

Entrevista a Marcela Freytes (*)

Marcela Freytes

Dra. en Salud Mental
Comunitaria (UNLa)

Directora de la Unidad Académica
de Salud Social y Comunitaria
de la Universidad de Chubut.

Exdirectora Provincial de Salud
Mental Comunitaria de la
Provincia de Chubut

E: Entrevistador

MF: Marcela Freytes

E: Para comenzar esta entrevista y como graduada de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa queremos que nos comentes una reflexión sobre cómo impactó en tu desarrollo profesional tu paso por estos espacios de formación.

MF: Yo tuve la suerte de estar en la segunda cohorte de la Maestría en Salud Mental Comunitaria y hacerla al poco tiempo de haberme recibido, tenía 5 años de profesión y estaba haciendo mi residencia en el Hospital Piñero. Llego a la Maestría porque era muy buena la experiencia de empezar a formarse en un hospital pero sentía que no tenía herramientas conceptuales que me permitieran pensar la práctica o pensar intervenciones en función de la población con la cual estábamos trabajando y la verdad que para mí la Maestría fue como un punto de quiebre que marcó todo mi trabajo profesional; precisamente poder pensar algo de la cuestión de la salud pública, del modelo de salud mental comunitaria;

generar esta caja de herramientas que marcó mi práctica; generar toda la red de contactos y amistades que fueron y que son redes que sostuvieron y que sostienen al día de hoy mis prácticas.

En ese momento éramos muy pocos y tuvimos la suerte de tener a docentes, algunos todavía están otro ya no, que habían sido los referentes que nosotros leíamos: Mario Testa, Emiliano Galende, Alicia Stolkiner, Elena de la Aldea, Mirta Clara, no me quiero olvidar ninguno.

Creo que hay una identidad profesional de ser de Lanús que no se pierde y que te marca, de hecho, después hice el Doctorado en Salud Mental Comunitaria y la verdad es que para mí Lanús es como una referencia simbólica que atraviesa mis prácticas; de hecho hoy estoy acá como docente y sigo pensando en proyectos que incluyan a la universidad. Mi balance ha sido sumamente positivo de haber transitado tanto por la Maestría como por el Doctorado.

E: Si te preguntáramos sobre saberes y prácticas ¿Qué puedes decir sobre los saberes y su vinculación con las prácticas desde tu paso por estos espacios?

MF: Creo que, precisamente, tanto la Maestría como el Doctorado lo que nos brindaron son saberes para

problematizar las prácticas. Obviamente por el tipo de trayectoria académica no es algo de aplicación inmediata pero nos dio todo un marco teórico de referencia que cada uno de nosotros desarrolló a partir de su incumbencia.

Remarco mucho la puesta en marcha de un modelo, de un pensamiento comunitario que uno lo puede poner incluso en la guardia porque no tiene que ver estrictamente con la intervención comunitaria en el territorio sino con las dimensiones de análisis que uno tiene en cuenta al pensar cada situación en la que uno está interviniendo y me parece que eso te marca el posicionamiento en tu rol profesional en cualquier ámbito de trabajo; te da un esquema de por dónde ir pensando determinadas cuestiones porque, claramente, el corset disciplinario para trabajar en salud mental y en todas estas problemáticas que tienen que ver con el sufrimiento mental se hace estrecho, queda corto.

Los posgrados nos dieron esta gimnasia de saber trabajar con otros y pensar con otros la práctica porque me parece que no hay trabajo posible si no es con otros más allá de que después a veces la intervención a uno le toque hacerla solo.

E: ¿Cuánto debe saber alguien que realiza un posgrado para modificar las prácticas?

MF: Por lo menos en mi historia personal lo que fue definitorio fue hacer la Maestría en Salud Mental Comunitaria estando en la residencia. Yo no sé si hubiera sido lo mismo no estando allí haciendo una práctica hospitalaria porque, de hecho, todos mis trabajos en la Maestría eran todo el tiempo reflexionar, planificar, ir pensando lo que estaba pasando en el hospital. En mi caso profesional yo salí de la facultad y me metí a estudiar porque sentí que no sabes nada, creo que hice un curso de psicoanálisis de niños y en ese momento no estaba atendiendo niños. Yo por otro lado estudiaba otras cuestiones de la disciplina, supervisábamos complementariamente pero me parece que con el marco general que tuvimos yo pude, incluso, animarme a generar otras prácticas que eran muy resistidas en el hospital; por ejemplo trabajar con grupos: yo había hecho 5 años de formación en grupos, era psicodramatista pero en el hospital era todo individual. En este sentido, con los posgrados, te sentís más respaldado porque vos tenés un fundamento para defender una práctica “se trata de esto”, “las personas que vienen al hospital público no vienen demandando análisis”, “tenemos que nosotros pensar otros dispositivos que den respuestas”. Entonces te sentís como mucho más fuerte teóricamente para

