

FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN NEUROPSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA



INFORME FINAL

**“LAS COMPLEJIDADES DEL TRABAJO EN
SALUD MENTAL: ALCANCES DE LOS
ABORDAJES DESARROLLADOS DESDE UNA
PERSPECTIVA COMUNITARIA E INTEGRAL”**

Para optar al título de:

Master en Neuropsicofarmacología Clínica

Presentado por: María de las Mercedes Sureda. Médica

Profesor Asesor: Dr. Alberto Monchablón

La Plata, Mayo 2020.

ÍNDICE

I. Introducción	3
II. Resumen.....	4
III. Objetivos.....	5
IV. Hipótesis.....	6
V. Marco Teórico.....	7
V.1 Cambio de paradigma en salud mental: del Manicomio al Paradigma de Salud Mental Comunitario.....	7
V.2 Breve recorrido histórico de la Salud Mental en Argentina.....	10
V.3. Fortalezas del trabajo interdisciplinario en Salud Mental: Ampliar la mirada	14
V.4. La interinstitucionalidad e intersectorialidad: construyendo red.....	16
V.5. Presentación del Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario (PRIEC).....	18
V.5.i. Inicios del PRIEC	19
V.5.ii. ¿Como se compone el equipo?	20
V.5.iii. ¿A qué población se orienta el Programa?.....	20
V.5.iv. ¿Cómo trabaja el PRIEC?	21
V.5.v. ¿Qué territorio abarca el desarrollo de la tarea?	22
VI. Diseño Metodológico	23
VI.1. Tipo de estudio	23
VI.2. Población /muestra.....	23
VI.3. Criterios de inclusión	23
VI.4. Recolección de datos/ instrumentos	26
VI.5. Procesamiento de los datos	26
VII. Presentación y análisis de los resultados	27
VIII. Discusión de los resultados	33
IX. Conclusiones	39
X. Recomendaciones	42
XI. Bibliografía	43
XII. Anexo.....	45

I. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo me propongo observar el funcionamiento del Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario (PRIEC) perteneciente a la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires entre enero y diciembre de 2018.

El PRIEC encuentra sus inicios en la catástrofe de las inundaciones vividas en la ciudad de La Plata el 2 de abril del año 2013, aunque formalmente se institucionalizó con la Resolución N°004472 en el año 2015.

Dicho dispositivo intenta enfocar sus esfuerzos en la puesta en marcha de alternativas de abordaje de salud mental desde una perspectiva comunitaria, por ello se constituye por un equipo interdisciplinario (del que formo parte) y encuentra su principal fortaleza en el trabajo territorial a través de entrevistas domiciliarias, trabajo interinstitucional y creación de alternativas adaptables a las situaciones concretas de los usuarios.

Desde la sanción y la Promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en la Argentina (2010), los equipos de salud mental nos encontramos cotidianamente con el desafío de crear y recrear nuevas modalidades de abordajes, flexibles y éticamente adecuadas al nuevo paradigma de Salud Mental que remueve de la escena central al manicomio, los psicofármacos y la medicina.

Es así que desde esta nueva perspectiva se incorporan nuevos conceptos, otorgandose un rol central a la comunidad, brindando protagonismo a los usuarios y sus referentes familiares, proponiendo la interdisciplina como modalidad de abordaje y promoviendo que el consumo problemático de sustancias psicoactivas es un problema de salud mental.

Así, resulta posible verificar que las propuestas llevadas a cabo por movimientos de usuarios y trabajadores de salud desde hace décadas iniciadas en Trieste por el Dr. Franco Basaglia, son hoy palpables y cercanas para nosotros, pero que requieren fundamentalmente de empatía y esfuerzos tendientes a incomodarnos en las estructuras esgrimidas durante siglos, que encuentran su génesis en el manicomio como modalidad de intervención.

II. RESUMEN

En el desarrollo del presente trabajo abordaré el marco teórico haciendo referencia a la creación e implementación del nuevo Paradigma de Salud Mental Comunitaria. Para ello me detendré brevemente en la explicación de conceptos incorporados tras la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Luego realizaré un breve recorrido de la historia de la salud mental en Argentina durante el último siglo.

A continuación me detendré en dos apartados especiales para hacer alusión conceptos incorporados por el nuevo paradigma de salud mental: la interdisciplina y interinstitucionalidad e intersectorialidad.

Mas adelante me adentraré en la presentación del programa que pretendo observar, es decir el Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario (PRIEC).

Continuaré exponiendo el diseño metodológico del trabajo, partiendo de la premisa de que se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal retrospectivo sobre los datos recogidos entre enero y diciembre de 2018 de la asistencia a usuarios del Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario de La Plata.

Luego me ocuparé de la presentación de los resultados obtenidos en gráficos de torta. Para ello resulta indispensable señalar que se pretenden observar diversas variables que pongan en tensión la capacidad de asistencia del programa y el impacto real de la puesta en marcha de un dispositivo de anclaje territorial y comunitario.

En el siguiente apartado intentaré presentar una discusión de los datos obtenidos que entrecruzaré los resultados observados con variables que aparecen con frecuencia en las intervenciones, en las reuniones de equipo, en las reuniones interinstitucionales y en algunos casos se encuentran plasmadas en las historias clínicas de los usuarios del PRIEC.

Por último presentaré una conclusión y recomendaciones sobre posibilidades de acción que hasta el momento no se han llevado a cabo desde el programa.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Evaluar el impacto del trabajo desarrollado por el Equipo del Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario (PRIEC) orientado a la asistencia de pacientes con patologías psiquiátricas y consumo problemático de sustancias psicoactivas de enero a diciembre de 2018.

Objetivos específicos:

- ✓ Verificar el impacto cuantitativo de las intervenciones comunitarias en una población de 200 usuarios asistidos de enero a diciembre de 2018.
- ✓ Observar el impacto del abordaje comunitario de salud mental del PRIEC en el número de consultas que se llevan a cabo en las guardias de hospitales monovalentes y comunidades terapéuticas
- ✓ Verificar las posibilidades de reingreso de los usuarios al sistema judicial a través de causas judiciales para evaluación luego de la intervención del PRIEC.
- ✓ Observar las posibilidades de abordajes alternativos.

IV. HIPÓTESIS

El desarrollo de intervenciones interdisciplinarias, comunitarias e intersectoriales con usuarios y familiares favorece la asistencia adecuada de problemáticas de salud mental y consumo problemático de sustancias psicoactivas, garantizando una reducción del reingreso al sistema de salud a través de dispositivos de internación.

V. MARCO TEÓRICO

V.I. Cambio de paradigma en salud mental: del Manicomio al Paradigma de Salud Mental Comunitario

Si bien el movimiento de desmanicomialización surge en la década del '70 -en Trieste, Italia- con los postulados y desarrollos teórico y prácticos del Dr. Franco Basaglia, en nuestro país existen experiencias de desmanicomialización fundadas en las Provincias de Río Negro y San Luis en los años '90.

Los postulados fundamentales de este movimiento apelaron a una profunda modificación de las practicas históricas basadas en el encierro y la medicalización, que favorecían la deshumanización de los usuarios afectados por padecimientos mentales.

Es así, que en el Manual de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) publicado en 2019 se postula que *“Uno de los grandes problemas que veníamos acarreado en el área de salud mental estaba dado por el hecho de que así como muchas personas vivían en encierro en instituciones especializadas, la política de salud mental misma estuvo encerrada sobre sí misma sin establecer vínculos con la política de salud y la política sociales en general. (...)La ley salda ese problema planteando la intersectorialidad. (...)”*¹

De esta manera, la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental establece criterios claros sobre como deben adecuarse nuestras prácticas -y las de toda la comunidad- a procedimientos respetuosos de la condición humana de cada persona:

- ✓ **Amplía la participación de actores sociales**, organizaciones de derechos humanos, familiares, usuarios y trabajadores del ámbito de la salud mental. De esta manera otorga un rol protagónico a la comunidad.

¹ SEDRONAR. Presidencia de la Nación. “ABORDAJE INTEGRAL DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS”. 2019.

- ✓ **Obliga a todas las provincias a adecuar sus normativas internas**, haciendo los cambios y reajustes necesarios acordes a la nueva ley.
- ✓ **Establece un marco regulatorio para las instituciones asistenciales**, dejando expresamente claro que la intencionalidad del Estado es la desaparición paulatina de las instituciones monovalentes (con plazo hasta el corriente año), y por ello se debe capacitar al personal para la adaptación de los mismos a nuevos dispositivos de abordaje, invertir y formar personal para trabajar en Hospitales Generales y Dispositivos territoriales, centros de día, casas de medio camino, entre otras. Asimismo se reglamenta que *“Cada uno de los hospitales y las clínicas tiene que brindar información acerca de las prestaciones, los derechos, y donde realizar consultar.*

Hay que entregar al personal copia de la ley y su reglamentación.

