

La continuidad en procesos de atención en salud mental en la ciudad de Rosario, Santa Fe, desde la perspectiva de usuarios/as

VELZI-DIAZ, Alberto.

Psicólogo, Universidad Nacional de Rosario (UNR), Magister y Doctor en Salud Colectiva (Unicamp, Brasil). Docente, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Investigador Independiente del Consejo de Investigaciones de la UNR.

Contacto: algiova@gmail.com

PIETRODARCHI, Jimena.

Psicóloga, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Diplomada en Salud Mental Comunitaria, UNLa. Docente, Facultad de Psicología, UNR. Integrante del equipo técnico en Centro Territorial de Salud Mental "La Posta Norte", Rosario.

Contacto: jimepietrodarchi@gmail.com

Recibido: 14/04/2024; **Aceptado:** 04/10/2024

Cómo citar: Velzi-Diaz, A., Pietrodarchi, J., Santanocito, G., Garcete, E., Toth, C., Starna, G., y Benítez, P. (2024). La continuidad en procesos de atención en salud mental en la ciudad de Rosario, Santa Fe, desde la perspectiva de usuarios/as. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 110-127.

SANTANOCITO, Gisela.

Psicóloga y Profesora de Psicología, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (UNR). Docente e investigadora, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

Contacto: giselasantanocito@yahoo.com.ar

GARCETE, Esmeralda.

Psicóloga y Profesora de Psicología, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (UNR). Docente, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

Contacto: esmeraldagarcete@hotmail.com

TOTH, Camila.

Lic. en Psicología. Ex Residente Hospital José Tiburcio Borda.

Contacto: camilatoth1@gmail.com

STARNA, Germán.

Lic. en Musicoterapia. Acompañante terapéutico y Operador Comunitario en Dispositivo Territorial de Soporte para el abordaje de situaciones socio-subjetivas complejas. Musicoterapeuta en Equipo Técnico, Municipalidad de Pérez.

Contacto: starnagerman@gmail.com

BENITEZ, Paola.

Psicóloga. Especialista en Ps. Clínica, Institucional y Comunitaria, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Docente, Facultad de Psicología, UNR. Integrante del Consejo Directivo del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental de la provincia de Santa Fe.

Contacto: paolabenitez.psi@gmail.com

Resumen

En este artículo investigamos la continuidad de los procesos de atención de un grupo de usuarios/as de servicios de salud por motivos de salud mental, y tiene como objetivos analizar la continuidad de la atención en el Sistema de Salud de la ciudad de Rosario, desde la perspectiva de usuarios/as con Padecimiento Mental Severo y Persistente (PMSP), describir la utilización que hacen de la red de servicios y analizar la valoración del vínculo que establecen con los equipos de salud. Para profundizar la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, particularmente en lo que respecta a la planificación, gestión y fortalecimiento de los servicios comunitarios de salud y salud mental, resulta fundamental –entre otros objetivos– situar con precisión grupos poblacionales cuyas problemáticas (vulnerabilidad psicosocial, vinculadas a las violencias, dificultades en el acceso a la vivienda, entre otras) requieren de la implementación de estrategias de abordaje similares, más allá de la singularidad de cada caso e independientemente del diagnóstico. Utilizamos una metodología cualitativa, basada en el análisis del discurso. Entrevistamos 15 usuarios/as, indagando en torno a diversos aspectos socio-demográficos, como principalmente aquellos relativos a sus procesos de atención. En cuanto a los resultados, encontramos que

los/as usuarios/as hacen uso de una serie de servicios de salud y salud mental, con diversos grados de articulación entre sí, incluso combinando y alternando entre servicios de diferentes niveles de atención.

Palabras clave: atención primaria de la salud – trastornos mentales graves – servicios comunitarios de salud mental – planificación en salud comunitaria – perspectiva del paciente

Título original en inglés: *Continuity in mental health care processes in the city of Rosario, Santa Fe, from user's perspective*

Abstract

In this article we research the continuity of the care processes of health services users' for mental health reasons and aims to analyse the continuity of care in the health system of Rosario city, from users with severe and persistent mental health condition (SPMH) perspective, describe the use they make of the service network and analyse the assessment of the bond they establish with health teams. To deepen the implementation of the National Mental Health and Addiction Law, particularly as regards the planning, management and strengthening of community health and mental health services, it is essential to precisely identify population

groups whose difficulties (psychosocial vulnerability, problematics linked to violences, difficulties in housing access, among others) require the implementation of similar approach strategies, beyond the uniqueness of each case and regardless of diagnosis. We use a qualitative methodology, based on discourse analysis. We interviewed 15 users, investigating various socio-demographic aspects, as mainly those related to their care processes. Results: We find that users make use of a series of health and mental health services, with varying articulation stages, even combining and alternating between services of different care levels.

