

Redes: lo propio del barrio como potencia

VESCIO, Julieta Melisa.

Licenciada en Terapia Ocupacional (UNQ).
Residente de Terapia Ocupacional en la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Sistema de Salud Público de la Nación.

Contacto: julitavescio@gmail.com

Recibido: 14/08/2023; **Aceptado:** 08/04/2024

Cómo citar: Vescio, J. M. (2024). Redes: lo propio del barrio como potencia. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (16), 135-145

Resumen

Este escrito se centrará en el reconocimiento de redes durante un proceso de externación a través de una viñeta-situación. Se pretende hacer foco en el abordaje comunitario de las redes, ubicando este cómo una característica esencial y protagónica. Los procesos de externación incluyen una multiplicidad de dimensiones complejas. En este trabajo se desarrollarán solo algunos puntos: redes y sus niveles de construcción, los obstáculos y potencialidades, controversias al desarrollar el trabajo, la presencia/ausencia de los equipos de salud y la introducción de preguntas que pretenden ser desandadoras. El escrito proviene de la experiencia de haber transitado una rotación de segundo año en un dispositivo de internación, enmarcada en una Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), y es resultado de un proceso necesariamente colectivo que habilita el pensar la práctica con compañerxs residentes.

Palabras clave: redes - vínculos - procesos de externalización

The potential of the neighborhood itself

Abstract

This article is based on the recognition of networks during a mental health discharge process from a clinic situation. It is pretended to focus on the community approach of care networks, understanding them as the essential main feature of it. Although the discharge process includes a multiplicity of complex dimensions, only a few of them will be developed in this writing: networks and its construction's levels, its obstacles and potentials, controversies from the work process, the presence or absence of health professional work teams and the introduction of reflexive questions. All of these came from the experience of a second year in an interdisciplinary mental health residency training program in an inpatient unit. It's the result of a necessary collective process that allows reflections of the practice with working partners from the residency training program.

Key Words: Networks - Links - Discharge Process

Un inicio situado

J llegó al dispositivo a través de la Guardia Interdisciplinaria bajo la modalidad de internación involuntaria. Ingresó acompañado por su hermano, una vecina de su barrio y un oficio que mencionaba *disrupción en la comunidad*. Como primer vínculo-afectivo se presentaba su hermano. Sus padres habían fallecido. J se encontraba en ese momento con mucho malestar y, al mismo tiempo, temor por estar en el hospital.

En los pasillos resonaba la lista de todo lo que no podía en ese momento: “no puede hablar”, “no puede sostener una entrevista”, “solo decía palabras sueltas”, “no puede entender”, “no puede nada y quizá nunca pueda”, escuchábamos. Pero sí podía otras cosas: escuchar música, y eso lo reconfortaba, identificar sus platos favoritos de comida, gustos y nombrar sus galletas preferidas. Fue desde lo que sí podía desde donde en ese momento pudimos comenzar a acompañar su tránsito en el hospital. Lo primero que mencionó con mucha claridad fue el nombre de su barrio. No es un dato menor porque a partir del valor que le daba al mismo fue que empezamos a pensar un camino posible. En el transitar y acompañar este proceso, poco a poco, fue logrando mencionar nombres, recuerdos y experiencias.

Es a través de su voz que pudimos recolectar números y nombres de personas que él consideraba que lo habían acompañado en algún momento de su vida y eran de su confianza. “Estar bien y salir del hospital” eran los objetivos que J nos había dejado muy en claro en cada encuentro posible con el equipo. Es preciso aclarar que los mismos no estaban enmarcados en la propuesta tradicional de entrevista, a veces era por medio de alguna actividad lúdica o recreativa que permitía vincularnos con J. En el transcurso de su internación se evaluó y definió la modalidad de internación voluntaria, donde el punto central fueron los encuentros con su barrio, su hermano y su red de vecinos.