Contar con un libro de quejas como hay en muchos lugares para dejar asentada alguna situación irregular.

Cerrar las salas de aislamiento. No puede haber instituciones con celdas de aislamiento.

Disponer de telefonía gratuita.

Modificar normas que limiten las visitas o llamados.

Cada provincia deberá colocar los números correspondientes en un cartel informativo.”²

- ✓ **Apuesta a la interdisciplina** como eje fundamental para ampliar la mirada sobre los padecimientos mentales, insistiendo en que cada profesional asuma las responsabilidades según su formación e incumbencias.

De esta manera, Instala la noción de **diagnóstico interdisciplinario integral**, que debe contemplar la situación particular de cada usuario, asignar un tratamiento específico para su circunstancia, incluir entre las posibilidades de asistencia un gran abanico alternativas para garantizar el efectivo goce del derecho a la salud, entendiéndose que

² SEDRONAR. Presidencia de la Nación. “ABORDAJE INTEGRAL DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS”. 2019.

por tratarse de un derecho humano, el mismo es interdependiente y su ejercicio depende también del ejercicio de los demás derechos. (Un posible ejemplo de ello sería acompañar la gestión de una Pensión no graciable y gestionar asistencia alimentaria para garantizar la satisfacción de necesidades básicas, mientras se realiza un abordaje farmacológico y psicológico)

- ✓ **Determina el concepto de Riesgo Cierto e Inminente**, dejando de manifiesto que las internaciones deben darse a partir del trabajo consensuado con los usuarios y sus familiares (trabajando el consentimiento), pero en aquellos casos en que se hayan agotado las instancias de abordaje para garantizar el adecuado acceso al sistema de salud, y si la persona se encontrase en una contingencia o proximidad de daño que es conocido como verdadero, seguro e indubitable, favoreciendo un perjuicio para su vida o integridad física o para la de otros, entonces la misma puede ser internada sin su consentimiento. Para ello resulta necesaria la intervención del Poder Judicial que realizará un trabajo de contralor de las prácticas profesionales e institucionales, y dicha internación deberá durar el menor tiempo posible.

A continuación, presentaré en el próximo apartado un recorrido histórico del último siglo en Argentina sobre las cuestiones concernientes al ámbito de la Salud Mental, que han ido forjando las diversas formas de abordaje y concepciones estatales que concluyeron con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

V.2. Breve recorrido histórico de la Salud Mental en Argentina

Como bien se sabe, los nuevos paradigmas que dan lugar a la sanción de cada ley que reglamenta los modos de operar sobre situaciones vinculadas al ejercicio de los derechos, son producto de procesos sociales y políticos que recorren la historia. El caso del derecho a la salud, y específicamente en el ámbito de la Salud Mental no es la excepción a la regla, por ello me propongo realizar un breve recorrido sobre los hechos históricos que acontecieron en nuestro país hasta llegar a la sanción de la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental.

Tras la fundación del Estado Nacional en 1853, las personas contaban con derechos civiles y políticos individuales, salvo aquellos que no podían o debían ejercer tales derechos por sus falencias: pobres, pueblos originarios, mujeres, niños, y locos o alienados; entre ellos. En este sentido el Estado preveía formas de asistencia “filantrópicas” acordes al ordenamiento social vigente, a través de sociedades de beneficencia creándose instituciones tales como: asilos, orfelinatos, hospitales y, entre ello, los primeros hospitales psiquiátricos.

Entre los primeros hospitales psiquiátricos del país se encuentran los Hospitales Borda y Moyano, *“y a principios del siglo XX, con una lógica avanzada para la época, las primeras colonias psiquiátricas basadas en la idea de cura moral por el trabajo y el contacto con la naturaleza. Las instituciones de internación adquirían un enfoque médico-científico con la introducción de principios de la psiquiatría europea y anglosajona, y figuras emblemáticas como José Ingenieros, Lucio Meléndez y Antonio Cabred, entre otros.”*³

Asimismo, la sindicalización de los inmigrantes europeos que comenzaban a integrarse al mundo del trabajo en Argentina fundaron las primeras mutuales y

³Alicia Stolkiner <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

las colectividades de migrantes organizaron prestaciones de salud que luego darían lugar a instituciones privadas que conocemos en la actualidad.

Por otra parte en 1929 se creó la Liga Argentina de Higiene Mental, cuyo aporte mas importante fueron las primeras críticas al hacinamiento y maltrato en los manicomios

Mas tarde en la decada del '40, el ascenso del peronismo como fuerza política gobernante se creó en 1949 el primer Ministerio de Salud de la Nación, a cargo del Dr. Ramón Carrillo: *“El Ministro Carrillo propuso designar como “enfermos mentales” a quienes hasta ese momento se nombraba como “alienados”, a fin de que se los trate como “a cualquier otro enfermo”. Inició una reorganización de los establecimientos de internación para que los pacientes estuvieran más cerca de sus comunidades y familias a fin de evitar la cronificación, propuso su internación en hospitales generales (Carrillo,1949). También planeó una asistencia temprana en los Centros de Psiquiatría Preventiva considerados órganos técnicos de profilaxis de las enfermedades mentales y espacio de tratamientos ambulatorios (Chiarvetti, 2008). Durante ese período la importancia dada por el gobierno a los desarrollos científicos incluyó a la psicología.”*⁴

Luego del golpe de estado de 1955 y tras sucesivos golpes y gobiernos electorales, sucedieron hechos en el campo de la salud mental que se instalarían como determinantes acerca de las prácticas y las concepciones institucionales y profesionales de la época: se crearon las carreras de psicología, se propusieron medidas políticas de reforma psiquiátrica y se creó el Instituto Nacional de Salud Mental (1957). En 1967 se elaboró el Primer Plan Nacional de Salud Mental que tenía como objetivo la descentralización de los grande hospitales psiquiátricos en centros cercanos a la comunidad. Si bien el plan no fue exitoso, las intenciones fueron innovadoras. A su vez, se crearon los servicios de psicopatología en hospitales generales y los centros de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires.

⁴ Alicia Stolkiner <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

Luego, se dió en el país un golpe de estado que daría origen a la última dictadura cívico-militar (1976-1983), *“Mientras comenzaba un proceso de desfinanciamiento y descentralización de los servicios de salud en general, virando hacia una lógica de mercado, en salud mental se desarticulaban las experiencias innovadoras, se vaciaron las unidades académicas y muchos de sus principales protagonistas fueron víctimas de la desaparición o el exilio. Bajo la amenaza del terror, los servicios de salud mental se replegaron silenciosamente a la atención individual”*⁵.

Luego, con la asunción del Presidente Raúl Alfonsín en 1983 -primer gobierno democrático post dictadura militar- se dio lugar a la elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental, fundándose Direcciones de Salud Mental provinciales y Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM).

Mientras tanto en la Provincia de Río Negro se inició un paradigma de abordaje en salud mental comunitario, que en 1991 dio lugar a una ley provincial que establecería el cierre de las instituciones de internación.

A principio de la década del '90, desapareció la Dirección Nacional de Salud Mental, debido a un proceso de achicamiento del estado basado en una lógica neoliberal y de privatización.

Luego, a mediados de la década del 2000 *“se redefinió nuevamente la entre estado-mercado y sociedad, reasignándose al estado un rol rector de la economía y tendiendo a un desarrollo basado en la generación de empleo, ampliación del mercado interno y políticas sociales con enfoque de Así, aparecieron en la escena del campo de la Salud mental organizaciones de derechos humanos y las de usuarios y familiares, dando origen a la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental sancionada y promulgada en el año 2010.*

En ella, se destaca en su Art.3º que se *“reconoce la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento*

⁵Op. Cit.

⁶Alicia Stolkiner <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (...)", y en su Art. 4 " Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. " (Ley Nacional de Salud Mental 26.657).

Desde entonces, los actores institucionales y comunitarios nos encontramos en la búsqueda de alternativas creativas, comunitarias, descentralizadas, intersectoriales, e interdisciplinarias acordes a las propuestas que la ley detalla.

Si bien hasta aquí el camino ha dependido de voluntades y presupuestos establecidos por cada gobierno de turno, quienes formamos parte de este proceso histórico nos proponemos reconocer y respetar en nuestro trabajo cotidiano la concepción de sujetos de derecho, garantizando la participación de los usuarios, sus referentes afectivos y de las redes institucionales que los acompañan en cada proceso de de asistencia para la restitución y goce efectivo del derecho a la salud.

V.3.Fortalezas del trabajo interdisciplinario en Salud Mental: Ampliar la mirada

“la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos” (Stolkiner, A. 1987)⁷

La ley Nacional de Salud Mental establece en su artículo 8 que *“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”,* es así que las experiencias de trabajo comunitario en salud mental implican el esfuerzo de llevar a cabo un tipo de trabajo interdisciplinario que descentralice el poder que ejercía la medicina en el paradigma manicomial.

