

# Revista Patagónica de Bioética

Año 4, N° 9



Fotografía: Iván Castiblanco Ramírez.

## **Equipo Editorial**

### **Directora**

*Andrea Macías*

### **Editora**

*Nadia Heredia*

### **Secretaría General**

*Silvana Rojas*

### **Editorxs Asociadxs**

*Marcela Fontana*

*Santiago Hasdeu*

*Luis Justo*

*Laura Lamfré*

*Rubén Monsalvo*

*Mónica Oppezzi*

*Marcela Olivero*

*Andrea Peve*



GOBIERNO  
DE LA PROVINCIA  
DEL NEUQUÉN

MINISTERIO DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN

## Información sobre la Revista

Publicada desde el año 2014 por la Dirección de Bioética e Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

ISSN 2408-4778

Las ideas y opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no representan, necesariamente, el punto de la Dirección de Bioética e Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

Revista Patagónica de Bioética

Publicación semestral on-line

Año 4, No. 9

Directora: Andrea Macías

Editora: Nadia Heredia

Fotografías: Iván Castiblanco Ramírez.

E-mail: [bioeticaeinvestigacionnqn@gmail.com](mailto:bioeticaeinvestigacionnqn@gmail.com)



Licencia Creative Commons BY/NC/SA

Se puede reproducir el material citando el origen, sin fines comerciales y sin modificaciones.

Dirección de Bioética e Investigación.

Ministerio de Salud, Provincia de Neuquén.

(0299) 449 5590 - 4495591 int 7550.

Av. Antártida Argentina 1245, Edif. CAM 3 - CP 8300- Neuquén Capital Provincia de Neuquén.

## Sumario

### Editorial

*Andrea Macías y Nadia Heredia* ..... 4

### Artículo inédito

**La demencia, el olvido de los países en desarrollo**, por Fernando Estévez Abad..... 7

### Sección Conversando comunitariamente

**Salud mental, Derechos Humanos y comunidad**, por Claudio Martínez ..... 16

### Desde acceso abierto

**Aportes para una psicología de la liberación feminista**, por Sierra Andrea Stefania ..... 21

### Artículos de Investigación

Prácticas comunitarias en salud mental orientadas a niñxs que viven en contextos de violencias y a sus familias, por Marcela Alejandra Parra, Gabriela De Gregorio, Lorena Gallosi, Silvia Morales, Gabriela Bercovich, Ximena Novellino, Moira Ale.....28

### Noticias/Novedades

**RESEÑA SEMINARIO “Salud Mental: Comunidad y Derechos Humanos”**, por Marcela Olivero .....45

**Instrucciones para lxs autorxs** ..... 46



## Editorial

Presentamos a Uds. la novena publicación de la Revista Patagónica de Bioética. En este número, compartimos una serie de artículos cuyo eje es la salud mental. Desde enfoques comunitarios, Latinoamericanos y geopolíticos, lxs autorxs nos van introduciendo en algunos de los debates actuales que giran en torno a las implicancias de un bienestar mental de nuestras sociedades. La problematización de nuestros contextos político-económicos como base de las posibilidades de la salud mental desde la perspectiva de los Derechos Humanos, es un tema que podemos afirmar recorre todos los artículos.

¿Es prioritaria la salud mental en concepciones político económicas de países considerados desarrollados? Es la pregunta que sirve como puntapié inicial del trabajo inédito que nos ofrece Fernando Estévez Abad en su artículo Inédito **La demencia, el olvido de los países en desarrollo**. La desigualdad, las dificultades de acceso, la baja cobertura en salud de los sistemas políticos ricos parecen tener pobre efectividad en el quehacer diario de personas en condición de vulnerabilidad, en tanto la prevalencia de enfermedades degenerativas tiene cada vez más impacto en sociedades del mundo denominado “en desarrollo”. Reflexionar acerca de los determinantes sociales de la salud es aquí el paso obligado para proponer un esquema teórico que profundiza el planteo de esquemas económico-políticos más que preocupantes acerca de la salud mental.