Keywords: primary health care – severe mental disorders – community mental health services – community health planning – patient preferences

1. Introducción

En los últimos años, las investigaciones realizadas por este equipo de trabajo presentan un hilo conductor respecto del estudio de temáticas ligadas a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (LNSMyA), principalmente haciendo foco en investigar las condiciones de posibilidad para el sostenimiento de procesos de atención en salud mental de forma ambulatoria, promoviendo la autonomía de usuarios/as y,

en lo posible, evitando las internaciones en hospitales monovalentes. Luego de realizar diversas investigaciones desde la perspectiva de las/os trabajadoras/es, éstas nos interrogaron e impulsaron a conocer la perspectiva de las personas usuarias de los servicios y dispositivos de salud mental respecto de sus experiencias de atención/cuidado. Este artículo presenta resultados de una investigación cuyo objetivo es analizar la continuidad de la atención desde la perspectiva de usuarios/as del sistema de salud con Padecimiento Mental Severo y Persistente (Velzi-Díaz et al., 2022).

Históricamente, el modelo médico hegemónico (Menéndez, 2020) que se expresa en las instituciones sanitarias, con prácticas fragmentarias y lógicas asilares ha impactado en la vida de estas personas y sus familias. Esta es una de las razones por las cuales el modelo social de la discapacidad y el modelo de salud mental comunitaria destacan el necesario protagonismo de usuarios/as de los servicios de salud/salud mental y entienden que es fundamental tener en cuenta su voz, sobre todo de quienes han padecido las intervenciones manicomiales.

Este es un punto irrevocable que marca en la cultura el lema “nada sobre nosotros/as sin nosotros/as” (ONU, 2006), impactando en la vida de quienes lo nombran y lo ponen en práctica constituyéndose en actores cla-

ves en la lucha por sus derechos e intentando poner en agenda políticas públicas con su participación efectiva, acordes a sus necesidades y respetuosa de sus derechos.

En ese sentido, consideramos importante situar con precisión grupos poblacionales cuyas problemáticas (vulnerabilidad psicosocial, vinculadas a las violencias y los consumos, dificultades en el acceso al trabajo y la vivienda, entre otras) sean abordadas, más allá de la singularidad de cada caso e independientemente del diagnóstico, a partir de la implementación de estrategias similares. Desde la psiquiatría se ha desarrollado la categoría de Trastorno Mental Severo y Persistente (TMSP), ofreciendo elementos para comprender con mayor rigurosidad las singularidades de un grupo de usuarios/as que precisan una atención/cuidado diferenciada y sostenida en el tiempo.

Para algunos autores (Ruggeri et al., 2000; Parabiaghi et al., 2006; Lopez y Laviana, 2007) parece existir consenso en torno a qué aspectos tener en cuenta para una definición operativa de Trastorno Mental Severo:

- Una sintomatología caracterizada por las dificultades de captación de la realidad y de manejo, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales.

- Evolución prolongada en el tiempo (habitualmente más de dos años), lo que implica además una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, entre los que se hace hincapié en los de hospitalización.
- Alteraciones en varios aspectos funcionales, como la vivienda, tareas de la vida cotidiana, las relaciones sociales, el empleo, la conducta social.
- Lopez y Laviana (2007) proponen agregar una cuarta dimensión: la existencia de un medio social próximo (contexto) poco tolerante o agotado, que debe ser considerado a la hora de analizar la situación de las personas que requieren atención y definir las intervenciones.

En el marco de esta investigación, realizamos una revisión y análisis histórico de la categoría (TMSP), proponiendo un deslizamiento del concepto de trastorno hacia el de padecimiento mental severo y persistente a la luz del paradigma de Derechos Humanos y Salud Mental en la Argentina (Velzi-Diaz et al., 2022).

Las personas que se incluyen en la categoría Padecimiento Mental Severo y Persistente corresponden a

grupos de usuarios/as externados/as o en proceso de externación de los Hospitales Psiquiátricos (HP) (con énfasis en aquellas con internación de larga data), quienes se atienden ambulatoriamente y que periódicamente podrían requerir internaciones breves, así como aquellas que, sin haber llegado al HP, también precisan de estrategias sólidas y sostenibles en el tiempo para evitar llegar al mismo.

El modelo de Salud Mental Comunitaria enmarcado en la LNSMyA nos desafía a construir procesos de atención de las personas con padecimientos severos y persistentes que sean sostenidos continuamente a lo largo del tiempo, que se desplieguen, fundamentalmente, en el territorio donde viven y que estén enmarcados en la interdisciplina y la intersectorialidad.