Por otra parte, en la actualidad si bien es común hallar en los equipos de trabajo algunas disciplinas que se encuentran en lugares de privilegio y otras que permanecen en lugares de subalternidad, los esfuerzos de todas deben estar enfocados en la intención de interactuar de manera crítica y ética apostando a mejorar las condiciones de vida de los usuarios.

En este sentido, la incorporación de nuevas voces debe leerse como una oportunidad, en tanto que cada disciplina contiene entre sus incumbencias, capacidades y métodos de análisis que pueden coexistir y enriquecer las observaciones y abordajes de las demás.

Asimismo, el trabajo interdisciplinario debe darse en un contexto determinado: requiere del esfuerzo de construcción de un equipo humano de trabajo, ello quiere decir que no se trata del la unión de trabajos singulares sucesivos que puede resolverse con intercambio de informes, sino, que se

⁷ Stolkiner Alicia: “De interdisciplinas e indisciplinas” del libro El Niño y la EscuelaReflexiones sobre lo obvio” comp. De Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1987.

trata de un trabajo mancomunado, con integrantes estables, planificación, división de tareas, objetivos específicos y capacidad de adaptación a las necesidades de los usuarios.

En el nuevo paradigma de salud mental, todas las disciplinas resultan protagonistas, en tanto que el alivio del padecimiento de un usuario puede surgir a partir de múltiples intervenciones, hallándose entre la amplia gama de posibilidades abordajes que van desde la utilización de psicofármacos, a la asistencia alimentaria, económica o habitacional, la incorporación a actividades deportivas o artísticas, o el aprendizaje de oficios, incorporación al sistema educativo que brinden herramientas para el autovalimiento, entre otras cosas. Sobre ello la ley 26.657 deja explícito que Artículo 9º que *“El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los **principios de la atención primaria de la salud**. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”*.

Por ello, entiendo que apostar a la interdisciplina en salud mental implica trascender la individualidad de cada una para entender los problemas de salud mental desde múltiple perspectivas, es decir, que se deberá intentar construir vías alternativas para la resolución de problemáticas, desafiando los márgenes y limitaciones instalados durante mucho tiempo por las ofertas que brindaba el manicomio.

V.4. La interinstitucionalidad e intersectorialidad: construyendo red

Me propongo en este apartado continuar con la línea de lo abordado con anterioridad, dado que existen múltiples componentes en los abordajes de salud mental comunitaria, ubicándose en el centro de la escena la comunidad y la construcción de redes para alcanzar resultados exitosos.

En este sentido es común que gran parte de las entrevistas que se llevan a cabo con usuarios y sus referentes afectivos sean dirigidas a conocer los intereses de los mismos y a su vez la red institucional e intersectorial por la que transitan cotidianamente. Esta información acerca a los equipos a la oportunidad de incorporar nuevos actores en el desarrollo de estrategias de intervención, por ello conocer la red que acompaña la vida de los usuarios representa un cúmulo de información sumamente valiosa.

Por otro lado, la interinstitucionalidad no se logra únicamente con la obtención de la información antes mencionada, sino que a su vez supone el esfuerzo de encontrarse con estas instituciones, intercambiar información, pensar abordajes conjuntos y en tal sentido acercar alternativas que faciliten recursos materiales y simbólicos a los usuarios y sus referentes.

En este sentido resulta necesario destacar que el ámbito de las intervenciones en salud mental no se reduce únicamente a las esferas de los equipos interdisciplinarios profesionales, ya que ello implicaría renunciar a la existencia de una infinidad de alternativas cotidianas que las personas crean y recrean para transformar sus realidades cotidianas.

Por otra parte me adentraré en otro concepto fundamental del trabajo comunitario en salud mental: la territorialidad.

Como bien se plantea en el manual de SEDRONAR *“El trabajo en **territorio** es un ejercicio complejo que requiere de mucho compromiso por parte de los actores involucrados: presencia, interacción y, sobre todo, escucha de las necesidades de la comunidad por sobre el diagnóstico de necesidades que llevamos a priori. Revisar las propias prácticas debe ser parte de ese compromiso que asumimos con una comunidad cuando*

realizamos cualquier propuesta que aborde un problema.”⁸. Es decir que asumimos la responsabilidad de hacer intervenciones intersectoriales e interinsitucionales en territorios con características y necesidades específicas que deben ser tenidas en cuenta al momento de pensar los abordajes.

Asimismo Bang expresa que *“Cada territorio es singular, por lo que se requiere de dispositivos flexibles y permeables para generar intervenciones que puedan incluirse en la red comunitaria ya existente. Este trabajo requiere tiempos prolongados, aparece como posibilidad a partir de la permanencia en un territorio, de la generación de vínculos de confianza, se trata entonces de una práctica específicamente vincular”⁹*.

Todas las variables que los autores presentan deben ser tenidas en cuenta al momento de llevar a cabo estrategias comunitarias de intervención en salud mental. Ello exige un marco de respeto por parte de los equipos interdisciplinario hacia la comunidad en la que se pretende intervenir, asimismo nos interpela para hallar aliados en el territorio, y nos obliga a realizar y proponer acuerdos y compromisos factibles de cumplir.

El esfuerzo de interactuar con múltiples actores que forman parte de la red de contención de los usuarios de salud mental siempre representa una oportunidad, ya que nos otorga la posibilidad de ofertar nuevas y más alternativas para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

⁸ SEDRONAR. Presidencia de la Nación. “ABORDAJE INTEGRAL DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS”. 2019.

⁹ Bang Claudia. Estrategias comunitarias en (promoción de) Salud Mental. Una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas.
http://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid03/apunte07_03.pdf

V.5. Presentación del Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario (PRIEC)

El PRIEC es un programa de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires “(...) creado por Resolución N°004472 constituye un programa de abordaje itinerante destinado inicialmente para los casos con problemas de salud mental y adicciones judicializados de la Región Sanitaria XI. Su principal eje de trabajo reside en el dispositivo de acompañamiento del paciente y su familia concebido como una estrategia preventiva de futuras internaciones y /o judicialización innecesarias”¹⁰.

Tiene por objetivo garantizar el derecho a la salud de las personas con padecimientos de salud mental y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, brindando una asistencia adecuada y oportuna a través de un abordajes intersectoriales y comunitarios que garanticen la participación de los usuario, familiares y referentes afectivos.

Asimismo, la propuesta intenta evitar y/o reducir las internaciones innecesarias, acortar tiempos de las mismas a través del trabajo mancomunado con los equipos de hospitales y comunidades terapéuticas, favorecer el sostenimiento de los tratamientos indicados, trabajar en la prevención de recaídas con grupo el familiar de los usuarios y promover el enlace con dispositivos de tipo comunitarios acordes a las estrategias programadas:

“Con la creación del Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario PRIEC, se pone énfasis en el fortalecimiento de la red de servicios de salud mental ambulatoria, para atenuar los vacíos existentes en el sistema asistencial, que dificultan la externación de los pacientes de los servicios de larga estadía y la inclusión en la comunidad de las personas confinadas en ellos.”¹¹

¹⁰ Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones. Libro “Salud Mental y Adicciones en Buenos Aires: un nuevo rumbo”. 2015

¹¹ Op. Cit.

V.5.i. Inicios del PRIEC

El P.R.I.E.C fue conformado junto a otros programas desde la *Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones*¹² a partir de la necesidad de asistir a usuarios y familiares que habían sido víctimas de las inundaciones de la ciudad de La Plata el 2 de abril del año 2013, y en 2015 se formalizó su existencia a través de la Resolución N°004472, debido a la ampliación de las incumbencias que fueron dándose con el desarrollo del programa:

“Tres situaciones concurrentes favorecieron y aceleraron este proceso: por un lado las trágicas inundaciones en la ciudad de La Plata -abril de 2013- que llevaron a poner en marcha equipos interdisciplinarios de abordaje en salud mental comunitaria dado los efectos postraumáticos provocados por el desastre.

*Por otro lado, la necesidad de dar respuesta a un importante número de oficios librados por los Juzgados de Familia, que solicitaban a los distintos servicios la evaluación de personas con presunto padecimiento mental o por consumo problemático de sustancias, para posibilitar el traslado y la internación de los mismos. Y, en tercer lugar, la creciente demanda de parte de profesionales de guardia y de planta de hospitales generales, de capacitación y apoyatura en la asistencia de personas con situaciones de crisis en salud mental, intoxicaciones por sobredosis y/o cuadros de abstinencia.”*¹³

Su creación y desarrollo fueron motivados por la intención de generar diferentes dispositivos que faciliten la implementación del nuevo paradigma en Salud Mental.

Enmarcado en la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y la Ley N° 14.580 de adhesión provincial, que consideran a la *salud mental* como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, incluyendo a las adicciones como problema de salud, el PRIEC se ha ido adaptando a una multiplicidad de

¹² Así se llamaba en el año de la fundación del programa PRIEC.