Viñeta: vuelta al barrio

J esperaba la mañana para poder realizar un reencuentro con su casa, con su barrio, el cual no sería el primero. Hablo de encuentro y reencuentro porque su objetivo y el que abrazamos desde el equipo era salir del hospital y reencontrarse con lo suyo: su casa, sus mascotas, su hermano, su heladera, su televisión, su espacio, el kiosko de la esquina, sus vecinxs, su barrio. No hablo de visita porque no hablamos de lo ajeno. Hablo de lo propio. Elegí tomar este recorte porque siento que es reflejo de la voz de J. Hay una arista de elementos acontecidos en el medio para que llegáramos a este punto de la viñeta.

En total se realizaron diez encuentros en su casa y el barrio. Este recorte pertenece a uno de los últimos y previos a la externación.

La presencia del hermano de J, lxs vecinxs y la articulación con el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) mediante la Secretaría de Salud Mental del municipio de J fueron fundamentales. La autonomía de J en su cuidado, la importancia de regresar a su casa en contacto con su vida cotidiana, siendo esta el lazo principal con su barrio, y el derecho de que J estuviera en su casa, fueron ejes centrales en cada instancia conversada con lxs actores participantes.

Actores participantes: J, tres vecinas del barrio (1, 2 y 3), equipo de salud de dispositivo de internación, equipo de salud de dispositivo de CAPS.

Escena: Viaje al barrio de J, su casa, una invitación a pasar a su hogar, música de la radio elegida por J, perros dando vueltas, coca-cola y unas galletitas. Una mesa y cuatro sillas.

J describía en el viaje a su barrio cada detalle del mismo, sabía dónde quedaba cada lugar y ubicaba distintos espacios transitados: los mercados, la sociedad de fomento, la parroquia, la canchita, el CAPS, las calles,

las líneas de colectivo y más. Transitaba las calles de su barrio sin inconvenientes. Repetía una rutina en cada encuentro: caminaba hasta el kiosco del barrio, hacía una compra, saludaba y reconocía a sus vecinxs quienes le devolvían su saludo. Visitaba el taller de la vuelta de su casa que había sido un punto de encuentro con otras vecinxs. Ubicaba dónde vivía cada unx y también su propia casa. Es en ese escenario particular y propio de J, es donde comenzaban las charlas y las preguntas.

La vecina 1 le comentaba a J que lo ve mejor, que lo ve distinto y que se alegraba de sus cambios. También le decía que tenía que colaborar con su hermano. La vecina 1 invitó a las vecinas 2 y 3 a formar parte de la charla. J accedió a esto. Se las observaba enojadas, cansadas y mencionaban estar solas. Repetían “están solos, estamos solos, nadie se hace cargo”.

Al mismo tiempo los equipos les explicaban que habían sido muy importantes en el itinerario terapéutico de la salud de J, fundamentalmente por su acompañamiento hasta el hospital, que hoy había dos equipos de salud a disposición para acompañar a J para lo que necesitaran y construir en conjunto.

Las vecinas mencionaron que “este es un barrio como los de antes donde no se perdió el ser buen veci-

no, el estar uno para otros ayudándose” y explicitaron “ser vecinas y no referentes”. Desde el rol de vecinas identificaron las acciones que realizaron junto a J y nombraron a otras personas involucradas en todo el proceso. Lo describían como “complejo y frustrante” J observaba y escuchaba atentamente todo lo que se estaba comentando.

En ese momento comenzaron a relatar episodios de disturbios, destrucción de lugares y locales del barrio. Una de las vecinas mencionaba que J había ingresado a romper con piedras todos los mostradores de su local y que, luego de ese hecho, le había pedido ayuda. J en ese momento interrumpió de forma espontánea, llamó a la vecina por su nombre y con mucha claridad exclamó “perdón, yo estaba mal en ese momento no quería hacer problemas”. La vecina le mencionó que ahora entiende que tenía un problema de salud y que ya estaba mejor, se la observó emocionada y con lágrimas en sus ojos, abrazó a J. Él continuó comiendo y siendo anfitrión de su casa, reafirmando su buena salud. Las conclusiones de J de ese momento al regresar al hospital fueron “ya estoy bien, estoy mejor”. Fin.