En este sentido, nos propusimos conocer la perspectiva de usuarios/as respecto de sus procesos de atención como dimensión central a la hora de desarrollar políticas públicas y/o evaluar prácticas, dispositivos o servicios. ¿Qué uso hacen de la red de atención? ¿Se atienden en el primer nivel de atención, en el segundo nivel, en ambos? ¿Hay articulación entre los diferentes servicios/efectores en donde reciben atención? ¿Cómo se conforman sus equipos de referencia? ¿Con qué dificultades se encuentran? ¿Tienen una participación acti-

va en el tratamiento y en la construcción de su proyecto terapéutico? ¿Qué características deberían tener los/as trabajadores/as de la salud mental? ¿Cómo fue la atención durante la pandemia?

En este artículo nos proponemos analizar la continuidad de la atención en el Sistema de Salud de la ciudad de Rosario, desde la perspectiva de usuarios/as con Padecimiento Mental Severo y Persistente (PMSP), describir la utilización que hacen de la red de servicios y analizar la valoración del vínculo que establecen con los equipos de salud.

2. Metodología

A partir de una metodología cualitativa y desde la perspectiva del análisis del discurso (Pecheux, 1978), procuramos comprender las experiencias y valoraciones que las personas usuarias de los servicios de salud, por motivos de salud mental, hacen de sus procesos de atención. En este sentido, se realizaron y analizaron 15 entrevistas a usuarios/as con padecimiento mental severo y persistente, realizadas en el año 2021, finalizando la pandemia por COVID-19, y durante el año 2022. Por estos motivos, algunas de las entrevistas fueron realizadas de forma virtual (llamados telefónicos y/o videollamadas) y otras pudieron ser realizadas de forma

presencial. Todas las entrevistas fueron grabadas para luego ser transcritas.

El acceso a las/os participantes de las entrevistas se dio por diferentes vías, por un lado, la propia trayectoria del equipo de investigación y de algunos de sus integrantes que conocen y tienen acceso desde hace tiempo a usuarios/as de salud mental y, por otro lado, a partir de contactos con trabajadores/as de diversos servicios y dispositivos de la red pública de salud, que a su vez nos pusieron en contacto con posibles interesados/as en participar de la investigación y que cumplían los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión para las personas usuarias fueron: tener al momento de la entrevista un período continuo de tratamiento por motivos de salud mental de por lo menos 2 años; que debido a estos motivos hagan uso de más de un servicio y/o dispositivo de la red de salud y; que acepten participar de la investigación dando su consentimiento luego de ser informados debidamente en torno a los resguardos de confidencialidad y la posibilidad de decidir dejar de participar en el momento que lo deseen.

Luego de realizadas y transcritas todas las entrevistas, para facilitar el análisis y el manejo del material, las

mismas fueron volcadas en una tabla utilizada como matriz de análisis teniendo en cuenta los diversos ejes abordados en las entrevistas: datos demográficos, valoración del vínculo con los equipos, uso de la red/servicios.

Nos resulta pertinente mencionar en este apartado que durante las entrevistas consideramos, desde el equipo de investigación, que fueron escasas las referencias a críticas, dificultades y/o problemas con relación a los procesos de atención por parte de los/as usuarios/as. Entendemos que es importante destacar esto ya que podría ser un sesgo de nuestra investigación, pudiendo ser atribuido – entre otras, pero fundamentalmente – a dos cuestiones: por un lado, el momento de realización de la entrevista, coincidente con la apertura de las instituciones de salud pos pandemia y la valoración altamente positiva que de esto tuvieron todos/as los/as entrevistados/as y, por otro lado, las dificultades propia del proceso de realizar entrevistas a usuarios/as que fueron contactados para participar de la investigación por trabajadores/as de sus equipos de referencias. De hecho, los/as usuarios/as que han tenido un posicionamiento más crítico respecto de sus procesos de atención han sido aquellos/as que hemos contactado por fuera de sus equipos tratantes y que, además, poseen una trayectoria de años de militancia organizada en el

campo de la defensa de sus derechos como usuarios/as de salud mental.

3. Resultados

3.1. Datos sociodemográficos y factores de protección social

Los datos precisados en la Tabla 1 nos permiten reflexionar acerca de los procesos de autonomía y los factores de protección social. Los primeros dan cuenta de la producción de los apoyos necesarios para posibilitar la participación plena en la sociedad y el ejercicio de los derechos (ONU, 2006), en tanto los factores de protección social son aquellos que permiten garantizar los derechos básicos, y que los mismos sean soporte de otras estrategias e intervenciones vinculadas al proceso de atención en salud.