fundamentar prácticas que las estás probando porque, obviamente los contenidos son generales, son teóricos.

E: ¿Vos hacías psicodrama?

MF: Yo había hecho 3 años de coordinación de grupos y 2 años de un seminario de psicodrama pero vos imagináte que el hospital en el que estaba era absolutamente lacaniano, supervisábamos con profesionales en Palermo entonces era como muy difícil. Después armamos grupos que al día de hoy siguen, que los empezó la residencia: grupos de convivencia en la sala, grupo de post-alta, empezamos a salir a los CAPS cuando estaba prohibido salir del hospital. Cuando a mí me tocó ser jefa empezaron la rotación de área externa por primera vez en los Centros de Atención Primaria del hospital, teníamos muchos y no los conocíamos; empezamos a juntarnos con las otras residencias, algo que parece como nimio, pero había varias residencias lineales en el hospital y no nos juntábamos; el grupo de post-alta lo pudimos hacer con Trabajo Social, con todas las dificultades que implicó.

E: Una vez que vos pudiste sentirte respaldada o más segura a partir del camino grupal y el camino comunitario, eso ¿lo aplicaste después en el hospital o en Chubut?

MF: Yo en el hospital estuve 5 años, 4 de residencia y uno de jefatura. Nosotros teníamos libertad de trabajo, éramos un grupo grande y ahí con los compañeros de la residencia todo el trabajo de grupo lo empezamos nosotros. Después, cuando me voy a Chubut me voy a trabajar a un equipo de nivel central entonces ahí mi trabajo ya no fue la asistencia directa sino algo más programático y ahí era “a mi juego me llamaron”, más después de la Maestría y el Doctorado; ahí sentí que todo lo que habíamos visto: lo que era planificación, evaluación, desarrollo de dispositivos lo podía aplicar.

E: Es decir que también tuviste un aporte en el campo de la gestión

MF: Si, de hecho mi trabajo más fuerte en los últimos 11 años fue en gestión. En el 2015 con el cambio de gestión, salgo de la dirección; me ofrecieron quedarme en el equipo de nivel central pero yo preferí volver a trabajar en atención primaria, volví a trabajar en terreno.

E: Y hoy ¿Qué estás haciendo?

MF: Hoy estoy con licencia en salud y estoy trabajando dirigiendo la Unidad Académica, armándola en la universidad.

E: Después de este recorrido profesional ¿Cómo ves vos la proyección de salud mental comunitaria y salud mental?

MF: A nivel nacional es como muy heterogéneo. En mi provincia el cambio fue un poco complicado; lo que yo veo como positivo es que haya alternancia en los cuadros que están conduciendo porque sino, no tenés una política pública, tenés algo referenciado a una persona en particular. Lo que yo vi de interesante allá y como positivo fue que cuando hubo algún intento de desmantelar dispositivos o cambiar algunas cuestiones, los equipos defendieron el trabajo. El proceso en Chubut fue distinto al de Río Negro donde los equipos de base fueron los que impulsaron la reforma; en Chubut fueron los equipos técnicos del Ministerio los que llevaron adelante algo mucho más planificado desde un programa del Ministerio. Entonces haber logrado, no que el 100%, pero sí que un alto porcentaje de los compañeros de los equipos se apropien de este modelo y lo defiendan, más allá de quién está conduciendo cuando,

lo evaluó positivamente. Además, está la Ley Nacional, está la Convención, está la Ley Provincial, es decir, hay un marco que respalda y que les da una herramienta también de lucha; no es el capricho de un equipo sino que hay un marco legal.

E: O sea que hay un proceso de apropiación colectiva

MF: Sí. Insisto, no al 100% pero bueno... La residencia es una estrategia interesante también como política pública en recursos humanos.