Reflexiones

Para empezar con esta reflexión, en primer lugar, quisiera mencionar que la instancia llamada “externación” no fue entendida como un punto de llegada, el cual se alcanza luego de dar ciertos pasos, sino que esta fue pensada de forma transversal a todo el proceso de internación de J. En línea con desandar la idea del adentro-afuera de forma fragmentada en las instituciones hospitalarias y en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Dicho esto, mencionaré dos apartados: 1. Vecinos en red y 2. La construcción de redes

1. Vecinxs en la red

La base fundamental para la situación de salud de J fue la presencia de lxs vecinxs del barrio. En la viñeta se reflejan dos puntos claros. En principio, la presencia de una red, una red que no se crea sino que ya existe. Nos encontramos con una comunidad fuertemente organizada que menciona moverse y actuar de forma solidaria con cada unx de sus vecinxs. Y son ellxs quienes llegan con J y su hermano al hospital. Junto a esto también hay incertidumbre, enojo, dudas, desinformación, estigmas asociados a la salud mental y a la modalidad de tratamientos existentes. Pero hay algo que permite desandar lo mencionado y es que esta comunidad nunca dejó de

reconocer a J como un vecino más, en otras palabras, nunca dejó de reconocerlo en tanto persona. Es muy importante aclarar que los equipos de salud no van a inventar nada, sino a sumarnos a esa red.

Fueron las personas del barrio que en acto de aclarar que “referentes no, vecinos sí” que red no significaba para ellxs “hacerse cargo de” si no “ver, saber y estar para el otro”. Cuando pensamos en redes generalmente tendemos a pensar en personas concretas, con un vínculo cercano con lxs usuarixs y asociamos primeramente a la familia, amigxs e instituciones próximas. Cuando algo de esto no está comienzan las preguntas y los temores de los equipos de salud.

En el caso de J, fue él mismo quien nos dejó bien en claro que su red estaba asociada al pertenecer a una comunidad, al estar en su casa y compartir con su hermano, no mencionaba concretamente personas que lo podían cuidar y/o acompañar. J mencionaba un barrio entero.

Entonces, ¿Cómo pensamos las redes? ¿Qué o quiénes las constituyen? Es importante destacar la amplitud del concepto de redes ya que “es el concepto de muchas cosas que nos dan las instituciones en las que trabajamos, en los lugares donde nos saludan todas las

mañanas, lugares donde compartimos noticias, lugares donde sabemos lo que le pasa a los otros, esto configura redes” (Rovere, 2006, p. 42).

La noción de barrio como red me parece especialmente importante en el caso de J, ese ir y venir por la calle de su barrio donde podía ser reconocido por otros, saludado y nombrado, como pequeños intercambios en la vida cotidiana dado por transitar el barrio. Entendiendo la vida cotidiana como Terapeuta Ocupacional en línea con lo que proponen Palacios Tolvet y Pino Moran, no desde lo individual sino desde la cotidianidad de la misma comunidad, las acciones y omisiones cotidianas del barrio y del individuo en relación con los otros (2016). El cotidiano de J en su casa, el tener que hacer los mandados, hacer una compra, ir al CAPS que se encuentra a cuadras de su domicilio, participar en las actividades y espacios del mismo, implica a J en una red, en un encuentro con otros.

Rovere (2006) describe que en las redes puede haber múltiples nodos. Una red necesita tener múltiples nodos, no hay un punto específico de esa red que sea más fuerte o que tengamos que considerar más importante, sino que tiene diferentes lugares de articulación. Desde esta concepción podríamos decir que los vecinos ocupan un lugar en esa red, son un nodo pero no el único.