Entrevistamos a 15 usuarios/as, de entre 20 y 60 años. Del total, 12 usuarios/as conviven con familiares y 3 viven solos/as en pensiones, lo cual podemos vincularlo a la necesidad de apoyos familiares y afectivos en comunidad. En relación al trabajo, hallamos que 12 usuarios/as se encuentran desocupados/as, siendo que 9 de ellos/as manifestaron tener experiencia laboral, mientras que los/as 3 restantes poseen trabajo informal. Respecto a otras vías de ingresos económicos, 9

usuarios/as cuentan con ingresos formales (8 perciben pensión no contributiva y 1 jubilación) y 6 usuarios/as no cuentan con ninguna protección social como son las pensiones y jubilaciones. Queremos destacar que, respecto a este eje consultado, en todas las respuestas aparece la referencia al trabajo, la necesidad de mayores ingresos y la complejidad de la situación de desempleo.

Por último, respecto a los procesos de atención, 11 usuarios/as refieren haber transitado procesos de atención por motivos de Salud Mental desde hace más de 8 años y 4 usuarios/as hace más de 2 años. La utilización

continuada de recursos sanitarios por parte de los/as usuarios/as nos permite evidenciar la necesidad de los recursos de la red de salud destinados para los procesos de atención de usuarios/as con padecimientos persistentes.

3.2. Atención y utilización de la red

El análisis de las entrevistas nos permite precisar que los/as 15 usuarios/as cuentan con cobertura en el sistema de salud público, de los cuales 9 están referenciados/as sólo a los efectores de la red pública de sa-

Tabla 1. Datos sociodemográficos y factores de protección social

Entrevistas 15 usuarios	Situación Habitacional/ Convivencial	Inserción Laboral	Protección Social	Procesos de Atención
10 mujeres y 5 varones	12 viven con su familia	12 están desocu- pados	9 perciben ingre- sos formales (8 pensión y 1 jubilación)	11 reciben aten- ción hace más de 8 años
	3 viven solxs en pensiones	3 tienen trabajo informal	6 sin ingreso formal	4 reciben atención hace más de 2 años

Fuente: Elaboración propia

lud y 6 reciben atención de forma mixta: 2 usuarios/as entre PAMI y el sistema de salud público; 3 usuarios/as en instituciones conveniadas entre Incluir Salud y el sistema público de salud y 1 usuario/a entre el sector privado y el sistema público de salud. Respecto a los tratamientos por motivos de salud mental, los/as entrevistados/as refieren utilizar la red de salud pública, tanto municipal como provincial y puntualmente se destaca el primer nivel de atención como el lugar de mayor referencia. Asimismo, también se menciona en 14 entrevistas, referencia con Hospitales Generales (municipales y provinciales) y Hospitales Monovalentes (provinciales). En el sector público es importante destacar que hay experiencias de usuarios/as que sostienen sus procesos de atención entre el primer y el segundo nivel de atención, por ejemplo, se atienden por consultorios externos en el Hospital General con un/a psiquiatra y en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) con un/a psicólogo/a.

A lo largo de las entrevistas hallamos diferentes modos de articulación entre efectores/servicios, por ejemplo, entre los CAPS con los Hospitales Generales o con el Hospital Monovalente, y entre los CAPS y los servicios y/o dispositivos alternativos o centros de día. Estos hallazgos nos interpelan a reflexionar en torno a la influencia la fragmentación del sistema de salud en

la continuidad de la atención. Galende (2008) sitúa que tanto la fragmentación y la descentralización del sistema de salud constituyen un obstáculo en el diseño de una política de salud mental que incluya la prevalencia de los problemas de salud y la estructura de los servicios del sistema de salud mental existente. Sin embargo, esto parece ponerse en tensión con lo manifestado por los/as usuarios/as entrevistados/as, quienes hacen mención a que – pese a diversas dificultades – reciben cobertura de cuidados y hacen uso de diversos servicios de diferentes niveles de complejidad de la red de atención, tienen equipos de referencia, acceden a dispositivos alternativos como también a internaciones breves cuando se considera necesario. De hecho, podemos observar que la gestión de la pandemia, aún con sus complejidades, ha visibilizado la articulación de procesos de gestión entre distintos sectores del sistema de salud y revalorizado la epidemiología como una herramienta insoslayable en salud pública, lo que reactualiza la necesidad, ya histórica en estos tiempos, de un sistema de salud integrado (Canela, 2021) que construya una política de salud con colaboración entre sectores y jurisdicciones.

Otro aspecto abordado refiere a la atención en situaciones de crisis subjetivas. Catorce usuarios/as han cursado, en los últimos tiempos, internaciones por mo-

tivos de salud mental que mayoritariamente fueron de corta duración, tanto en Hospitales Monovalentes (ingreso por guardia) como en Hospitales Generales (vía derivación). Así lo expresan: “Estuve internado tres días después de esta crisis y después me sentí mejor. Se enteraron los médicos que me atendían siempre en la salita [CAPS] y fue mi psicóloga a verme” (E11); “solo utilicé la guardia en una primera instancia ante la situación de crisis (...) fui estabilizada en el Hospital, pero no tuve una internación ahí, sí mantuve una ‘internación’ en mi casa, con la compañía constante de algún familiar” (E8) y “primero estuve en la guardia del hospital, y bueno, a veces estaba una semana, a veces estaba cinco días, a veces estaba tres días” (E5).

