de sus trayectos formativos la salud mental comunitaria? ¿Esto permitiría incluir en los cuidados en la Urgencia a otras dimensiones como la determinación social de la salud, como los derechos de las personas en sus procesos de salud-enfermedad, entre otras?

2.3. Tercer año: período octubre 2022- agosto 2023

2.3.1. Centros de Salud de San Carlos de Bariloche

Esta rotación tuvo lugar durante tres meses en dos centros de salud de la localidad de San Carlos de Bariloche, Río Negro. Los equipos de ambos centros están conformados por enfermería, medicina general, psicología, pediatría, odontología, trabajo social, agentes sanitarios, operadores de salud mental, personal administrativo y de limpieza. Se trabaja de manera intersectorial e interdisciplinaria.

Debido a que cuentan con un Área Programática delimitada la articulación con otros actores suele ser fluida y personalizada. Asimismo, se han podido llevar adelante diferentes actividades debido a esta articulación y trabajo como así también reuniones con distintos actores para establecer estrategias en común.

Por su parte, respecto a la interdisciplina se observó cómo desde las diferentes profesiones, la gran mayoría de las veces, se puede llevar adelante un trabajo desde esta posición y brindar una atención de la salud que sea integral. En este sentido, cobran relevancia las reuniones de equipo que se dan una vez por semana, donde se construyen estrategias tanto singulares -frente a algunas situaciones particulares- y/o se piensan estrategias comunitarias -a través de la planificación de actividades/talleres/jornadas-.

Sobre estas cuestiones se recuperan dos experiencias.

El equipo toma conocimiento de que un joven del territorio se suicidó. A raíz de eso, se comienza a pensar de manera interdisciplinaria la intervención a realizar en el marco de la posvención. En una primera instancia se convoca a la madre a una entrevista, y por lo que se desprende de la misma se coordina un próximo encuentro en el domicilio. Se continúa trabajando en esta línea con el resto del grupo familiar.

En esta experiencia, se destaca la importancia que cobra el trabajo en salud mental desde el territorio, ya que esto posibilitó la concreción de encuentros en el domicilio donde se pudo conocer al resto del grupo familiar y así poder trabajar con todes en el marco de la posvención. Se destaca que para esto fue necesario la construcción de un espacio que fomente el alojamiento y el cuidado de dicho grupo familiar.

A continuación la segunda experiencia.

Silvia alquila el quincho de una casa. Vive sola. Tiene una discapacidad que le reduce su movilidad, teniendo que utilizar un bastón para desplazarse. Hasta ese tiempo resolvía ciertas necesidades con un dinero que recibió a causa de dicha discapacidad en Inglaterra, donde residió varios años. En la actualidad percibía insuficientes ingresos, que no lograba especificar de dónde provenían. Actualmente en el lugar que alquilaba, a causa de deudas con el pago, le habían rescindido el alquiler. No contaba con redes afectivas. Permanecía sus días en la cama mirando la televisión. Tiempo atrás había extraviado su DNI.

En esta situación se desplegaron distintas acciones tendientes a garantizar diversos derechos de Silvia. En una primera instancia se realizó una entrevista en domicilio en conjunto con la operadora de salud mental del Centro de salud, de la cual se desprende que hay cuestiones que pueden pensarse como parte de un padecimiento subjetivo.

A raíz de dicha entrevista se gestionó en el municipio, que Silvia reciba alimentos y viandas en su domicilio. En paralelo, comenzó a articularse con distintos actores ya que era inminente que se quedaría en efectiva situación de calle, ya que relataba que el dueño de la vivienda le pedía que la desocupara.

Para ello se llevaron adelante diversas acciones, por un lado, en Bariloche no existían instituciones habitacionales que sean acordes a la discapacidad motriz que tenía, por ello comenzó a pensarse la posibilidad de que sea alojada en un dispositivo de salud mental; por otro, se llevaron adelante conversaciones con el dueño de la vivienda acordando que Silvia seguiría allí hasta tanto no se resuelva su situación habitacional.

Asimismo, se articula con ReNAPER para la gestión del DNI en el domicilio.