Al estar, constituyen a la construcción de la misma, a su potencia, siendo singularmente importante, al igual que el hermano de J.

¿Podríamos pensar en el CAPS o el hospital como nodos de esas redes? Pensando en lo dinámico de las mismas, lo diverso y los diferentes posibles lugares de articulación, podríamos ubicar el CAPS como nodo y, por qué no, también al hospital. Un nodo con mayor densidad que mientras, por ejemplo, se realizaba la articulación con el CAPS y la externación de J, pudo cambiar de densidad en esa red, pero que sigue siendo nodo porque ahora es reconocido por J como un lugar y puede remitir a él cuando lo necesite.

Aclaro que no me gustaría que J necesitase regresar al hospital, pero ¿qué implica desconocernos como parte de esa red? Si alguna institución de salud se hubiera reconocido como un nodo parte de esa red, ¿hubiera llegado a tal instancia de malestar? ¿Quién lo estaba viendo a J y a su hermano además de sus vecinos?

2. La construcción de Redes

Rovere (2014) también nos dice que las redes se construyen. El autor desarrolla y caracteriza cinco niveles: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. Para el análisis y

mejor comprensión voy a vincular los niveles con el nodo de vecinxs, pero al mismo tiempo esta construcción sucede con cada nodo que es parte de esa red. En el primer nivel, de reconocimiento, expresa la necesaria aceptación del otrx. En casos extremos, la dificultad de operar o de interactuar consiste en que no se reconoce que le otrx existe. El barrio y sus vecinxs constituían este primer punto. En línea con lo mencionado anteriormente, J estaba siendo reconocido. Al mismo tiempo, él reconocía la existencia de sus vecinxs y de su barrio. Asocio esto al momento en que J puede intervenir y registrar a su vecina transmitiendo lo que opinaba de los momentos de desorganización y/o descompensación. A su vez, pudo intervenir a esa vecina dejando en claro que en ese momento no estaba siendo posible tomar las decisiones, pero entendía que a pesar de esto había un otrx afectadx.

Atentamos contra la red cuando estamos en línea con representaciones donde fácilmente se descalifica, se inhabilita a lxs otrxs, porque creamos discursos donde sentenciamos que alguien no va a poder y porque no hay lugar para valorar lo singular que permita reconocerlo como sujetx. Son discursos que igualan en el desconocimiento del otrx como tal y en una cierta homogeneización. Infinitudes de discursos se me vienen a la mente que operan como homogeneizadores y permiten

mágicamente otorgar a profesionales el superpoder de suponer destinos, diagnósticos y sentencias. Algunos que resuenan: “usuarix desorganizadx igual a psicóticx”, “psicótico igual a imposibilidades”. Entonces el primer punto para empezar a construir es reconocer que le otrxs existe o, más precisamente, que le otrx tiene derecho a existir, a decir, a opinar, a ser interlocutor (Rovere, 2006, p.46).

En el segundo nivel, de conocimiento, Rovere (2014) menciona que luego de que le otrx es reconocido como par, como interlocutorx válidx, empieza a ser incluidx en nuestra percepción, empezamos a necesitar conocimiento del otrx, lo cual expresa interés: queremos saber quién es, queremos entender cómo se ve el mundo desde ahí. Este nivel está dado entre J y sus vecinas, ya que ambas partes reconocen sus historias de vida y comparten sentimientos e intereses en común con su lugar de pertenencia barrial. También se involucran, piden información respecto a cómo ayudar a J en momentos de desorganización y se predisponen a desandar estigmas relacionados con la locura o con la modalidad de tratamiento de internación en el proceso de externación.