Las narrativas respecto a los procesos de internación de los/as usuarios/as frente a las crisis, nos permiten visibilizar que – a catorce años de la sanción de la LNSMyA – en la ciudad de Rosario se efectivizan internaciones de corta duración en Hospitales Generales, como lo explicita su artículo 15. Considerando que muchas de las internaciones se prolongan en el tiempo por causas sociales y/o habitacionales, es evidente que contar con los apoyos necesarios, soportes relacionales, redes institucionales, familiares y afectivas de apoyo – como cuentan un gran porcentaje de los/as usuarios/as que entrevistamos – favorece los abordajes comunita-

rios y su sostenimiento en el tiempo. También contribuye a esto las características del vínculo y la referencia que los/as usuarios/as construyen con los efectores de salud territoriales y la articulación de estos con otros servicios y dispositivos alternativos de salud mental. La mayoría de los/as entrevistados/as asisten a servicios y dispositivos alternativos, excepto uno/a, que había asistido anteriormente pero que al momento de la entrevista – por voluntad propia – no lo estaba haciendo.

Durante la pandemia de Covid-19 (2020-2021) surgen, de lo expresado por las personas entrevistadas, importantes dificultades para sostener sus tratamientos en salud pública, debido al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y la reformulación de la atención en centros de atención primaria de la salud. Este contexto propició que se contemple fundamentalmente la atención de la enfermedad. Tal como lo corroborado en otros estudios (Ardila et al., 2021; Agrest et al., 2022), los/as usuarios/as manifestaron en varias entrevistas una reducción de la atención en salud mental a la entrega de medicación, videollamadas en caso de contar con los dispositivos adecuados e internet, como con los conocimientos necesarios para su uso (estos casos no eran los más frecuentes), además de expresar que la posibilidad de asistir a dispositivos alternativos era muy compleja, casi inexistente, durante el primer período de

la pandemia. Algunos/as entrevistados reflejan cómo les afectaba esta situación: “no podía venir. Por teléfono. Al centro de salud me llevaba mi hijo. Cuando no se podía llamaba por teléfono. Por videollamada. Me sentía ofuscada, me sentía ahogada, ahí en mi casa. No podía salir” (E13).

Otro punto a destacar son las prácticas que incluyen en sus estrategias a acompañantes terapéuticos (AT). Por un lado, como ya lo habíamos evidenciado en estudios anteriores (Velzi-Díaz et al, 2018), en muchas situaciones son impuestos como condición en los hospitales generales para proceder a la internación y, en muchas situaciones es difícil establecer la función y/o el criterio de necesidad de dicho recurso:

(...) tenía una preferencia con una de las acompañantes en mi internación, ella fue la última que dejó de atenderme... Por ahí me fastidiaba. Según que... porque yo no tenía ganas de hablar y es como que ella venía, y se sentaba... y pobre... me daba lástima. Y capaz que yo tenía ganas de estar durmiendo, quería estar acostada, no quería que me hablen. (E5)

Por otro lado, los AT también son referenciados por los/as usuarios/as como actores necesarios en la producción vincular en los procesos de externación. Los

mencionados acompañamientos son clave para pensar en un sostén que habilite condiciones de posibilidad para la construcción de autonomía en la cotidianidad de la vida de los/as usuarios/as. “Tengo más confianza con G, lo veo tres veces por semana, porque hablamos, tomamos una soda... vamos a la pileta del complejo X, vamos a hacer un recorrido por Rosario. Me gusta salir” (E6).

Es necesario hacer un paréntesis durante la pandemia, donde todos estos espacios y prácticas se vieron cerrados o suspendidos temporalmente, algunos sosteniendo de manera artesanal instancias virtuales. Una vez que se autorizó la apertura nuevamente, algunos refieren que la participación no fue la misma, sobre todo debido a la reducción de la periodicidad. Así lo expresaban: “hace 2 meses que no veo a mi psicóloga por la pandemia, pero ya me mandó un mensaje que el martes nos encontramos” (E3) y “el centro de salud estuvo cerrado por la cantidad de contagios, tuve una charla de videollamada con mi psicóloga” (E5).

A pesar de la escasez – con relación a la demanda – de los servicios y dispositivos alternativos, es notable la relevancia de los mismos en los procesos de atención. Nos interesa valorar que, a partir de las entrevistas realizadas, pudimos constatar que estos constituyen

lugares fundamentales en los proyectos terapéuticos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Dichos servicios y dispositivos crean espacios de producción de nuevas modalidades en el abordaje del sufrimiento psíquico que conlleva a la institucionalización de estas nuevas experiencias en el campo de la salud mental (Faraone y Barcala, 2020). En la ciudad de Rosario, los dispositivos y servicios alternativos, en gran proporción, fueron creados por iniciativa de los/as trabajadores a partir de la necesidad de instituir el modelo de salud mental comunitaria, producto de luchas y acumulaciones simbólicas y prácticas.