Por su parte, y desde el acceso abierto la psicóloga e investigadora Andrea Stefanía Sierra nos presenta **Aportes para una Psicología de la Liberación feminista**. A través de un aporte teórico novedoso y original, Sierra formula un interesante nexo entre psicología de la liberación y feminismo, en tanto que “uno de los grandes intereses de la psicología de la liberación fue el trabajar en pos de los pueblos oprimidos, acento que retomó parte de la psicología comunitaria en su trabajo con comunidades, y que hoy fundamenta, también, gran parte de la intervención feminista en contextos cuyas realidades de diversas mujeres son marcados por múltiples violencias y desigualdades”. Resaltar compromiso ético y político que ambas corrientes portan, para Sierra, implica poder pensarnos situadamente desde contextos marcados por fuertes formas de violencias, desigualdades y opresiones. Es desde

este punto de partida, que el texto recupera la figura fundadora y política de la psicología de la liberación del sacerdote salvadoreño Ignacio Martín Baró, quien postula para que la Psicología realice algún aporte significativo a la historia de nuestros pueblos Latinoamericanos, se necesita un planteo que parta desde la vida de nuestros propios pueblos, desde sus sufrimientos, sus aspiraciones y luchas. En este sentido, partir de estos cruces teórico-políticos, implica revisar abordajes tanto epistemológica, como metodológicamente. En pos, de generar una liberación de la psicología, nada menos.

En nuestra sección **Becas SISNe**, compartimos el trabajo de un equipo interdisciplinario de la Facultad de Ciencias de la Educación de docentes de la Universidad Nacional del Comahue y trabajadorxs de la salud pública, que analizan resultados parciales de la investigación denominada **Prácticas comunitarias en salud mental orientadas a niñxs que viven en contextos de violencias y a sus familias**. En este trabajo, la Dra. Marcela Alejandra Parra junto con la Mg. Gabriela De Gregorio, la Esp. Lorena Gallosi, la Esp. Silvia Morales, la Lic. Gabriela Bercovich, la Lic. Ximena Novellino y la Psic. Moira Ale problematizan el hecho que “una de las situaciones más frecuentes en las que intervienen los equipos de salud mental/salud psicosocial son las situaciones de violencia y las múltiples formas que éstas adquieren”.

Desde un abordaje teórico que conjuga las corrientes de las llamadas Psiquiatrías Comunitarias desarrolladas en el marco de las políticas de desinstitucionalización y, por otra, la corriente de la Atención Primaria de la Salud (Armesto, M.A., 1996), el Proyecto relata las experiencias que se vienen llevando a cabo desde el año 2004 a través de los dispositivos *Casa “Arco Iris”* y la murga *Trapitos de Colores*. Localizados en el oeste neuquino, estos Centros de Salud trabajan aún hoy con las comunidades de los barrios Sapere, El Progreso, Valentina Sur y San Lorenzo Norte. La creación de espacios de acción, de resistencia creativa y comunitaria, es lo que lxs investigadorxs proponen pensar como prácticas preventivo-asistenciales de los equipos de salud mental, sobre todo, aquellos destinados a los niñxs pequeños y a sus familias.

En este número, la Sección **Conversando comunitariamente** y la Sección de **Novedades** se complementan, en tanto el psicólogo y docente de la carrera de Psicología de la UNCo. Claudio Martínez, nos propone un punteo necesario para comprender algunos de los desafíos que nos plantea un abordaje comunitario y de DDHH de la salud mental. En la Sección de **Novedades**, Marcela Olivero nos

comparte un informe sobre la realización del Seminario “*Construcción de Derechos desde las prácticas en Salud Pública. Intersectorialidad y trabajo en Redes*”, donde precisamente este punteo de temas centrales sobre salud mental comunitaria fue expuesto por Claudio Martínez, bajo el título **Salud mental, Derechos Humanos y comunidad**.

Sin más que agregar, les invitamos fraternamente a que pasen, lean y nos hagan llegar sus aportes y comentarios. Esto recién empieza.

Nadia Heredia y Andrea Macías



## Artículos inéditos

# La demencia, el olvido de los países en desarrollo

Fernando Estévez Abad<sup>1</sup>

---

### RESUMEN

La prevalencia de enfermedades degenerativas tiene cada vez más impacto en sociedades del mundo en desarrollo. Los países de bajos ingresos económicos serán a futuro cercano los más afectados por el aumento de estas enfermedades asociadas con factores biológicos pero transversalizadas por los determinantes sociales de la salud. La desigualdad, las dificultades de acceso, la baja cobertura y los sistemas políticos ricos en declaraciones parecen tener pobre efectividad en el quehacer diario de personas en condición de vulnerabilidad. La Bioética debe plantear nuevos escenarios de discusión pero sobre todo tiene la oportunidad de permitir establecer las condiciones de un diálogo inclusivo y recuperar el marco de protección ofertado por los Derechos Humanos y el respeto por la percepción de dignidad.

**Palabras clave:** demencia, desarrollo, bioética, Derechos Humanos.

### SUMMARY

Prevalence of degenerative diseases has an increasing impact the daily living in developing world. The low economic income countries will be in the near future mostly affected by the increase of these diseases associated with biological

---

<sup>1</sup> Médico, especialista en neurología, magister en Bioética por la UB, docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Ecuador.

factors but mainstreamed by the social determinants of health. Inequality, access difficulties, low coverage and political systems rich in statements seem to have poor effectiveness in the daily performance of people in vulnerable conditions. Bioethics must propose new discussion scenarios but, above all, it has the opportunity to establish the conditions for an inclusive dialogue and recover the protection framework offered by Human Rights and respect for the perception of dignity.