Esto es un recorte de la situación, que permite vislumbrar la articulación intersectorial e interdisciplinaria que se llevó adelante para abordar la misma.

En ambas experiencias vivenciadas en la localidad de San Carlos de Bariloche se resalta la potencia de la atención en la comunidad, que cobra sentido en la atención domiciliaria en tanto “ir hacia el otro”, entendiendo que las personas tienen derecho a ser atendidas en territorio y en sus domicilios. Sumando que se promueve el derecho al acceso de la atención en salud-mental, lo cual puede pensarse desde la creación de actos cuidadores los cuales tienen efectos terapéuticos.

2.3.2. Centro de Salud de Atención Comunitaria

El Centro de Salud de Atención Comunitaria (CeSAC) por el que roté se encuentra ubicado en la zona sur de la CABA. Forma parte del Primer Nivel de Atención del subsector estatal de salud de CABA.

En cuanto a la modalidad de trabajo, su equipo se conforma por profesionales de clínica médica, farmacia, enfermería, fonoaudiología, medicina general y/o familiar, nutrición, obstetricia, odontología, pediatría, psicología, psicopedagogía, tocoginecología y trabajo social, promotores de salud y personal de administración, limpieza y seguridad.

Se llevan adelante intervenciones tanto en espacios individuales-disciplinares, como así también en espacios interdisciplinarios, espacios grupales y actividades comunitarias. Se suma que promueven distintos proyectos en clave de salud comunitaria e integral y en la misma cobra centralidad la participación ciudadana.

Esto es así ya que se trabaja en y con la comunidad, es decir, en pos de que no sean solo los trabajadores de dicha institución quienes produzcan actos de salud, sino que se trabaja intersectorialmente con los diferentes actores orientando, brindando información y recursos para que puedan abordar diversas cuestiones de manera comunitaria.

En este sentido, se recuperan dos experiencias. Una tuvo lugar en una escuela a la que el equipo de salud fue convocado a realizar actividades en el marco de la primera semana de aquellos alumnos que ingresaban a la secundaria. El objetivo de la misma apuntó a trabajar cuestiones de integración y construcción de vínculos.

Pensar en clave de salud mental comunitaria permite considerar esto como parte de la atención en comunidad y de la importancia del trabajo con otros actores. Asimismo, comprender estas acciones en clave de acceso a derechos ya que fomentar la construcción de la integración y vínculos es generar espacios que promuevan la salud mental.

La otra, se vincula con el equipo de Salud Ambiental el cual construye y reconstruye un diagnóstico de las problemáticas ambientales del territorio, esto a través de recorridos y charlas con la población y otros referentes. En función de dicho diagnóstico se propone llevar acciones de asistencia, prevención y promoción en clave integral.

Durante la rotación, el trabajo estuvo orientado al abordaje de las Enfermedades Transmitidas por los Mosquitos (ETM). En función de ello, se llevaron a cabo diferentes actividades: desde formaciones a los profesionales para que puedan ser replicadas para la comunidad, capacitaciones conjuntas entre promotores de distintas organizaciones, hasta recorridos orientados a la prevención y promoción de las ETM, entre otras.

2.3.3. Hospital de Día

Durante los últimos meses de la residencia, la rotación tuvo lugar en Hospital de Día (HDD) del hospital de base. El dispositivo apunta a la rehabilitación y reinserción social de personas que atraviesan padecimientos subjetivos “severos”. Siendo así, brindan atención a población adulta y disponen de espacios individuales, “familiares” y grupales.

El equipo se conforma por profesionales de enfermería, psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y trabajo social. Se aclara que concurren talleristas quienes coordinan diferentes actividades.

En este sentido es pertinente recuperar que si bien priman las actividades grupales, no por ello se pierde de vista la singularidad de cada persona. En el caso de los talleres o distintos grupos, los profesionales de HDD tienen una participación activa, es decir, no transitan esos espacios pasivamente como observadores. Asimismo, muchos de los talleres son coordinados por usuarios.

Esto permite pensar en el corrimiento de los profesionales como portadores de saberes permitiendo que los usuarios puedan tener otra participación y compartan sus conocimientos, creando los espacios con otros.