¹³ Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones. Libro “Salud Mental y Adicciones en Buenos Aires: un nuevo rumbo”. 2015

circunstancias que fueron ampliando el universo de incumbencias y el abanico de alternativas de abordaje.

Es así, que apostando a el cambio de paradigma de un modelo hospitalocéntrico a un modelo de salud mental comunitaria, y previendo la necesidad de crear dispositivos de intervención flexibles, que se acercaran a las realidades de los usuarios y sus familiares, el PRIEC intenta desde sus inicios contemplar las circunstancias psicosociales y de asistencia que presentan dichos usuarios, garantizando un trato digno, respetuoso y equitativo, acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en vigencia, respetando la gratuidad, accesibilidad y territorialidad.

Es en ese marco que el PRIEC se constituye en un dispositivo de carácter regional, que funciona como un *programa articulador* entre diferentes efectores y niveles de asistencia sanitaria.

V.5.ii. ¿Como se compone el equipo?

El equipo del PRIEC se compuso desde el inicio por psicólogos, enfermeras, acompañante terapéutica, trabajadoras sociales y medicas.

La mayor parte de los integrantes permanece en el equipo desde el inicio del programa, y en la actualidad el mismo se compone por: dos enfermeras (una de ellas es además acompañante terapéutica), una médica, dos psicólogos y una trabajadora social. La coordinadora del equipo es una de las enfermeras antes mencionadas.

V.5.iii. ¿A qué población se orienta el Programa?

“El PRIEC promueve la atención domiciliaria como un nivel de atención estratégico para los casos que no pueden ser sostenidos mediante tratamientos ambulatorios o que han cursado una internación y requieren de un seguimiento y acompañamiento continuo, constituyendo una alternativa a la internación hospitalaria.

Incluye a aquellas personas que atravesando un proceso judicial no pueden ser asignadas al nivel ambulatorio para evaluación o tratamiento; a las que presentan trastornos mentales y/o consumo problemático de sustancias

sin descompensación y/o a aquellas que abandonan, no tienen adhesión al tratamiento o requieren de un acompañamiento intensivo para el mismo. La estrategia del PRIEC apuesta a desarrollar alternativas terapéuticas que promuevan la integración del sistema de salud y del paciente con su entorno familiar, laboral y comunitario. Su implementación prevé el desarrollo de un ámbito de formación y supervisión para los equipos de salud intervinientes.”¹⁴

El programa esta destinado a asistir a personas que reúnan una o más de las siguientes características:

- ✓ Personas (judicializadas -o no-) que requieren de una evaluación y/o abordaje desde una perspectiva de salud integral.
- ✓ Personas que presentan padecimientos mentales y/o consumo problemático de sustancias psicoactivas sin un cuadro de descompensación, que abandonan o no tienen adhesión al tratamiento.
- ✓ Personas en las que se puede evitar una internación por descompensación de su psicopatología, mediante su atención en domicilio.
- ✓ Personas con indicación de tratamiento farmacológico, que requieren en la primera etapa del mismo apoyo y sostenimiento del equipo.
- ✓ Personas que han cursado una internación y demandan de seguimiento.

V.5.iv. ¿Cómo trabaja el PRIEC?

Si bien el equipo se esfuerza por garantizar que cada intervención se adecúe a la situación de cada usuario, entre las actividades que se llevan comúnmente a cabo se encuentran las siguientes:

- ✓ Evaluación integral e interdisciplinaria de la situación: la misma se puede llevar a cabo en el domicilio del usuario, en algunos casos en instituciones a las que concurren, o en la oficina del PRIEC.
- ✓ Armado de la estrategia terapéutica integral: Incluye la mirada y los aportes de todos los integrantes del equipo y la utilización de recursos cercanos y accesibles para cada usuario.

¹⁴ Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones. Libro “Salud Mental y Adicciones en Buenos Aires: un nuevo rumbo”. 2015

- ✓ Construcción de red local de asistencia para sostenimiento en la comunidad: ello conlleva la articulación con instituciones estatales y comunitarias acordes a las circunstancias de cada usuario en su propio barrio.
- ✓ Seguimiento de los acuerdos pautados con los usuarios y sus familiares y del plan farmacológico establecido -si es que resultó necesario-. Se realiza en domicilio o en sede del PRIEC.
- ✓ Trabajo con referentes familiares e institucionales para el acompañamiento y sostenimiento de la estrategia diseñada.
- ✓ Intervenciones domiciliarias: Entrevistas, acompañamiento terapéutico, control de medicación en domicilio o en sede del PRIEC.
- ✓ Entrevistas vinculares y familiares: se llevan a cabo reuniones de familiares y usuarios con mediación del equipo interdisciplinario. Para ello se intenta que las mismas sean realizadas en la sede del PRIEC ya que se requiere de un lugar neutral.
- ✓ Traslado de pacientes con criterio de internación a los Hospitales con Servicio de Salud Mental que internan en la Zona (H.I.G.A. San Martín Y Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero).
- ✓ Gestión de vacantes en comunidades terapéuticas para pacientes con criterio de internación por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Cabe destacar que el PRIEC no es un equipo de urgencia o emergencia, sino que trabaja de manera planificada a mediano y corto plazo. En los casos de urgencia o emergencia se informa a usuarios y familiares las posibilidades de acción utilizando las instituciones de la red de asistencia de la ciudad.

V.5.v. ¿Qué territorio abarca el desarrollo de la tarea?

El PRIEC aborda el total del territorio de la ciudad de La Plata. Ello abarca desde Etcheverry hasta el límite con Ensenada y Berisso, y desde Arturo Segui y Villa Elisa hasta Parque Sicardi.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

VI. 1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal retrospectivo sobre los datos recogidos entre enero y diciembre de 2018 de la asistencia a usuarios del Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario de La Plata.

VI.2. Población /muestra

Se tomo el universo total de los usuarios asistidos por el Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario de La Plata.

VI.3. Criterios de inclusión

Pacientes asistidos por padecimientos de salud mental y consumo problemático de sustancias psicoactivas entre enero y diciembre de 2018 del Programa Regional Interdisciplinario de Enlace Comunitario de La Plata.

Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			
OBJETIVO	VARIABLE	INDICADOR	PONDERACIÓN
Determinar el tipo de problemática por el que se asiste a los usuarios	Padecimiento de salud mental	Resultado de hoja de cotejo	Asistencia previa de otros equipos
	Consumo Problemático de sustancias psicoactivas		
	Dual		
Establecer las variables	Edad	Resultado de hoja de cotejo	Rangos de edad

demográficas que son más frecuentes en pacientes asistidos por el PRIEC.	Sexo		Masculino y femenino
Conocer la red institucional a través de la cual llegan los casos y con los que se coordinan acciones	Tipo de instituciones	Resultado de hoja de cotejo	Instituciones de Niñez y adolescencia Poder judicial Centros de atención provincial Hospitales Organizaciones Sociales Presentaciones espontaneas Escuelas Equipos de asistencia a personas en situación de calle
Identificar número de pacientes internados	Servicios de Salud Mental	Resultado de hoja de cotejo	Padecimiento de Salud Mental

	Hospitalarios		Consumo problemático de sustancias psicoactivas
	Comunidades terapéuticas		
Identificar alternativas de abordajes que evitan la internación	Tratamientos psicológicos Abordaje familiar Actividades culturales y deportivas Acompañamiento breve del trayecto de vida	Resultado de hoja de cotejo	Alternativas de trabajo intersectorial. Asesoramiento sobre cursos de formación en oficios. Asesoramiento en actividades culturales y deportivas. Acompañamiento en la búsqueda de empleo o inserción en el sistema educativo. Acompañamiento en la gestión de políticas públicas (pensiones no graciales, AUH, Tarjetas alimentarias, mercadería, etc).

VI.4. Recolección de datos/ instrumentos

Revisión documental

- Expedientes: historias clínicas:

Se revisaron las historias clínicas para recolectar información a través de historia de asistencia. Datos recolectados por lo informado en las HC por todas las disciplinas que integran el equipo.

- Hojas de recolección de datos

Se utilizaron hojas de recolección de datos para obtener la información.