**Key words:** degenerative diseases, development, bioethics, Human Rights.

---

### **El problema y su implicación social**

La demencia, otrora problema especialmente propio de poblaciones envejecidas de a poco adquiere dimensiones de alcance global. La idea relacionada con la presencia de demencia indefectiblemente asociada con la edad, fuente además del nombre equívoco utilizado por mucho tiempo de “demencia senil” ya no lo es más. Con la información aportada por el avance en la investigación neurocientífica queda cada vez más claro que el espectro de afecciones celulares, moleculares en un marco genético y de interacciones biológicas complejas asociadas con un medio ambiente hostil y la prevalencia asociada de enfermedades crónicas son factores con efecto más bien transversal. Los países en vías de desarrollo en los cuales la incidencia de enfermedades crónicas es cada vez más importante son en el presente pero sobre todo a futuro no lejano quienes sufrirán un impacto probablemente inmanejable desde el punto de vista económico y por sobre todo social.

Si las sociedades del mundo desarrollado ven cómo los sistemas de protección de salud y la propia situación económica se ponen en apuros frente a sociedades en las cuales el envejecimiento es parte del día a día y el enfrentamiento del apoyo de estas personas asociado con la visión de la calidad de vida requieren ingentes esfuerzos no solamente desde el punto de vista económico, no es difícil imaginar el impacto que tendrá en países pobres<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Mohammad Wasay, & Wolfgang Grisold. (2016, mayo 5). World Federation of Neurology. Recuperado 19 de mayo de 2016, a partir de <http://www.worldneurologyonline.com/article/world-brain-day-2016>

Para 2050 cerca de 21% de personas tendrán 60 o más años de edad (dos mil millones de personas) y para 2025 cerca del 80% de estas personas estará viviendo en países con menor desarrollo. Más temprano que tarde habrá que enfrentar consecuencias sociales, económicas y de presión sobre los sistemas de salud, asociado con el aumento de patologías discapacitantes, mayor requerimiento hacia los sistemas de pensión y apoyo económico para estos grupos poblacionales.

Los países en vías de desarrollo enfrentarán también la necesidad de mejorar y estandarizar los criterios diagnósticos, de la mano de la capacitación profesional además de mejorar la toma de decisiones en relación con las nuevas tecnologías diagnósticas. Los razonamientos aportados por la Bioética serán fundamentales frente a la oferta de nuevos fármacos y de procedimientos diagnósticos precoces ante los cuales por supuesto la disyuntiva primordial deberá ser la precaución, el manejo adecuado de los datos y la información, pero sobre todo la protección ante el riesgo de discriminación precoz. El apareamiento y comercialización de técnicas relacionadas con la capacidad de predecir o identificar la probabilidad de padecer demencia con algunos años de antelación son también de gran riesgo<sup>3</sup>.

Esta realidad presente y futura deja claro que el peso económico de esta enfermedad es y será apabullante para toda la economía y los sistemas de atención y protección de la salud<sup>4</sup>. Es fundamental el establecimiento de programas de respuesta adecuados; por supuesto mucho más si se tiene en cuenta que en algunos países (entre ellos el Ecuador) desde el punto de vista político se establece como derecho fundamental la protección, acceso y atención sanitarias con visión especial hacia grupos vulnerables, entre ellos las personas de tercera edad<sup>5</sup> tomado como obligación la tutela y acceso a todos los niveles de atención y protección sanitaria.

La Bioética en tanto que disciplina plural permite poner a tono con la realidad lo

---

<sup>3</sup> Jorge López-Alvarez, & Luis F Agüera-Ortiz. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14.

<sup>4</sup> Estévez F., Abambari C., Atiencia R., & Webster F. (2014). Deterioro Cognitivo y Riesgo de Demencia, una Realidad para el Ecuador. Estudio de Factores de Riesgo en un Grupo de Pacientes Jubilados del IESS en Cuenca en el año 2013. *revecuatneurol - Revista Ecuatoriana de Neurología*, 23(1-3), 12-17

<sup>5</sup> Constitución de la República del Ecuador. (s. f.). Recuperado a partir de <http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/filesasambleanacionalnameuid-20/transparencia-2015/literal-a/a2/Const-Enmienda-2015.pdf>

que la ciencia propone al mismo tiempo que establece las consideraciones necesarias relacionadas por sobre todo con la protección de las personas, su intimidad y sus derechos. Este prisma tutelar se vuelve imprescindible cuando se tiene presente la defensa de las personas y su bienestar frente a la utilización de los derechos con móviles económicos o la intromisión de conflictos de interés que se ven también en el mundo de la ciencia que puedan lesionar a las personas a quienes se supone deben responder. Este es un problema más sensible para los países en desarrollo ya que es necesario considerar que en el marco de los objetivos del milenio establecidos por la ONU<sup>6</sup> queda claro que la desigualdad y la pobreza todavía son problemas importantes para estos grupos humanos.