E: ¿Cómo ves el tema de salud mental hoy a nivel nacional?

MF: A nivel nacional yo lo veo muy complicado porque se están desmantelando... A ver, la verdad es que tampoco habíamos avanzado al 100% y era todo un paraíso, había peleas muy duras también en la gestión anterior, específicamente en el núcleo duro que es el desarme de los manicomios. En eso discutíamos mucho, yo todavía era directora provincial e iba a las reuniones y planteaba que no hay transición posible desde los manicomios, no hay procesos de transformación, hay que cerrarlos. Hay que ser claros, hay que cerrarlos, hay que cerrar las camas, alta que se da cama que se cierra y complementariamente generar la estructura paralela; no hay

un sistema que pueda integrar ambos sistemas o la red de efectores con el monovalente. Y en esto último se había suavizado el discurso y era un problema y creo que ahora hemos retrocedido más, de hecho desde las manifestaciones públicas de quien está a cargo de la dirección nacional manifiestamente en contra de Ley y además por acción o por omisión cuando no se avanza en determinadas acciones que puedan volver más sólidos estos procesos es claro que se están retirando. Acá somos pocos y nos conocemos en la Argentina y conocemos la historia también. Se han detenido también los procesos del Órgano de Revisión, nosotros en la provincia de Chubut no alcanzamos a armarlo y eso se detuvo, hace unos días nos enteramos que desarmaron CONADIS y ya había pasado lo mismo con el Consejo Consultivo que genera la Ley de Salud Mental donde le bajan el rango, ya no es interministerial sino que lo ponen en la órbita de un ministerio y desarman toda la lógica de trabajo. Es decir, se puede desarmar la Ley sin ir por la Ley. Están desarmando los equipos territoriales y yo entiendo que un Ministerio de Nación no tiene que hacer práctica concreta en los territorios sino que hay que articular con el Estado Provincial y los Municipios. Pero hubo un programa de refuerzo de recursos humanos para poder desarrollar los dispositivos alternativos que era necesario pensando precisamente en la transición, no sé si fue la manera más feliz pero

fue la manera que se encontró; esos equipos se están levantando, están desapareciendo de los territorios y no se está pensando una alternativa de por ejemplo financiamos a nivel provincial entonces generan sus propios equipos, un plan B; entonces uno lo que ve es un desarme y que queda lo institucional porque lo más difícil de la salud mental comunitaria es el trabajo en territorio, la red de efectores es como una plataforma desde la cual hay que trabajar con la comunidad, con los vecinos, con las familias, con las personas con el padecimiento mental en el caso de los trastornos mentales en su vida cotidiana, en su entorno; y hay todo un retraimiento de eso donde aún los equipos de primer nivel que son los equipos que tienen que ser la primera línea en salir a trabajar se quedan en el consultorio.

E: No sé si estás enterada, ayer hubo una reunión académica que convocó el Ministerio de Salud Mental de la Nación para la discusión de la Ley invitando a psiquiatras y neurólogos

MF: Otro tema es el del Artículo 4 de la Ley que también trasciende el radio pasillo y que es algo por lo cual quieren ir y que también sería un retroceso que insisto: se puede retroceder tan fácilmente porque no habíamos consolidado un proceso como país, yo ahí marco la diferencia con la provincia porque ahí hubo como

muchos años sostenido de un mismo norte y se generaron los dispositivos desde un programa de salud del Estado que no es una cuestión menor; con un montón de falencias, dificultades, faltaron hacer un montón de cuestiones:

a) hay que problematizar la práctica de los equipos

b) generar la estructura es un primer paso pero si después no discutimos qué prácticas están llevando adelante los equipos, desde qué marcos referenciales están pensando. Ocurre por ejemplo que puedes tener una hermosa casa de convivencia y que sea un pequeño manicomio cuyas prácticas no se diferencien del Borda. De hecho somos muy críticos puertas adentro, la realidad es que cuando nos juntamos con otros también revalorizamos lo que se hace, lo que se hizo y lo que se sigue haciendo.

E: ¿Hay algo que quieras transmitir frente a este estado de desmantelamiento que hay?