De manera transversal se fomenta la reinserción y participación social de las personas, como así también la (re)construcción del lazo social. Las distintas actividades se desarrollan dentro y fuera de HDD: en los espacios “dentro” se encuentran los distintos talleres y abordajes grupales y espacios “fuera” -salidas mensuales a lugares ubicados en distintos puntos de la CABA-. En torno a esto último, los usuarios desde hace un tiempo comenzaron a organizarse para poder llevar adelante salidas grupales por fuera de los días y horarios de HDD.

Otra cuestión es el vínculo que se genera al compartir estos espacios que van más allá de los abordajes en consultorio. En estos se generan espacios de cuidados y de acogimiento, constituyéndose en otras formas de abordar y de encontrarse con las personas que, se comprende, resultan salutogénicas.

Consideraciones finales

El título de este escrito, se motiva por el momento de su producción que tuvo lugar al finalizar el proceso de formación de la residencia; el cual en parte es resumido por el nombre de una conocida canción “el final es donde partí”; ya que como se mencionó al inicio mi posicionamiento ético-político tiene en su base los derechos humanos y lo comunitario ligado a ello. El fin de la residencia, permitió vislumbrar que desde el inicio mi posición fue la producción de salud desde la salud mental comunitaria.

Por esto, se concluye recuperando el interrogante ¿de qué se habla cuando se dice “salud mental comunitaria”? Al no haber una respuesta cerrada ni elementos cristalizados que den cuenta de ello, se recuperaron aquellos que se considera, se constituyen en sus fundamentos. A modo de mención los mismos son: la salud colectiva, la propuesta en torno a la producción de salud desde la Clínica Ampliada, los cuidados, las necesidades sociales en salud, la promoción de derechos, la determinación social de la salud y las nociones de territorio y atención en comunidad.

A partir de esta reconstrucción se analizaron las experiencias de rotación que tuvieron lugar en el proceso llevado a cabo durante la Residencia en salud de Trabajo Social. Frente a lo que se pudieron observar diversas tensiones entre algunos abordajes y la salud mental comunitaria.

Se resalta que el inicio de esta formación se encontró atravesado por la pandemia por Covid-19, lo que tanto por las características propias de la misma como también por sus medidas -aislamiento en primera instancia y luego distanciamiento- impactó en la cotidianeidad de las personas e instituciones. Esto se observa que profundizó dificultades que muchos dispositivos tenían previo a la misma, obstaculizando en muchas oportunidades la garantización de derechos de las personas, y el trabajo en red y comunitario.

En el dispositivo de atención ambulatoria del hospital, si bien muchas veces las prácticas contemplan la centralidad de las personas, promueven sus derechos y construyen espacios de cuidados, entre otras cuestiones, se entra en tensión con las dificultades que hay para llevar a cabo un trabajo interdisciplinario e intersectorial -dificultad que se profundizó en el contexto de pandemia por Covid-19-.

Otra tensión ocurre en la sala de internación, entre los aspectos que la caracterizan y la producción de salud y la promoción de autonomía. Como también la dificultad para poder pensar y llevar a cabo intervenciones con y en el afuera.

Por su parte en la Guardia, la salud mental comunitaria se tensiona con las características que adquieren las intervenciones en un dispositivo que principalmente realiza evaluaciones de riesgo y cuyas respuestas, mayoritariamente, son indicaciones farmacológicas.

En estos tres dispositivos -atención ambulatoria, sala de internación y Guardia- se desprenden dificultades para llevar adelante prácticas enmarcadas en la salud mental comunitaria, por los motivos desarrollados en los párrafos anteriores.

Sin embargo, se destacan algunas prácticas que sí se inscriben en esta línea siendo algunas de ellas: la centralidad de las personas en la clínica, la producción de espacios de acogimiento y vínculo, la promoción de derechos y construcción de ciudadanía, entre otras. A raíz de esto surge como interrogante ¿cómo potenciar este tipo de prácticas para que primen en los abordajes de los procesos de salud-enfermedad-cuidados?

Esto puede distinguirse de aquellas experiencias que tuvieron lugar en el dispositivo territorial y en los Centros de Salud tanto de Bariloche como de la CABA. De ellas se desprenden que pueden llevarse a cabo otros tipos de intervenciones que tienen lugar en la atención en comunidad y que habilitan otras formas de abordar los procesos de salud-enfermedad-cuidados.