Si el envejecimiento es un problema que la ciencia puede ayudar a resolver también se pone de relieve la necesidad de establecer discusiones que como sociedad todavía no se han llevado a efecto, entre ellos las condiciones culturales, espirituales, conceptuales y el respeto a la autonomía, incluyendo el tema todavía no conversado en Latinoamérica acerca de las decisiones anticipadas o el derecho al buen morir<sup>7</sup>.

A pesar de que la demencia muestra patrones semiológicos y patológicos similares independiente de la geografía o la economía planetaria, las condiciones culturales, sociales, de percepción filosófica de la vida y las condiciones políticas y jurídicas marcan importantes diferencias. Estas diferencias se sustentan en varios aspectos entre los que parecen de mayor relevancia:

1. El impacto del pobre desempeño económico de un país y la percepción de bienestar de la sociedad implican mayor vulnerabilidad en países pobres en comparación con las sociedades más desarrolladas.
2. A pesar de que las herramientas jurídicas y constitucionales consideran el acceso igualitario y el respeto por los derechos de las personas en concordancia con los instrumentos internacionales, el efectivo acceso a los derechos es todavía muy incipiente en los países con menor desarrollo.
3. La enfermedad (demencia) por sí misma se relaciona con mayor vulnerabilidad independiente del ámbito geográfico o económico de los pacientes; pero esta condición se agrava por las diferencias relacionadas con

---

<sup>6</sup> Naciones Unidas. (2015). *Objetivos del Desarrollo del Milenio, Informe 2015*. Recuperado a partir de [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf)

<sup>7</sup> Albert Royes. (2016). *Morir en libertad*. Universitat de Barcelona Edicions

los determinantes sociales de la salud que impactan con mayor importancia a los pacientes de países no desarrollados.

4. Hay todavía una sintonía incipiente entre las reales necesidades de las personas con demencia y el discurso y orientación de la investigación científico – técnica incluida la médica. La perspectiva de las personas necesita ser fortalecida y respetada; probablemente este sea un punto de alcance y afección global.

### **Proyecciones epidemiológicas y mayor desigualdad**

En particular sobre la demencia los datos son muy fraccionados, países como Chile, Brasil, Colombia o Uruguay muestran realidades aparentemente diferentes; en particular Chile presenta un envejecimiento mayor al promedio latinoamericano. Los hallazgos de estudios recientes muestran además enormes disparidades dentro del propio subcontinente, dificultades por pobreza en el desempeño de los estudios y datos epidemiológicos; ausencia de estrategias comunes, consensos y unificación de criterios asociado con los prejuicios sociales y disparidad del impacto de las políticas públicas en salud complican y ensombrecen más la protección de los enfermos con demencia<sup>8</sup>.

En Ecuador los informes de los organismos propios del estado reconocen severas limitaciones en la calidad de vida de los adultos mayores; según el Censo de se estima que 57,4% de los adultos mayores vivía en condiciones de pobreza y extrema pobreza, siendo esta situación peor en el área rural en la cual 80% de ellos son afectados por tal condición. Se señalan también las importantes dificultades en cuanto al acceso adecuado de ingresos que sustenten sus necesidades diarias vitales, según datos del propio Estado se determina que solamente un 13,6% de adultos mayores cuenta con una ocupación adecuada según su edad y sexo.

En cuanto a la salud se llama la atención en relación a las dificultades de acceso a los centros y niveles de prestación determinando que los responsables cuidadores de las personas con demencia son familiares cercanos, en particular mujeres (hijas, nueras y nietas) estableciendo entonces como práctica social aceptable también

---

<sup>8</sup> Parra, M., Baez, S., Allegri, R., Nitrini, R., Lopera, F., & Slachevsky, A. et al. (2018). Dementia in Latin America. *Neurology*, 90(5), 222-231. doi: 10.1212/wnl.0000000000004897

discriminación a un grupo de por sí vulnerable en sociedades desiguales; las mujeres llevan la carga extra de un Estado que no responde a las necesidades y urgencias poblacionales.