En el tercer nivel, de colaboración, se parte del interés y del conocimiento dando comienzo a la existen-

cia de algunas circunstancias y eventos que nos llevan a la colaboración (en el sentido de trabajar con otrx). “Es una ayuda espontánea. Hay momentos, hechos, circunstancias donde se verifican mecanismos de colaboración que empiezan a estructurar una serie de vínculos de reciprocidad” (Rovere, 2014, p.25).

El cuarto nivel, de co-operación, hace referencia a que “es un proceso más complejo porque parte del supuesto que existe un problema común, por lo tanto hay una co-problematización, y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta” (Rovere, 2014, p. 25).

En estos niveles se reconocen las vecinas de J en el momento en que se construye la idea de que si el barrio lo podría entender, tener una mirada menos estigmatizante, saber y tener a dónde llamar, preguntar y actuar desde su rol de vecinx, la problemática no llegaría a instancias de desorganización tan grandes. Entonces reconocer esto desarma la idea de una problemática individual. La problemática deja de ser de J y pasa a ser en común, pasa a ser colectiva, así como la construcción de soluciones. En principio, porque reconocer al otrx como vecinx implica estar adjunto a los códigos del barrio en donde habita la idea que el problema del otrx es mío también porque “el barrio cuida al barrio”.

En el quinto nivel, de asociación, el último que menciona Rovere (2014) y es donde se profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa poder compartir recursos. En sencillas palabras lo entiendo como compartir con otrx. Dar y recibir algo a unx otrx. Esto lo podemos ubicar en el compartir cotidiano de vecinx a vecinx, compartir una tarde de música, cuidar el barrio, las calles, los lugares que son comunes a todxs, ofrecer una coca y unas galletas, etc. Podría dar múltiples ejemplos, pero algo de esta asociación está en línea con el ser vecinx, hay algo de esa categoría, del rol vecinx que te implica ya en construcción con un otrx, se asume que vas a dar y también recibir. J aporta cómo vecino en su comunidad.

Tal como menciona Rovere (2006), una red tiene diferentes lugares de articulación entre los nodos que la constituyen. Las redes se construyen, los nodos la construyen y articulan entre sí. Es decir que durante la construcción de estos cinco niveles, al mismo tiempo están los otros nodos interactuando e intercambiando en esos niveles de vinculación. Si consideramos a J, su hermano, sus vecinas, el CAPS, el Hospital, el barrio como nodos parte de esa red, cada uno de estos estaría articulando entre sí. Cada uno debería alcanzar los cinco niveles: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación.

La viñeta seleccionada intenta ser representativa de esto pero sigue siendo un recorte, una foto de un proceso dinámico de articulación de esos nodos. Una construcción no es de un día para el otro y necesita que todas las partes reconozcan la existencia de un otrx. Y ese reconocer implica posicionarse desde un lugar horizontal, reconocer errores y faltas, siendo conscientes de que como Estado también tenemos que dar otras respuestas. Lxs vecinxs de J no iban a reconocer nuestra existencia, nuestras palabras, nuestros aportes, si estaban enojadxs porque nunca nadie lxs había escuchado. Asimismo, J no iba a reconocer nuestra existencia si nunca había tenido una experiencia positiva en una institución pública de salud mental ni él ni su familia.

Un punto más que no puedo dejar de lado en este análisis, en línea con la conceptualización de Rove-re (2006, 2014), es que nunca hubiéramos reconocido la existencia del CAPS si no hubiéramos salido de esa noción homogeneizadora de inexistencia expresada y motorizada desde la propia fragmentación del sistema de salud, en los “nada funciona” y “en este territorio no hay nada o lo van a ver dos días y no van a poder más”. Nadie va a poner su cuerpo, su energía, su trabajo a un lugar donde ya está sentenciado que nada puede acontecer.