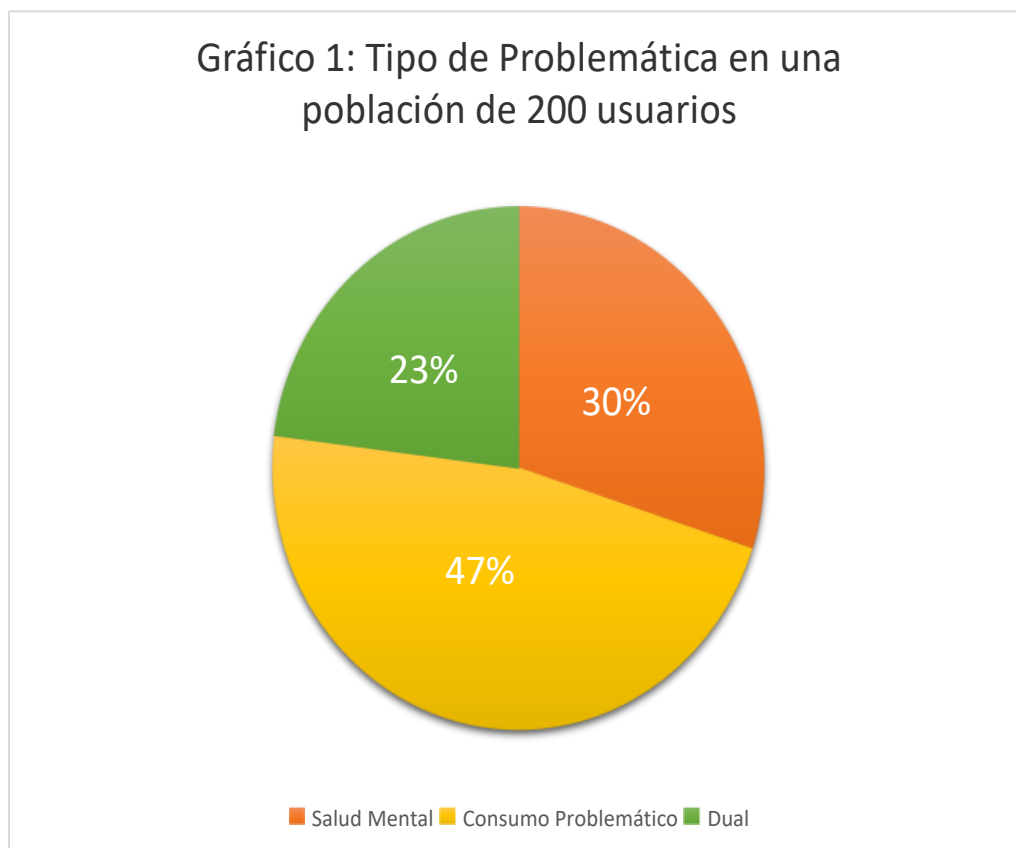
VI.5. Procesamiento de los datos

Para este estudio se creó la base de datos y se utilizó Microsoft Excel para la creación de tablas y gráficos de barra y pastel, luego se procedió al análisis e interpretación de datos.

VII. PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Gráfico1:

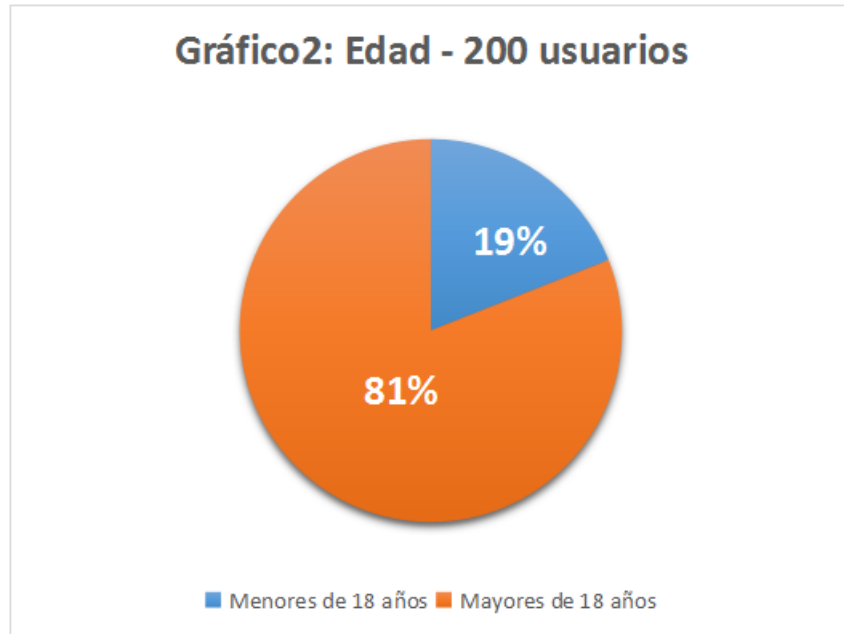
Muestra el tipo de problemática por el que se asistieron a los usuarios del PRIEC entre enero y diciembre de 2018.



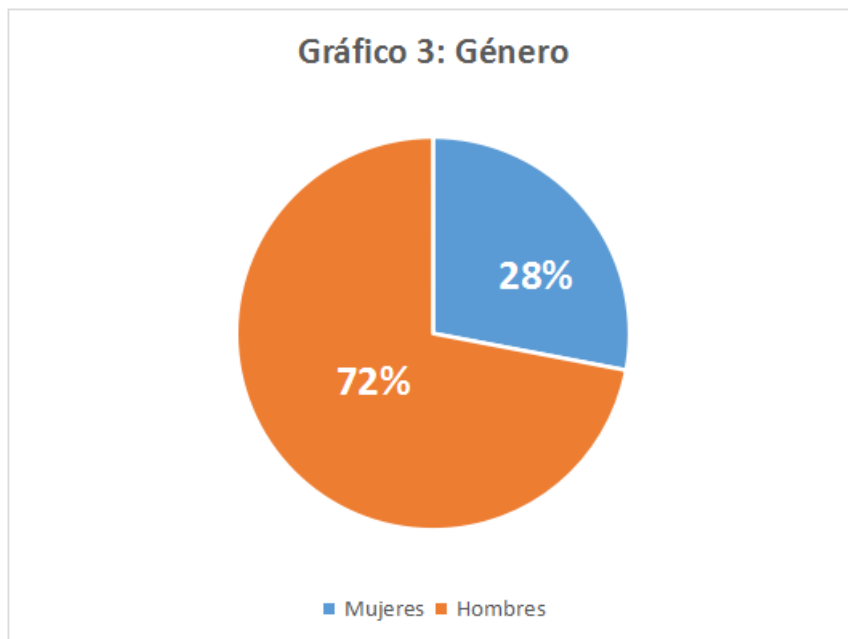
En el gráfico 1 Se observa que de un total de 200 usuarios el 30% fueron asistidos por padecimientos de salud mental, mientras que el 47% fueron asistidos por presentar consumo de sustancias psicoactivas y el 23% eran usuarios afectados por ambas problemáticas.

Gráfico 2 y 3:

Se muestran variables demográficas de edad y género frecuentes en pacientes asistidos por el PRIEC.



Del gráfico 2 surge que el 81% de las personas asistidas son mayores de 18 años, mientras que el 19% son menores de 18 años de edad.



Del gráfico 3 de género surge que el 72% de la población asistida son hombres, mientras que el 28% son mujeres.

Gráfico 4 y 5:

Identifica número de pacientes internados y las instituciones que llevaron a cabo la asistencia de los mismos.



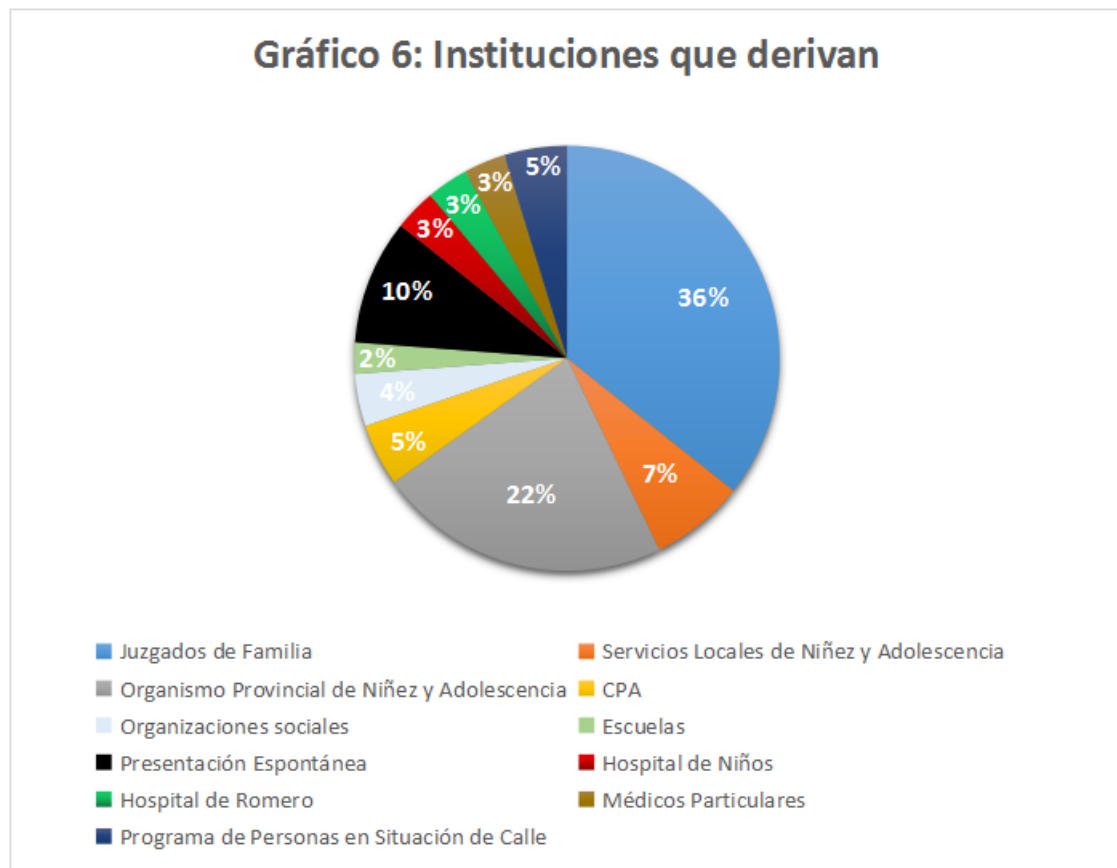
Del gráfico 4 surge que 187 personas no requirieron internación y fueron asistidos a través de otras alternativas de abordaje, mientras que 13 personas fueron internadas en Servicios de Salud Mental de Hospitales de la zona y en Comunidades terapéuticas.