La desigualdad es además notoria por la pléyade de sistemas de atención y protección asociada con debilitamiento de los sistemas públicos, el discurso reduccionista de las medidas de protección se asoció con políticas sociales de focalización relacionadas con privatización de servicios de protección y atención así como la irrupción de las reglas de mercado en las cuales predomina la visión de la responsabilidad individual dejando de lado el aporte de la solidaridad. Los sistemas de aseguramiento individual se relacionaron con la focalización de los servicios de prestación y protección sanitaria, afectando por supuesto a los más vulnerables entre los que se incluyen las personas de tercera edad y con discapacidades, dejando absolutamente de lado la visión del derecho universal y la protección necesaria del Estado hacia los más débiles<sup>9</sup>.

Finalmente, es importante realzar que la condición de ruralidad así como la condición de grupo minoritario (grupos étnicos locales ancestrales o indígenas, mulatos o afro-americanos) son también factores de mayor riesgo para la desigualdad. Jaime Breihl, catedrático Universitario del Ecuador de reconocida trayectoria por su propuesta de “epidemiología crítica”<sup>10</sup> en la Universidad de Michigan en 2002<sup>11</sup> llamaba la atención sobre la necesidad de una nueva visión hacia las condiciones de salud de la subregión andina, sugiriendo el análisis de la Epidemiología y la Sanidad más bien dirigidas con una visión global. En su teoría propone mantener el apego a lo humano pero sin alejarse de las diferencias y la relación con el medio. En países Andinos en los cuales además grandes segmentos poblacionales se reconocen como miembros de minorías étnicas o migrantes explica que “*otro mundo es posible*”; que la

---

<sup>9</sup> Sojo, A. (2017). Protección social en América Latina, La desigualdad en el banquillo. Retrieved from [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41105/6/S1600819\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41105/6/S1600819_es.pdf)

<sup>10</sup> Ex Rector de la Universidad Andina del Ecuador, defensor de la epidemiología crítica y quien sustenta que no se puede pensar en la clásica epidemiología fenomenológica médica que siempre ha buscado variables demográficas asociadas a los fenómenos clínicos o hallazgos patológicos o técnicos biológicos para explicar los fenómenos de salud y enfermedad

<sup>11</sup> Breihl, J. (2002). Inequidad en salud: Ecuador. El asalto a los derechos humanos y la resistencia del sueño andino. Presentado en Conferencia Anual en Salud Pública y Derechos Humanos, Michigan - Universidad. Escuela de Salud Pública.: UASB: DIGITAL. Recuperado a partir de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3402/1/Breilh%2C%20J-CON-105-Inequidad%20salud.pdf>

investigación médica orientada a la salud requiere no perder de vista la objetividad técnica y metodológica de la investigación; pero que las mejores explicaciones necesitan lo que él denomina una “*subjetividad emancipadora*”; en una de sus frases dice a su auditorio: “...*queremos vivir en paz y disfrutar de seguridad, queremos que los derechos humanos no sean un código empolvado en los anaqueles de los expertos sino una fuente vital de la salud pública.*”

### **Los documentos y acuerdos internacionales**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 reconoce “el derecho de toda persona a un nivel de vida digna y la garantía de seguridad para la vejez”<sup>12</sup>. La mayoría de países Latinoamericanos es signataria del “Protocolo de San Salvador”, protocolo adicional a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos; en el que se identifican claramente las materias pertinentes a los derechos económicos, sociales y culturales que desde 1988 reconoce medidas específicas para la protección de los adultos mayores en la región<sup>13</sup>.

En suma, la mayoría de países latinoamericanos son signatarios de muchos documentos existentes en relación al tema, por lo tanto se comprometen de forma tácita a: proteger los derechos humanos y establecer las medidas suficientes para construir situaciones de seguridad económica, participación social, educación e inclusión; establecer medidas y estrategias para el acceso expedito a servicios de salud integrales y adecuados; contribuir a la calidad de vida, funcionalidad y autonomía de las personas y crear las condiciones que propicien el desarrollo y ejercicio de los derechos de las personas incluyendo la mejoría de los entornos físicos, sociales y culturales.

Actualmente se entiende a la salud como una condición marcadamente asociada con la capacidad del propio desarrollo del potencial personal y de la respuesta positiva y activa hacia los problemas del medio ambiente. En este punto pues es notorio por qué la situación particular de tener una enfermedad degenerativa y con severa afección de la propia persona determinan de por sí una gran dificultad que se

---

<sup>12</sup> La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas. (s. f.). Recuperado 20 de mayo de 2017, a partir de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

<sup>13</sup> Tratados Multilaterales > Departamento de Derecho Internacional > OEA :: (s. f.). Recuperado 20 de mayo de 2017, a partir de <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

magnífica cuando se asocia con factores de índole social y económica como el aislamiento, la dependencia, la incapacidad de soporte económico y alimentario.