De acuerdo con Gerlero y Ausgburger (2012), en la década del 2000 se han sumado psicólogos/as y psiquiatras en la red de APS de la ciudad de Rosario y se ha ampliado la cantidad de servicios y dispositivos alternativos. Destacamos que algunos de estos se solventaron a partir de Proyectos de Extensión Universitaria que habilitan escasos recursos económicos para proyectos territoriales, por lo que presentan dificultades en su sostenimiento/financiamiento. Apostando, de este modo, a un trabajo que supone una articulación política e institucional entre universidad y sistema de salud que propicia la invención de nuevos procesos de trabajo.

Con referencia a la participación en dispositivos

alternativos todos/as los/as usuarios/as mencionaron que asisten o asistieron en el marco de sus proyectos terapéuticos. Sólo 1 usuaria refiere no haber podido participar por motivos vinculados a su padecimiento subjetivo, 12 usuarios/as refieren que han sido propuestas pensadas en conjunto con su equipo de referencia y que existe comunicación permanente entre ambos equipos; 1 no concurre a ningún dispositivo y 2 usuarios/as manifiestan desconocer si hay articulación entre los equipos de los efectores de salud y los dispositivos alternativos.

Dichos dispositivos constituyen lugares de referencia y valor para la construcción de una exterioridad, espacios transicionales que promueven la producción de encuentros con otros/as, donde se pone en juego, objetos de la cultura, educación, arte, entre otros. Son instituciones subjetivantes que producen apoyos en la cotidianidad de los/as usuarios/as fortaleciendo el lazo con otros/as y sus procesos de autonomía. Constituyendo los mismos un punto de inflexión en el proceso de atención. “[X dispositivo] me ha dado fortaleza (...) más allá que soy usuario de salud mental, la idea es salir un poco de la salud mental y ligarme a otras cuestiones, artísticas por ejemplos...este dispositivo me permitió eso” (E9) y “ahí conozco a mucha gente, muchos amigos” (E4).

3.3. Equipos de referencia

La población entrevistada, en su mayoría, refiere que su equipo de referencia está conformado por psiquiatras y psicólogos/as. En menor medida aparecen como referencia trabajadores/as de otras disciplinas: trabajo social y/o acompañante terapéutico. La co-existencia del modelo médico hegemónico y el modelo de la salud mental comunitaria en el marco de los equipos de referencia, generan tensiones y es compleja la integración de la salud mental en las prácticas de salud en general (Gerlero y Augsbουργer, 2012), la transversalización de la perspectiva de la salud mental en los equipos de salud, está en permanente construcción.

Consultados/as sobre la frecuencia de la atención, 6 usuarios/as indican que a su psiquiatra los/as ve una vez al mes y 2 usuarios/as refieren tener entrevistas cada 15 días. En el resto de los/as entrevistados/as, no se logra precisar la frecuencia, pero sí manifestaciones como: "(...) la cantidad de veces que voy a visitar a los profesionales me parece bien, pero a veces siento que pueden ser algunas veces más" (E15). Respecto a psicólogo/as, 3 usuarios/as tienen turno semanalmente, 2 usuarios/as 2 veces por semana, 1 usuario/a cada 15 días y 2 usuarios/as 1 vez al mes. En algunas de las entrevistas, es posible observar cómo fue variando la

frecuencia a lo largo del proceso de atención: "respecto a la frecuencia de las consultas, en su momento veía a mi terapeuta dos veces por semana, y al psiquiatra cada quince días, me parecía que estaba bien y a mi actual psicólogo lo veía cada 15 días y actualmente una vez por mes" (E8).

Otro aspecto a destacar es que los/as entrevistados/as se expresan críticamente respecto de la alta rotatividad de profesionales a lo largo del proceso de atención, en mayor medida, de los/as psicólogos/as y los cambios en el resto de los/as integrantes de los equipos tratantes. Estos cambios están ligados a movimientos del efector y/o de los propios trabajadores muchas veces en función de sus precarias condiciones de trabajo que, sumada a la alta y compleja demanda, terminan renunciando o pidiendo traslados, o entran en licencia por motivos de salud mental.

También se dieron situaciones que implicaron la derivación de usuarios/as del segundo nivel al primer nivel de atención, como también ha habido pedidos de parte de ellos/as debido a malestares que han podido expresar. "Yo me estaba atendiendo siempre en el Hospital X (general), tanto psicológicamente y psiquiátricamente. Después me cambié de psicóloga como por dos meses, ahí en el hospital y después me derivaron

acá en el centro de salud que me quedaba más cerca” (E5).