El gráfico 5 muestra que de las 13 personas, 10 fueron internadas en comunidades terapéuticas (un niño y 9 adultos) y 3 en Servicios de Salud Mental de Hospitales de la zona.

Gráfico 6:

Presenta la red institucional a través de la cual llegan los casos al PRIEC y con los que se coordinan acciones.

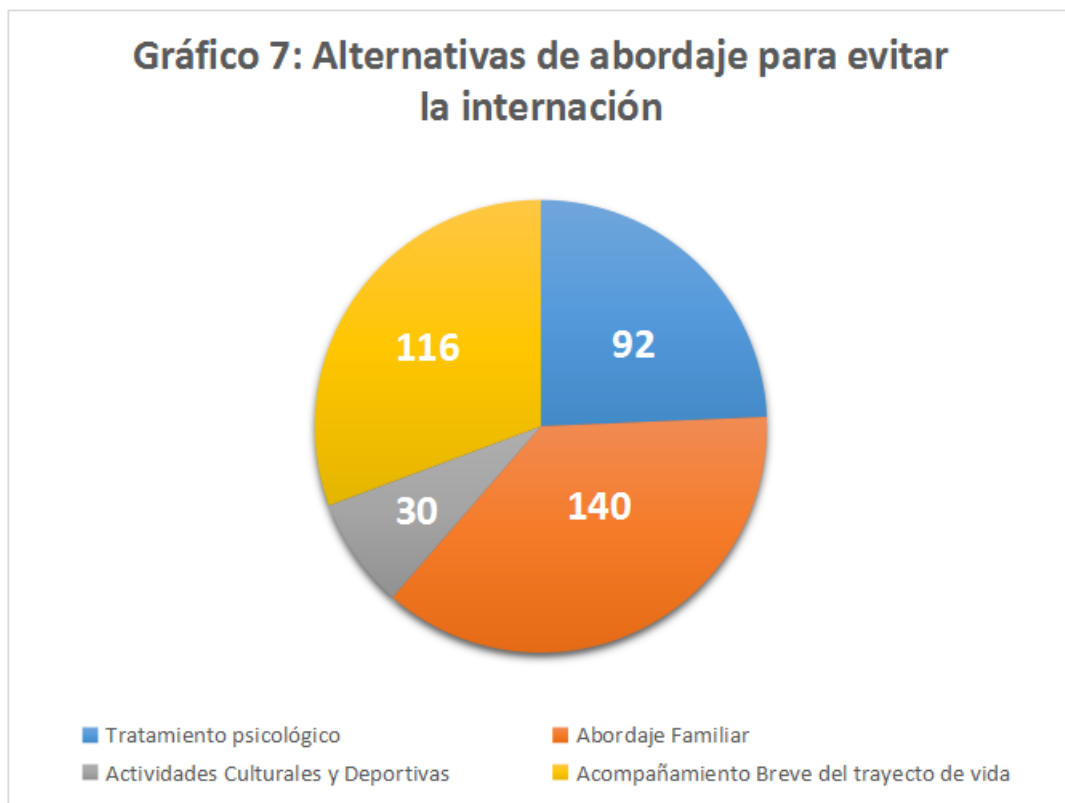


El Gráfico 6 muestra que el **36%** de los casos llegan a través de derivaciones de **Juzgados de Familia** del Departamento Judicial de La Plata, mientras que un **22%** llega a través del **Organismo Provincial de Niñez y Adolescencia**, un **10%** llega al programa de manera **espontánea**, un **7%** desde **Servicios Locales** Municipales de Niñez y Adolescencia, un **5%** corresponde a **Centros de Atención Provincial (CPA)** de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la Pcia. De Bs. As., otro

5% al **Programa de Personas en Situación de Calle** Municipal, un 4% a **Organizaciones Sociales**, un 3% son derivados por **Hospital de Niños** Sor María Ludovica, otro 3% por el **Hospital A. Korn de M. Romero**, un 3% corresponde a derivaciones de **médicos particulares**, y por último un 2% es derivado por **escuelas**.

Gráfico 7:

Presenta el número de intervenciones alternativas a la internación llevadas a cabo por el equipo de trabajo en un total de 187 usuarios asistidos por el PRIEC.



Del gráfico 7 surge que 140 personas fueron abordadas a través de dispositivos interdisciplinarios que trabajaron con miembros de las familias de los usuarios cuestiones vinculadas a la problemática que presentaron al equipo. Asimismo, 92 personas fueron enlazadas con instituciones y profesionales que los asistirían a través de tratamientos psicológicos. Por otra

parte 116 personas recibieron un breve acompañamiento Interdisciplinario de sus trayectos de vida, encontrándose entre las estrategias de intervención las siguientes variables: Alternativas de trabajo intersectorial, asesoramiento sobre cursos de formación en oficios, asesoramiento en actividades culturales y deportivas, acompañamiento en la búsqueda de empleo o inserción en el sistema educativo, acompañamiento en la gestión de políticas públicas (pensiones no graciales, AUH, Tarjetas alimentarias, mercadería, etc). Y por último 30 personas recibieron asesoramiento y acompañamiento para insertarse en actividades culturales y deportivas con la intención de promover la incorporación de hábitos saludables. Debe tenerse en cuenta que es común que el mismo usuario reciba más de un tipo de intervención en el abordaje de su situación.

VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En base a los resultados obtenidos mediante la realización de este trabajo, se han observado los siguientes datos:

En el primer gráfico si bien se observa que el mayor porcentaje de casos aborda corresponde con situaciones de consumo problemático de sustancias psicoactivas, en segundo lugar padecimientos de salud mental, y en tercer lugar se intervino con usuarios afectados por ambas problemáticas, las posibilidades de abordaje de los tres casos observados son completamente diferentes cuando se trata de evaluar la política pública con la que se cuenta al momento de intervenir y de llevar a cabo enlaces para tratamientos.

En este sentido corresponde aclarar que en la ciudad de La Plata la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As., oferta en la esfera de lo público tratamientos ambulatorios psicológicos, y en muy menor medida psiquiátricos: en particular esta subsecretaría cuenta con solo cuatro psiquiatras para toda la ciudad de La Plata, y los mismos prestan servicios en uno o más Centros Provinciales de Atención (CPA).

Asimismo, resulta oportuno señalar, que en La Plata existen 8 CPA (para una población de 600.000 habitantes), donde se realiza asistencia psicológica y en cuatro de ellos se brinda asistencia psiquiátrica.

Algunos de los equipos de CPA ofertan talleres, cursos de formación profesional, terminación de escuela secundaria y primaria, pero en esos casos se trata de esfuerzos personales de los equipos de trabajo para coordinar acciones con otros sectores del Estado.

Por su parte la Municipalidad de La Plata cuenta con una Dirección de Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas que brinda asistencia psicológica ambulatoria.

En cuanto a las internaciones, la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género cuenta con una comunidad terapéutica estatal, y las demás (cuyo número se desconoce por no ser

público) provienen de servicios tercerizados por comunidades terapéuticas privadas.

Para el caso de internaciones por padecimientos de salud mental se trabaja con el Servicio de Salud Mental del Hospital Alejandro Korn de Romero y el Servicio de Salud Mental del H.I.G.A. San Martín.

¿Por qué me propongo hablar del recurso estatal con el que se cuenta en la Ciudad de La Plata para trabajar las diversas situaciones de salud mental? Porque parte de trabajo requiere de políticas públicas claras, con ofertas concretas que puedan atender necesidades específicas. Gran parte de la dificultad hallada en el trabajo del PRIEC tiene que ver con las posibilidades de enlazar a los usuarios con tratamientos acordes a sus intereses y necesidades, y ello se vincula a la poca oferta estatal de espacios terapéuticos. En este sentido, resulta indispensable contar con recursos estatales accesibles y oportunos que faciliten el trabajo comunitario en salud mental, ya que no se puede delegar la totalidad del trabajo a las herramientas que pueda brindar una comunidad.