Así pues, se entiende claramente que la salud es un concepto de definición multifactorial, en la actualidad no se entiende la condición de bienestar o salud sin relacionarla con la percepción de “calidad de vida”; con la particularidad de que cada uno considera de forma distinta su propia calidad de vida. El establecimiento de la salud como derecho ha producido una conciencia social de exigencia pero no una conciencia social de comprensión; todavía en Latinoamérica las personas piensan que más salud está relacionada con hospitales, médicos, medicinas, exámenes, etc. y no se entiende que la salud es una condición general de bienestar no solamente personal sino social, grupal y emocional. La pobreza, la pobre educación, el acceso limitado a servicios básicos, las condiciones del medio ambiente, el aislamiento y abandono marcan potentemente las condiciones de salud o ausencia de la misma<sup>14</sup>.

La condición de morbilidad y mortalidad son peores en la precariedad social; entendido así parece que como determinantes de la demencia y las condiciones de vida de las personas afectadas es importante relieves su presencia y transparentarlas. Históricamente la medicina y la investigación médica se han orientado a buscar todos los determinantes genéticos y medio-ambientales responsables del apareamiento de estas patologías pero no han puesto el dedo en la llaga en relación con la desigualdad.

A manera de conclusión entonces y luego de la discusión en relación con la epidemiología de la Demencia, la llamada de atención sobre la desigualdad y su potencial efecto devastador como factor de riesgo independiente y el impacto de las leyes en las políticas públicas es necesario reflexionar pero sobre todo actuar de manera urgente en la acción del derecho y el real ejercicio de derechos para las personas de tercera edad. Evitar la visión social de relegación y de minimización de quienes en edades avanzadas de vida siguen siendo personas<sup>15</sup>, de quienes a pesar de algunas limitaciones (en particular en las etapas iniciales de Demencia) pueden todavía ejercer autonomía aunque por sus propias condiciones biológicas en el curso

---

<sup>14</sup> Palomino Moral, P., Grande Gascón, M., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional De Sociología*, 72 (Extra\_1), 45-70. doi: 10.3989/ris.2013.02.16

<sup>15</sup> Casado, M., Rodríguez, P., & Vilà, A. (2016). Document sobre envelliment i vulnerabilitat. Retrieved from <http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents/08532.pdf>

de los años finales presenten mayor riesgo de vulnerabilidad o de dependencia en comparación con otros grupos etéreos.

El apoyar y sustentar no implica reemplazar y por ello la sociedad tiene la obligación de mantener la visión de respeto hacia los enfermos de Demencia así como la obligación de otorgar dignidad a la vida y por sobre todo considerar las condiciones en las cuales estas personas decidan vivir, sin desechar la discusión necesaria de la decisión de cuándo terminarla; discusión todavía no caminada en esta región planetaria aunque países como Colombia han abierto ya las puertas para hacerlo<sup>16</sup>.

En opinión personal del autor, el principalismo no parece ser suficiente para responder ante tanta interrogante, pero sobre todo se ha convertido en rehén de la regresión. Mientras en países como el Ecuador, las instituciones llamadas por obligación deontológica a responder los problemas y enfrentarlos con entereza y a la luz de los derechos universales sigan burocratizando la Bioética<sup>17</sup> y llevándola a la edad media en la cual la consideración de acción es la caridad y no el marco de derechos, no habrá posibilidad de encontrar la luz al final del túnel. La Bioética por sí misma se impone el deber de la protección y la obligación de establecer guías suficientes y pertinentes; la discusión contemporánea, cultural, humana pero sobre todo en el marco universal debe permitir que las líneas de acción y las políticas de protección respeten la vocación solidaria de las sociedades plurales de avanzada. Si no se establecen estas pautas y la academia, los profesionales y la sociedad misma siguen presas de opiniones de expertos guiados por intereses de grupo o burócratas insensibles ningún avance será posible y la gente común seguirá esperando la real vivencia de los derechos y el marco de protección prometido.

---

<sup>16</sup> Torrado, S. (2018). *Colombia reglamenta la eutanasia para niños y adolescentes*. *EL PAÍS*. Retrieved 22 April 2018, from [https://elpais.com/internacional/2018/03/10/colombia/1520696972\\_962348.html](https://elpais.com/internacional/2018/03/10/colombia/1520696972_962348.html)

<sup>17</sup> Tealdi, J. (2014). ¿Qué hacer? Los desafíos de la bioética en América Latina. *Revista Patagónica De Bioética*, 1(1), 61-69. Retrieved from <http://bioetica.saludneuquen.gob.ar/RPB001.pdf>



## Sección Conversando comunitariamente

### Salud mental, Derechos Humanos y comunidad

Lic. Claudio Martínez<sup>18</sup>

La configuración del campo de la Salud Mental se presenta como un territorio intelectual desde el año 1953, año en que la Organización Mundial de la Salud introduce en la Asamblea de las Naciones Unidas un giro en los servicios psiquiátricos hacia la Salud Mental como un sistema que hace eje en los servicios de hospitales generales.