En este sentido, se entiende tanto al espacio colectivo para trabajar la problemática habitacional desarrollado, como también a las visitas domiciliarias que tuvieron lugar en los centros de salud y el trabajo con actores de la comunidad. En estos dispositivos se resalta la potencia que tiene el trabajo en-y-con el territorio, que habilita otros tipo de intervenciones.

En esta misma línea se piensan las intervenciones que tienen lugar en HDD, entre las cuales se fomenta la reinserción y participación social de las personas, como así también la (re)construcción del lazo social. Las distintas actividades se desarrollan dentro y fuera de HDD, y es de destacar que entre aquellas que tienen lugar “intra-muro” se trabaja con -y en- el afuera.

Algunos interrogantes que surgen del proceso transitado son: ¿alcanza solamente con respetar a les usuaries para producir salud mental comunitaria? ¿Alcanza solamente con garantizar sus derechos? ¿Qué ocurre en la comunidad que muchos de los procesos de externación de las personas se extienden en el tiempo?

Para ello es importante producir herramientas que potencien la salud mental comunitaria, siendo vital la construcción de redes y flujos entre los equipos de las instituciones y les diferentes actores sociales. Es necesario pensar en el desafío y la apuesta que tiene la dimensión territorial. Es allí donde se encuentra uno de los componentes para llevar adelante intervenciones en clave de salud mental comunitaria, como alternativa a aquellas que son en clave manicomial.

Para finalizar se piensa a la salud mental comunitaria como algo que se encuentra en permanente (re)construcción y por ello este escrito, como una posible forma de plasmar y ofrecer lineamientos para (re)pensarla.

Referencias

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Editorial Topía.
- Ardila-Gómez, S. y Stolkiner, A. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 23 (101), 57-67. <http://hdl.handle.net/11336/195112>
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13 (2), 109-120. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (1), 13-27.
- Chiara, M. (2019). ¿Es el territorio un “accidente” para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social. *Ciudadanías*, (4), 19-35.
- Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar Editorial.
- del Cueto, A. M. (2014). *La salud mental comunitaria: Vivir, pensar, desear*. Fondo de Cultura Económica.
- de Sousa Campos, G. W. (2021). Gestión en salud: en defensa de la vida. EDUNLA Cooperativa. <https://doi.org/10.18294/9789874937803>
- Franco, T. B. y Merhy E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7 (1), 9-20. <https://doi.org/10.18294/sc.2011.251>
- Guattari, F. (2013). *Líneas de fuga: por otro mundo de posibles*. Cactus.
- Instituto de Salud Colectiva. (31 de mayo de 2021). *Micropolítica del cuidado en salud* [Archivo de Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=0satzwZSBB0>
- Massey, D. (2017). La filosofía y la política de la espacialidad: algunas consideraciones. En L. Arfuch (Comp.), *Pensar este tiempo. Espacios, afectos, pertenencias* (pp. 101-127). Prometeo Libros.
- Merhy, E. E. (2016). La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de salud: una discusión del modelo asistencial y de la intervención en el modo de trabajar la asistencia. En T. B. Franco y E. E. Merhy (Eds.), *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud* (pp. 60-83). Lugar Editorial.
- Silva Paim, J. (2021). *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. EDUNLa. <http://dx.doi.org/10.18294/9789874937810>
- Silva Paim, J. y Almeida Filho, N. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, (75), 5-30.

AmeliCA

Disponible en:

<https://portal.amelica.org/amelijournal/184/1844897022/1844897022.pdf>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en portal.amelica.org

AmeliCA

Ciencia Abierta para el Bien Común

Nadia Agustina Tenchera

El final es en donde partí: coordenadas para pensar la salud mental comunitaria

The end is where I started: coordinates for thinking about community mental health

Escenarios

núm. 38, e018, 2024

Universidad Nacional de La Plata, Argentina

publicaciones@fahce.unlp.edu.ar

ISSN-E: 2683-7684

DOI: <https://doi.org/10.24245/26837684e018>



CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.