No pretendo negar una realidad irrefutable de las problemáticas, de las ausencias, la respuesta escasa y muchas veces inalcanzable frente a la realidad y necesidades concretas del territorio. Sin ir más lejos, lxs vecinxs expresan esto de forma muy clara. Pero también esta situación me permitió entender que no da lo mismo reconocer que nada hay, que nada funciona a “esto es difícil, pero ¿qué pasa si vamos? ¿Con que nos vamos encontrar? ¿Qué luchas se están dando o que están pensando desde otras instituciones de salud? ¿En qué podemos sumar?”. El pensamiento en clave de construcción de red fue motor de esas instancias.

Lo que me parece más valioso de la teoría de construcción del autor es que está pensada desde niveles de vínculos, y a modo de aporte personal y profesional entiendo que los vínculos hay que cuidarlos, hay que darles tiempo, hay que ponerles cabeza, presencia y co-razón. Por lo tanto es impensado articular y pensar en esta construcción sin estar presentes en el barrio de J.

Concluyendo y seguir siempre preguntando

Lo potenciador fue en principio el barrio, su gente, el sentido de pertenencia de J, el estar ahí, tener el deseo y la convicción de que era necesario ser parte de esa red. Concebir el trabajo desde una perspectiva de Salud

Comunitaria sin importar el nivel de atención de salud en el cual unx se encuentre desempeñándose. Tal como mencionan Galende y Ardila (2011): “Salud Mental Comunitaria en el primer sentido, y la primera intervención, es preservar en todo lo posible los vínculos, a la vez que toda estrategia debe orientarse a la integración social del sujeto” (p. 47). Trabajar con el malestar, no siempre ser bien recibidxs por lxs vecinxs, disponernos a ser parte, reconocernos como parte del Estado -también con las ausencias previas- fue elemental.

Ahora bien, a todo este escenario potenciador también le caben muchas preguntas, que me gustaría desarrollar o al menos comentar que surgieron. En primer lugar, en este caso tuvimos un escenario particular en nuestra rotación donde la apuesta a este trabajo fue en concordancia, sostenida, acompañada y respetada desde las coordinaciones de dicho dispositivo. Sin embargo, una de las preguntas a destacar es ¿qué pasa cuando esto no es así? O ¿qué pasa cuando esto sí es así pero al mismo tiempo queda a mano de voluntades? El trabajo de construir o ser redes tiene que ser un trabajo transversal. Es la potencia del trabajo colectivo la que permite los posibles. Donde se parte de la singularidad y la voz de cada persona con la que trabajamos. Hablamos de un trabajo transversal a todxs lxs actores considerados parte de un equipo.

Ahora, una vez que tenemos las voluntades y a lxs convencidxs, en segundo lugar y para finalizar, ¿hay condiciones laborales que permitan trabajar desde estos escenarios? ¿La lógica de trabajo actual nos permite dedicarnos toda una mañana o tarde para ir al barrio y las calles de cada unx de lxs usuaries y acompañar procesos por fuera del hospital? ¿Debemos continuar armando espacios de encuentro, a favor de generar redes? Sí. Si no lo hacemos, ¿hacia dónde vamos?

Nos invito a todxs a pensar colectivamente estas preguntas. Y por supuesto a seguir buscando las líneas de fugas.

Bibliografía

Congreso de la Nación Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Noviembre 25 de 2010.

Galende, E. y Ardila, S. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (1), pp. 39-50.

Palacios Tolvett, M. y Pino Moran, J. (2016). Re-construcción del sentido de comunidad y ocupaciones colectivas: “experiencia de transformación de prácticas de salud primaria rural” En Simó Algado, S.; Guajardo

Córdova, A.; Correa Oliver, F.; Galheigo S.M. y García-Ruiz, S. (eds.) *Terapias Ocupacionales desde el sur: derechos humanos, ciudadanía y participación*. (pp. 415-432). Editorial USACH.

Rovere, M. (2006). *Redes En Salud: los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. El Ágora.

Rovere, M. (2014). *Trabajar en redes. Parte II. Grupos y redes de la agencia social a la salud colectiva*. Universidad Nacional de Río Negro.