Aquí el concepto de campo es tomado de la idea de Bourdieu en términos de apertura e inclusión progresiva. Desde esta perspectiva hacer Salud Mental se relaciona con gestionar los problemas de la existencia de la vida en común.

La estructura del campo de la Salud Mental está basada en un sistema jurídico especial, las leyes de Salud Mental, los servicios de salud públicos y privados y una relación triangular entre el Estado (formulación de los planes curriculares), profesionales y los sistemas culturales (usuarixs).

Para que se comprenda cuáles son los aportes de un cambio de paradigma jurídico, y sus implicancias ético políticas, es necesario realizar una breve reseña acerca de cuál ha sido a lo largo de la historia el modelo de atención psiquiátrico. Si en un primer momento la patología de la época (demencia), era abordada por la disciplina medicina mental, el profesional habilitado para abordar esta patología era el médico y la teoría que sustentaba esa práctica era la nosografía. La prácticas eran físicas, biológicas, quirúrgicas, farmacológicas. La institución pensada para atender a estas personas diagnosticadas con demencia era el hospital psiquiátrico. Se comenzaba a conformar así una nueva subjetividad.

Es desde estos cambios de paradigmas que es importante hablar aquí de cuáles han sido los indicadores de la reforma que plantea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Algunos de ellos son, la sustitución del concepto de enfermedad mental por el de *sufrimiento psíquico*, el concepto de *interdisciplina*, la defensa del *equipo de salud* y las teorías que sustentan las prácticas en Salud Mental (antropológicas, sociológicas, psicoanalíticas y psicológicas). Pasaremos a puntualizar algunas de las categorías centrales para comprender el proceso.

---

<sup>18</sup> Docente de la asignatura Salud Pública y Comunitaria de la carrera de Psicología y como Vicedecano de FACE. Saludos.

## **Salud Mental y Comunidad**

El término comunidad hace referencia a un sujeto con capacidad para vivir en común; con capacidad de lazo social; entendiendo por lazo social a una construcción psíquica muy precoz, en donde hacemos referencia a una dimensión subjetiva que tiene que ver con la capacidad de construir vínculos con otros. Esta dimensión subjetiva es emocional, afectiva y de lenguaje.

Cuando hablamos de comunidad, nos referimos a la relación social entre personas. Entonces en el marco de la Salud Mental Comunitaria, pensar la **rehabilitación** será pensar en procesos de construcción de la capacidad de integrarse a la vida en común con otros.

### **Desinstitucionalización**

Significa salir de la institución psiquiátrica para construir una vida con otros. Es importante aquí introducir el concepto de subjetividad. Husserl, desde la Fenomenología Moderna, plantea que la subjetividad no es un sujeto en el sentido de lo que subyace; Husserl propone el concepto de subjetividad trascendental, el cual trasciende a los sujetos; es el mundo que habitamos fuera y dentro nuestro. La producción de subjetividad hace referencia a los sistemas culturales y simbólicos que producen una subjetividad distinta.

### **¿Dónde ubicamos la metodología y la investigación?**

En el marco de la psicoterapia, la relación es sujeto-sujeto, que se convierten en coautores de ese relato. En ese marco el saber del médico es una pretensión de saber: utiliza un

saber que no se tiene. La verdad es construida entre ambos, no es una verdad universal; se modifican las relaciones de poder, las relaciones de saber.

En la relación sujeto-sujeto, la verdad es una construcción histórica, se configura un espacio de comprensión, cuyo objetivo es el de producir lazo social; ese es el sujeto de la comunidad para nosotros.

Entonces, las técnicas son interdisciplinarias, la perspectiva es diferente del diagnóstico, las estrategias son en relación a la capacidad de vivir con otros y, el conocimiento se construye interdisciplinariamente; no hay captura disciplinaria.

La interdisciplina es profesional y también es institucional y sectorial; exige disolver el saber disciplinario. Aquí, el contexto social forma parte del texto; se relativiza el saber disciplinar en el trabajo en equipo.

La Ley es un sistema normativo que requiere de una política. No hay que confundir ley con política. Las políticas locales requieren planificaciones que se adecúen al Plan Nacional de Salud Mental.