La mayoría manifiesta cambios positivos respecto al cambio de profesional o de equipo ya que han permitido cambios/movimientos en el proyecto terapéutico. Al respecto: “me siento más cómodo con el nuevo equipo, me dan más bolilla y le dan más importancia a las cosas que me pasan” (E11) y “el equipo fue cambiando... con el doctor X realmente no iba bien y cuando se hizo el cambio con el otro doctor... era muy bueno, le dio en la tecla. Con el otro doctor lo único que estaba, era dopada” (E12).

Estos dichos resaltan la importancia de conocer qué medicación les fue prescrita y con qué objetivo, a los fines de que ellos/as mismos/as sean partícipes necesarios de su atención debido a que estas intervenciones poseen impacto en su vida diaria, su subjetividad y posibilitan la producción vincular y adherencia al tratamiento.

En las entrevistas realizadas, los/as usuarios/as han mencionado qué características deberían tener los/as trabajadorxs del campo de la salud mental, entre ellas: “gente seria, con respeto, sobre todo, con cautela” (E3), “debe saber que todos los casos no son iguales (...) no

somos esquizofrenia” (E4), “que cada persona le interese” (E7), “tiene que ser una persona buena y saber mucho” (E10), y también:

Lo primero que deben respetar es la Ley Nacional de Salud Mental. Segundo, respetar al usuario de salud mental y no entablar una relación de subordinación. Tercero, respetar la autonomía personal del usuario y respetar su decisión. Y respetar los derechos humanos. Representa respetar la dignidad y privacidad de las personas. (E1)

También, en esta pregunta, aparecieron respuestas vinculadas a experiencias concretas, pudiendo expresar malestares y críticas respecto a la atención:

La psicóloga me atendía y cuando me estaba atendiendo estaba hablando por teléfono o viste, la otra psicóloga se iba afuera a fumar después entraba, bueno son esas cosas que a uno no le gustan. A la última psicóloga, yo le dije que no me gustaba, porque era como que las sesiones que tenía eran cortas. (E5)

En torno a la forma y las posibilidades de comunicarse:

El profesional te habla como un profesional, ahí hay una gran brecha o podríamos decir la grieta, que

está entre el idioma que habla el profesional de la salud mental y el usuario que recibe solamente, es pasivo, receptor de lo que dice el profesional y se lo acepta como una verdad absoluta (...) no sintonizan, usuario/a y profesional. No están en la misma sintonía. (E1)

Otra usuaria expresó: "me sentía acorralada. Porque me estaba obligando a hacer algo que no yo no podía." (E5). Incluso oímos manifestaciones con críticas de carácter estructural:

La verdad, no tendrían que existir los profesionales. La psiquiatría es algo... Las personas con padecimiento psíquico no tienen que tener una persona especial, tiene que ser una persona común que atienda a la persona como persona, no como pacientes. Por ahí, el estigma es lo que los lleva a todos a cualquier lado. (E2)

3.4. Participación en el tratamiento

De los/as usuarios entrevistados/as, 13 expresaron que se sienten escuchados/as, que los/as profesionales utilizan palabras sencillas y que ellos/as participan activamente del tratamiento. De las 2 restantes, una expresa que nunca pregunta nada y la otra que, en realidad, no le hace caso a lo que le indican. Si bien hubo entrevistados/as que señalaron que en algunos momentos no son escuchados/as, que no les explicaban nada y/o que

utilizaban palabras difíciles, la mayoría de estos pidió un cambio de profesional, y todos han podido hacerlo, lo que es posible considerar que han sido escuchados/as. El consentimiento informado forma parte de los derechos explicitados en la Ley 26.640 y el trabajo de los/as equipos con los/as usuarios en relación a la estrategia planteada se torna un aspecto relevante en los procesos de atención, aunque no en todas las entrevistas se visibiliza la construcción de preguntas en torno al mismo por parte de los/as usuarios/as.

Es posible percibir cierta preponderancia respecto a la medicación en el marco de las indicaciones de los tratamientos y, por lo tanto, de la relación con los/as psiquiatras, que es con quienes tratan este asunto particularmente. La mayoría expresa que utilizan lenguaje claro, que responden a sus preguntas y dudas, y que acceden cuando el usuario/a expresa necesidad de modificar el esquema debido a los efectos que percibe (cansancio, "sentirse dopado", dormir mucho tiempo, etc).

También, es posible observar, que aquellos/as entrevistados/as que demuestran un conocimiento de la LNSMyA y, por lo tanto, de sus derechos, intentan poner en práctica el ejercicio de esos derechos pudiendo pactar de forma más autónoma las implicancias y características de sus tratamientos, consiguen no solo

mayores grados de autonomía en su vida cotidiana sino también la posibilidad de pautar con los equipos intervinientes modificaciones en el proceso de su atención, atendiendo a las particularidades del caso a caso.