En cuanto al segundo gráfico, se debe señalar que si bien el 19% de los casos abordados corresponden a niños, niñas y adolescentes, el trabajo de salud mental en estos casos representa un esfuerzo mayor para los equipos interdisciplinarios de salud, ya que se trabaja no solo desde la Ley Nacional de Salud Mental, sino también desde la Ley Nacional 26.061 y la Ley Provincial 13.298 de Promoción y Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Ello implica trabajar de manera corresponsable con los Servicios Locales Municipales y el Servicio Zonal Provincial, que son las instituciones específicas creadas por el Sistema de Promoción y Protección de Derechos.

Aquí, se debe señalar que las comunidades terapéuticas para niños y jóvenes son gestionadas por el Organismo Provincial de Niñez y Adolescencia, y su totalidad corresponde a servicios tercerizados por Comunidades Terapéuticas privadas, mientras que los casos específicos de padecimientos mentales se abordan hasta los 15 años de edad en el Hospital de Niños Sor María Ludovica, y de 15 a 18 años en el H.I.G.A. San Martín.

Asimismo, existe una gran dificultad para enlazar casos de niños y adolescentes en tratamientos ambulatorios, debido a que la mayoría de los CPA no trabaja con esta población, por lo que los casos de consumo Problemático se enlazan con el Hospital Interzonal Especializado en Toxicología y Salud Mental (ex Reencuentro), y los de padecimientos mentales con los Hospitales mencionados en el párrafo anterior.

Sobre el gráfico 3, resulta necesario señalar que si bien en menor cantidad el porcentaje de usuarios abordados por el PRIEC son mujeres, las mismas suelen ser enlazadas con facilidad en tratamientos ambulatorios al igual que los hombres, sin embargo cuando resulta necesario llevar a cabo internaciones en comunidades terapéuticas existe una gran dificultad para hallar este tipo de dispositivos orientados al trabajo con mujeres y otros géneros ya que la mayoría asiste a poblaciones de varones.

Del gráfico 4 observamos que la mayor parte de los usuarios asistidos han sido abordados a través de dispositivos alternativos, lo cuál da cuenta de la amplia gama de posibilidades que pueden hallarse en la interacción con la comunidad, con otras instituciones y con organizaciones de la sociedad civil.

En la mayoría de estos casos el acompañamiento del PRIEC no ha resultado mayor a tres o cuatro meses de seguimiento (en las situaciones más complicadas), y siempre se ha previsto la construcción de una referencia institucional que oriente a los usuarios y referentes afectivos a retornar al programa en caso de que surjan nuevas problemáticas.

En la misma línea se puede leer el quinto gráfico, dado que del total de 200 personas solo 13 requirieron internación, lo cual resulta un dato alentador por dos razones: en primer lugar se reducen las situaciones de dispositivos que “cuartan” las libertades¹⁵ de los usuarios; y en segundo lugar se descomprime la demanda existente en las guardias de los hospitales públicos.

El gráfico 6 por su parte muestra las instituciones que derivan casos al PRIEC, y a su vez son las mismas instituciones las que forman parte de la red

¹⁵ Aún tratándose de internaciones abiertas, los dispositivos de internación resultan disruptivos para la vida cotidiana de las personas y necesariamente obligan a la incorporación de hábitos, horarios, y modalidades que no tienen que ver con la cotidianeidad de las mismas.

inetrinstitucional con la que se coordinan intervenciones en el ámbito de la salud mental comunitaria.

En este sentido puede observarse que la mayoría corresponde a derivaciones de Juzgados de Familia del Departamento Judicial de La Plata, y ello encuentra su origen en el nacimiento del PRIEC como programa que apunta a brindar una atención comunitaria tendiente a descomprimir conflictos y a disminuir la asistencia hospitalarias de casos que no hallaban respuestas efectivas en las guardias de los hospitales, ya sea porque las personas no retornaban a las consultas, o porque no se trataba del dispositivo adecuado para la problemática. Asimismo, muchos de los usuarios que llegaron por primera vez al programa a través de los Juzgados de Familia, suelen retornar cuando vuelven a surgir situaciones problemáticas sin considerar necesaria la judicialización. Ello tiene que ver con la información brindada y construida de manera mancomunada con usuarios y referentes afectivos, y con la elaboración y aprehensión de pautas de alarma acordes a cada situación particular.

Por otra parte y con el pasar de los años se ha logrado constituir una interacción fluida con las instituciones del Sistema de Promoción y Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, por ello resulta común observar que gran parte de la demanda llega a través de sus instituciones.

A su vez, el “de boca en boca” que circula en la comunidad ha generado un porcentaje significativo de demanda espontánea y de utilización del programa por parte de escuelas, médicos particulares y organizaciones sociales que en la actualidad trabajan de manera mancomunada con el equipo interdisciplinario del PRIEC.

En la misma línea, las acciones de ida y vuelta con los CPA (Centros de Atención Provincial) contribuyen a la interacción permanente para casos en que los usuarios abandonan los tratamientos que llevaban a cabo o para las situaciones que no se encuentran enmarcadas en las posibilidades de abordaje con las que cuentan dichos centros.

Por otra parte y en concordancia con la red de interacción construida, se ubica Programa de Personas en Situación de Calle Municipal con el que se interactúa para el abordaje de personas que ellos asisten y para brindar

protección de personas que no cuentan con vivienda y/o familia y han requerido intervención del PRIEC.

Respecto de los hospitales resulta indispensable señalar que con el transcurso de los años se ha logrado conformar una red de trabajo interinstitucional formidable, en tanto que se han reducido los filtros que se hallaban en las guardias al inicio del programa cuando se concurría desde el PRIEC con usuarios que requería internación, y en la actualidad los mismos hospitales solicitan la intervención del programa para llevar a cabo seguimientos de usuarios que son dados de alta o que abandonan sus tratamientos.

En cuanto al gráfico 7, se observan las alternativas de intervención tendientes a evitar las internaciones. Partiendo de la premisa de que cada usuario fue abordado por más de una modalidad de intervención, se verifica que 140 personas fueron abordadas a través de dispositivos interdisciplinarios que trabajaron con miembros de las familias de los usuarios cuestiones vinculadas a la problemática que presentaron al equipo. Este tipo de intervenciones incluye entrevistas vinculares con usuarios y referentes afectivos, entrevistas individuales con los referentes y con los usuarios, y acompañamientos en situaciones de crisis de manera telefónica y presencial.

Asimismo, 92 personas fueron enlazadas con instituciones y profesionales que los asistirían a través de tratamientos psicológicos, encontrando entre estas alternativas los CPA, tratamientos a través de obras sociales, unidades sanitarias de los barrios en que viven los usuarios, entre otras.

Por otra parte 116 personas recibieron un breve acompañamiento Interdisciplinario de sus trayectos de vida, encontrándose entre las estrategias de intervención las siguientes variables: Alternativas de trabajo intersectorial, asesoramiento sobre cursos de formación en oficios, asesoramiento en actividades culturales y deportivas, acompañamiento en la búsqueda de empleo o inserción en el sistema educativo y acompañamiento en la gestión de políticas públicas (pensiones no graciales, AUH, Tarjetas alimentarias, mercadería, etc), entre otras.

A su vez, 30 personas recibieron asesoramiento y acompañamiento para insertarse en actividades culturales y deportivas con la intención de promover

la incorporación de hábitos saludables, y ello es posible debido a la información vinculada a gustos e intereses recabada en las entrevistas que se llevan a cabo.

IX. CONCLUSIONES

La posibilidad de observar de manera objetiva el desempeño y desarrollo de la tarea cotidiana favorece la lectura del impacto real de nuestras intervenciones.

Sin embargo, es posible hallar amplias distancias entre lo que se ha propuesto con la sanción de la Ley Nacional 26.657 como horizonte a alcanzar en términos de abordajes novedosos en salud mental desde una perspectiva comunitaria y la realidad plasmada en los datos recabados y en el análisis de la institucionalidad con la que realmente se cuenta.

Es así, que en la mayoría de los casos evaluados en este estudio fue común encontrar resoluciones de situaciones conflictivas y padecimientos que tiene más que ver con las intenciones de buena voluntad de las personas que componen los equipos de trabajo, que con los recursos ofrecidos por el propio Estado. Por ello, resulta imprescindible la incorporación de nuevas políticas públicas y recursos orientados a atender las situaciones de salud mental desde una perspectiva comunitaria, ya que se presenta como evidencia que la demanda de asistencia supera en gran medida la oferta de recursos brindada por las instituciones del Estado.