MF: Si, me preocupa mucho el tema de las adicciones. Insisto, no logramos avanzar mucho; el artículo 4 de la Ley fue fundamental pero hay mucha resistencia en los equipos en pensar que las adicciones son una problemática más de salud mental; incluso nosotros en

la provincia los centros de tratamiento integral de las adicciones son parte de la red pero es el único dispositivo de la red que se crea en función de una problemática. Tenés centros de día, internación en el hospital general, trabajo en el área externa, empresas sociales que son armadas en función de modalidad de cuidado. Los centros de atención integral de las adicciones están armados en función de una problemática, se rompe la lógica sanitaria de toda la red pero además siguen siendo efectores de segundo nivel.

Si no entendemos que las adicciones no son un problema exclusivamente sanitario, que las tenemos que trabajar en el primer nivel de atención, que realmente hay que articular con otros sectores y que está muy asociado al tema de la pobreza. Ha heredado mucho del estigma que antes tenía la locura ahora lo tienen las personas con consumos problemáticos en cuanto a la peligrosidad, la delincuencia, todo lo que ya escuchamos y con un retroceso muy importante: las comunidades terapéuticas gozan de buena salud igual que los manicmios y quizás con la diferencia de que en lo que es el trabajo con trastornos mentales severos había mucha experiencia exitosa a la cual mirar.

Nosotros no partíamos de cero, no teníamos que descubrir la pólvora; era mirar lo que habían hecho en

Brasil, en Río Negro, en Europa, en Chile y pensar en los fundamentos de esas reformas qué de eso nos servía a nosotros. Yo creo que en el campo de las adicciones hay como mucho menos proceso exitoso en el cual poder pensar pero es un tema mucho más sensible a nivel comunitario, digamos que no es tan fácil, si uno arma un dispositivo laboral para personas con discapacidad se sacan la foto los políticos de turno porque es como un tema que gusta más, si vos querés trabajar con personas con consumos problemáticos, con problemas de adicciones ya gusta menos.

El otro tema en que a mí me parece que no avanzamos nada es el de las personas privadas de la libertad, si no queremos manicmios tampoco podemos querer cárceles como están las cárceles hoy en día y ahí sí que me parece que hay un clima de época en el que es muy difícil meterse porque hay un retroceso en el pensar desde una perspectiva de derechos y hay un avance de un discurso muy represivo. Yo vengo de Chubut, acabamos de hablar de lo de Santiago Maldonado, es parte del clima de época que se pueda hacer esto y que no haya una reacción colectiva al 100%.

E: ¿Cómo vinculás el tema de Santiago Maldonado con esta cuestión de salud mental?

MF: No hay salud mental sin la posibilidad de un ejercicio de derechos, de los derechos como ciudadano de cualquier persona tenga algún tipo de patología o no; hablo de la salud mental en el sentido positivo. El derecho a la libertad, a expresarse, a manifestarse es básico, tiene que ver con el derecho a hablar, a decir lo que uno piensa. Si el Estado secciona ese derecho estamos volviendo a cuestiones de la época más oscura de nuestro país. Esto me parece que es la punta de iceberg de muchas cuestiones que se fueron dando, que se visibilizan más o menos. Hoy leía a la mañana que fueron imputados los gendarmes que participaron del ataque a una murga que hubo acá hace un año y medio...

Bueno, muchísimas cosas que van pasando y se van naturalizando; hay un clima de época difícil y lo que a mí me preocupa es cómo se va dando ahora el sentido común y se naturaliza esto.

(*) Entrevista realizada en septiembre de 2017

Nota: Releo esta entrevista en abril de 2018 y obviamente ha cambiado mi opinión en relación al referente nacional de Salud Mental. La designación de Luciano Grasso a cargo de la DNSMyA fue una gran alegría y me da esperanza de que vamos a poder seguir avanzando en el camino que marca la ley, en un proceso de construcción que permita a las personas con sufrimiento mental el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos. Creo que en estos cuatro meses de trabajo desde que se hizo cargo de la Dirección, ha dado muchas muestras concretas y favorables en ese sentido.

El resto de lo charlado en septiembre del año pasado, creo que sigue muy vigente. La situación política, social y económica, en el país y en América Latina, es muy preocupante, por la pérdida generalizada de derechos a todos los niveles y el retorno de situaciones sobre las que como sociedad, habíamos dicho nunca más.