4. Reflexiones finales

Para comenzar esta sección, queremos destacar que, si bien las necesidades de los/as usuarios/as entrevistados/as son diferenciadas, entendemos que comparten el requerimiento de una atención específica y continuada en el tiempo debido a la variedad y complejidad de sus singularidades. Resaltamos que casi todos/as estos/as usuarios/as han padecido crisis en distintos momentos de sus vidas con internaciones en Hospitales Psiquiátricos.

Por este motivo, constituye un desafío pensar políticas públicas territorializadas y que potencien a los equipos de APS en pos de elaborar estrategias comunes para la continuidad del abordaje y la atención de las necesidades que estas situaciones presentan. Asimismo, se trata de una población que requiere de otras estrategias, más allá del tratamiento. Sólo una de las entrevistadas -al momento de la entrevista- no participa de dispositivos alternativos, hecho que, si bien puede ser considerado un sesgo de nuestra investigación, también es

indicio de la complejidad y de los recursos necesarios para pensar la estrategia terapéutica, más si consideramos que en su mayoría están desempleados o con trabajos informales.

En relación a la constitución de redes institucionales, hay tradición e ideario de parte de los/as trabajadores/as, así como intención de generar articulaciones interinstitucionales e intersectoriales, pero en la realidad concreta de trabajo se percibe que muchas veces dichos lineamientos para las prácticas no se encuentran establecidos desde las instancias centrales de gestión. Reflexionando sobre las redes que se arman entre diferentes equipos, hipotetizamos que las mismas se concretan en el marco de producciones singulares de trabajadores de distintos niveles, que se conocen y se vinculan por experiencias de trabajo compartidas en sus trayectorias laborales.

Para sustituir la necesidad de los hospitales monovalentes y proceder a su cierre definitivo como manda la Ley, es necesario transformar el paradigma del sistema de atención en salud mental.

Siendo necesario para esto garantizar la longitudinalidad y la continuidad de los procesos de atención por motivos de salud mental de forma ambulatoria y terri-

torializada, construyendo redes entre diversos dispositivos y servicios de diferentes niveles de complejidad. Y, al mismo tiempo, posibilitar los cuidados necesarios ante la urgencia subjetiva, sea de forma ambulatoria o a través de internaciones breves en hospitales generales.

Para lograr esto, entendemos indispensable la escucha atenta, la conceptualización y la incorporación de la experiencia vivida de los sujetos a quienes está destinado el sistema de salud, al momento de la elaboración de las políticas de salud/salud mental, la planificación del sistema, la gestión de los servicios y las prácticas de salud mental. Deseamos que este artículo sea un aporte en este sentido.

Bibliografía

Agrest, M., Rosales, M., Matkovich, A., Cabrera, R., Pinto, R.F., Paternina, J., Fernández, M., Ardila-Gómez, S. y Velzi-Díaz, A. (2022). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la atención de personas con discapacidad psicosocial; perspectiva de trabajadores. *Revista Argentina de Salud Pública*, 14 (47). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2022000200047&lng=es&nrm=iso

Ardila-Gómez, S., Rosales, M.L., Fernández, M.A., Velzi-Díaz, A.R., Matkovich, A. y Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Revista Argentina De Salud Pública*, 13 (e26). <https://rasp.ms.gov.ar/index.php/rasp/article/view/783>

Canela, J. (2021). “Aportes de la Medicina Social y la Salud Comunitaria Latinoamericana a un nuevo Sistema de Salud”. En: Prado, G. y Torres, P. *Integrado – Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina*. Editora Sur, 69-82.

Faraone, S. y Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Teseo.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Lugar Editorial.

Gerlero, S. y Augsburger, C. (2012). *La Salud mental en la Argentina: Avances, Tensiones y Desafíos*. Laborde Editor.

Lopez, M. y Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27, 187-223.

Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 12, (e2615). <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>

ONU. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. ONU.

Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A. y Lesse, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 457-463.

Pêcheux, M. (1978). *Hacia el análisis automático del discurso*. Gredos.

Poder Ejecutivo Estado Argentino (2010). *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26657/10*. <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/salud-mental>

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. y Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of psychiatry*, 177, 149-155.

Velzi-Diaz, A., Tosi, A., Benitez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Amado, Y., Antezza, G., Cantero, N. y Córdoba, G. (2018). Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *VERTEX*, XXIX, 255-262.

Velzi-Diaz, A., Benitez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Matkovich, A., Pietrodarchi, J., Bosetti, E., Martinez, N., Treffiló, L., Otta, M., Rodriguez, V., Provenzano, M. y Toth, C. (2022). La categoría Padecimiento Mental Severo y Persistente: un aporte a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (12), 13-28.