En este sentido, es posible retomar las palabras de Stolkiner quien señala que se presentaran obstáculos“(…)si el trabajo sostenido en equipo se enfrenta a condiciones de empleo inestables de sus miembros o a exigencias de rendimiento individualmente evaluadas. Aunque resulte obvio, es necesario recordar que el trabajo interdisciplinario es un trabajo grupal. La articulación entre imaginario social e imaginario grupal y la dimensión institucional en que se plantea la actividad son productoras de la misma, trabajan en ella.”¹⁶

Pretendo detenerme en este punto para hacer alusión a la delicada situación de precariedad con la que la mayor parte de los equipos de salud llevan a cabo sus prácticas, tanto en la esfera de lo público, como en lo

¹⁶ Stolkiner Alicia “INTERDISCIPLINA Y SALUD MENTAL”. IX JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL I JORNADAS PROVINCIALES DE PSICOLOGÍA SALUD MENTAL Y MUNDIALIZACIÓN: ESTRATEGIAS POSIBLES EN LA ARGENTINA DE HOY 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones · Argentina

privado, y sobre ello cabe entonces preguntarse ¿es posible llevar a cabo un cambio cultural, un cambio de paradigma en salud mental, si son los propios trabajadores de la salud quienes encuentran vulnerados sus derechos? En este sentido es posible esgrimir más de una respuesta, porque si bien la contradicción de que sea el propio Estado el que viola sus propias leyes empujando a sus empleados a trabajar en condiciones de precariedad, son esos mismos empleados los que apuestan a construir un cambio en el abordaje de las problemáticas de salud mental y de todas las problemáticas vinculadas al ejercicio de los derechos humanos poniendo en juego una variable que no aparece en la ley: la empatía.

Este dato es alentador, dado que resulta posible vislumbrar un cambio de mirada y de prácticas en salud mental, en tanto que las voluntades de los trabajadores que desarrollan sus prácticas desde una perspectiva de salud mental comunitaria, sea acompañada con estructura institucional, ampliación de los esfuerzos estatales en lo referido a recursos y herramientas propicias para promover derechos y garantizar una asistencia adecuada.

Asimismo, pretendo esgrimir conclusiones honestas vinculadas al universo de situaciones encontradas en el trabajo cotidiano, y para ello resulta indispensable mencionar el trabajo silencioso -aunque de inmenso rigor- que llevan a cabo acompañantes terapéuticos, enfermeros, talleristas y referentes comunitarios (entre otros) que aparecen a la sombra de las disciplinas que se han establecido en lugares hegemónicos a través de la historia.

Este dato es factible de comparar con la oferta de recursos que brindan las obras sociales en lo referido a la esfera de lo privado, dado que la accesibilidad encuentra menos obstáculos cuando los usuarios cuentan con obra social al momento de requerir tratamientos psicológicos, psiquiátricos o internaciones. En este sentido no solo la accesibilidad se instala como dato relevante, sino además la posibilidad de elegir con quien se quiere realizar un tratamiento o en qué lugar.

Por último resulta pertinente mencionar la necesidad de incorporar una perspectiva de género en el ámbito de la salud mental comunitaria, que priorice la incorporación de herramientas y recursos para el abordaje de la amplia diversidad de géneros existentes.

Asimismo, resulta necesario estar a la altura de las circunstancias en la coyuntura actual, dado que los profesionales que trabajamos en salud mental necesitamos recibir capacitaciones para contar con las herramientas necesarias al momento de acompañar situaciones de violencia de género.

En la misma línea los niños, niñas y jóvenes deber tener una mención especial debido a que las ofertas para acceder a tratamientos son menores, que las que existen para la población de adultos.

Por último haré referencia a las palabras del Dr. Franco Basaglia con la intención de interpelar nuestras miradas y nuestras prácticas, apostando siempre a la transformación como horizonte a perseguir en el desafío de instalar la perspectiva de salud mental comunitaria: *“Hoy nos es evidente que cada situación que nos llega es una crisis vital y no “una esquizofrenia”. En aquel momento, ya veíamos que aquella “esquizofrenia” era la expresión de una crisis, existencial, social, familiar, no importa cuál. Una cosa es considerar el problema como una crisis y otra cosa es considerarlo como un diagnóstico: el diagnóstico apunta a un objeto, y la crisis a una subjetividad; subjetividad que a su vez pone en crisis al médico”¹⁷.*

¹⁷ Franco Basaglia. “La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio”. Conferencias pronunciadas en San Pablo, Brasil. 1979.

X. RECOMENDACIONES

A partir del trabajo realizado se presentan las siguientes recomendaciones:

- ✓ Llevar a cabo capacitaciones periódicas en temáticas vinculadas a poblaciones vulnerables (niños, niñas y adolescentes, mujeres, colectivo LGTBIQ, etc.)
- ✓ Promover la construcción y puesta en marcha de dispositivos de salud mental comunitaria en cada barrio de la ciudad, apostando a que los mismos sean adaptables a las características y necesidades de cada territorio.
- ✓ Realizar evaluaciones anuales acerca del trabajo realizado por el PRIEC a fin de observar las fortalezas y obstáculos encontrados en el trabajo cotidiano.
- ✓ Promover la realización de espacios de autocuidado del equipo del PRIEC.
- ✓ Realizar encuestas entre los usuarios y referentes afectivos con el fin de observar las debilidades y fortalezas del programa y adecuarlo a las necesidades existentes.
- ✓ Promover la creación de espacios de formación en salud mental comunitaria para las instituciones y los diversos actores que forman parte de la red interinstitucional con la que se trabaja cotidianamente.
- ✓ Construir un recursero institucional y ponerlo a disposición de la comunidad.
- ✓ Construir material de promoción para difundir la perspectiva de salud mental comunitaria.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ **Bang Claudia.** Estrategias comunitarias en (promoción de) Salud Mental. Una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas.
http://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid03/apunte07_03.pdf
- ✓ **Basaglia Franco.** “La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio”. Conferencias pronunciadas en San Pablo, Brasil. 1979.
- ✓ **Ley Nacional de Salud Mental 26.657.**
- ✓ **Ley Nacional de Promoción y Protección de Niñez y Adolescencia 26.061.**
- ✓ **Ley Provincial de Promoción y Protección de Niñez y Adolescencia 13.298. Provincia de Buenos Aires.**
- ✓ **Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones.** Libro “Salud Mental y Adicciones en Buenos Aires: un nuevo rumbo”. 2015
- ✓ **SEDRONAR. Presidencia de la Nación.** “Abordaje integral de los consumos problemáticos”. 2019.
- ✓ **Stolkiner Alicia.** “De interdisciplinas e indisciplinas” del libro El Niño y la Escuela Reflexiones sobre lo obvio” comp. De Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1987.
- ✓ **Stolkiner Alicia.** “Interdisciplina y Salud Mental”. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de psicología, Salud Mental y

Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones · Argentina.

- ✓ **Stolkiner Alicia.** “Un largo camino hasta la ley de salud mental”.
<http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

XII. ANEXO

Planilla de intervención y seguimiento de usuarios del PRIEC

Identificación			
Fecha del oficio			Profesional: _____
N° HC		Fecha 1ra. intervención	Región Sanitaria
Motivo de intervención:		Localidad:	

Datos del usuario	
Apellido y Nombre: _____	Tipo y N° de documento: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Edad actual: ____ Identidad sexual: _____
Nivel de Estudios alcanzado: _____	Tipo de convivencia: _____
Situación laboral: _____	Obra Social: _____ CUD: _____
Domicilio: _____ Tel: _____	
Observaciones:	

Antecedentes de Tratamiento				
(Tache lo que corresponde)				
Realizó Tratamiento:	☐			
Modalidad:				
Ambulatorio psicológico	ambulatorio psiquiatría	ambulatorio psiquiatría y psicología	internación hospital	internación comunidad terapéutica

EVOLUCIÓN	30 días de la intervención	90 días de la intervención	180 días de la intervención
Continúa en Tratamiento (describa el formato)			
Logros socio/laborales			
Logros socio/educativos			
Logros familiares			
Motivo del egreso			

Tablas de Datos Relevados

Tipo de problemática:

Salud Mental	Consumo Problemático	Dual
60	94	46

Edad:

Mayores de 18 años	Menores de 18 años
162	38

Genero:

Mujer	Hombre
56	144

Tipo Intervención:

Internación	Otras alternativas
13	187

Datos de internaciones:

Comunidad terapéutica adultos	Comunidad terapéutica niños	Servicios de Salud Mental de Hospitales y Clínicas Privadas
9	1	3

Instituciones que derivan:

Juzgados de Familia	72
Organismo Provincial de Niñez y adolescencia	44
Organizaciones Sociales	8
Presentación espontánea	20
Hospital A. Korn de Romero	6
Programa de Asistencia a Personas en Situación de Calle	10
Servicios Locales de Niñez y Adolescencia	14
CPA	10
Escuelas	4
Médicos Particulares	6
Hospital de Niños Sor María Ludovica	6

Alternativas de abordaje para evitar la internación

Tratamiento Psicológico	Abordaje Familiar	Actividades culturales Y deportivas	Breve acompañamiento Del trayecto de vida
92	140	30	116