### **Planificación**

La planificación normativa es nacional y depende de la Dirección Nacional de Salud Mental. La planificación estratégica local, son las estrategias que planifican los mismos servicios. La política de Salud Mental requiere de la articulación con las provincias. Es importante señalar en relación a la planificación estratégica local que la ideología de un servicio, es determinante de la demanda que

recibe. En los servicios de Atención Primaria de la Salud tiene que haber Servicios de Salud Mental.

### **Ley 26.657. Algunas consideraciones.**

En el Capítulo I la Ley los derechos y garantías de las personas que padecen sufrimiento mental.

En el Capítulo II plantea el concepto de Salud Mental como proceso multideterminado; esto es un cambio de paradigma en relación al concepto absolutista que planteaba la OMS en relación a pensar una salud en términos de un estado de completo bienestar.

La Ley 26.657 tiene prevista la creación de:

1. Una comisión interministerial como vigilancia política de la ley.
2. Un órgano de revisión.
3. La Unidad de Letrados.

Cabe aclarar aquí, que la Ley es de orden público; esto quiere decir que tiene vigencia en todas las jurisdicciones del país.

El Capítulo II de la Ley, incluye las adicciones, drogas legales e ilegales, se habla de uso problemático y, las adicciones pasan a ser una problemática de salud.

Se plantea el diagnóstico como algo que no coagule sino que describa una situación; tiene un uso provisorio y no tiene que haber amenaza de discriminación.

En el Capítulo IV se plantean los derechos de las personas, en donde los ensayos clínicos deben contar con el consentimiento informado. En

relación al trabajo de los usuarios; este debe ser retribuido. En lo que refiere a la modalidad de abordaje, la ley plantea que las acciones deben ser de inclusión social.

### **Dispositivos**

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 plantea cuáles son los dispositivos de inclusión social. Aquí algunos de ellos: consultorios ambulatorios, servicios integrales de salud locales, atención domiciliaria, trabajo interdisciplinario, supervisión, promoción y prevención, casas de medio camino, hospital de día, hogares, familias sustitutas, etc.

En el Art. 14 la Ley plantea que en ningún caso se permite las salas de aislamiento. Toda internación debe realizarse en sala común de hospital general.

El Art. 15 refiere al derecho a la integración social de las personas.

El Art. 16 plantea que la única clasificación posible es la que propone la OMS-OPS. Esta es el CIE-10, hasta que se construya una nueva herramienta de clasificación diagnóstica.

El Art. 20 nos habla de riesgo cierto e inminente, que es un concepto muy diferente al de peligrosidad que plantea el Art. 34 del Código Penal.

### **Políticas de ajuste y Salud Mental**

Las políticas de ajuste tienen como objetivo la fragilización y el control de los cuerpos. En primer lugar el ajuste es una política ejercida en base al poder que se tiene para implementarla. La rige un principio disciplinador y terror asentado en los

cuerpos. El poder es una fuerza disciplinadora bajo la amenaza de reinstalar el terror como método de control.

En segundo lugar el ajuste, es un ajuste impuesto de un sector sobre otro; profundiza las diferencias. En tercer lugar, los efectos de marginación y exclusión no son un efecto indeseado, son parte de una política buscada para el control de las poblaciones a través del disciplinamiento y la marginación. Se van generando grandes espacios de pobreza, en donde la respuesta a los cuales son los planes de seguridad social o policial.

En cuarto lugar, estas políticas están basadas en un consenso o respuesta blanda de los sectores afectados. Existe un control de síntomas de insubordinación a estos ajustes.

La construcción de poblaciones disciplinadas se realiza a través de un aparato técnico (medios de comunicación), un aparataje científico (disciplinas del hombre) y el terror como amenaza siempre presente.

### **Prácticas de control social sobre las poblaciones**

Las prácticas de control social sobre las poblaciones se manifiestan en el control de los movimientos migratorios, políticos y aduaneros; la construcción de mercados de trabajo para ciertos grupos sociales a través de la flexibilización laboral y un estado de incertidumbre permanente; los planes de Atención Primaria de la Salud para pobres, a través de la detección y el control de los grupos de riesgo, e infinitas prácticas donde se mezclan la

afirmación de un poder y la resistencia al mismo.

### **¿Qué acciones deberíamos realizar en el campo de la Salud Mental?**

Debemos contribuir a producir y expandir la contraefectuación a estas fuerzas que se apoderan de los cuerpos en la realización de una práctica de obediencia y sumisión. Otra propuesta es la construcción de dispositivos que permitan una expresión de las subjetividades presentes en historias de la vida cotidiana, las instituciones, las comunidades, los grupos y espacios superpuestos.

### **Acerca del poder**

El poder es local, es regional y es micropoder. ¿Será allí donde debe ser resistido? ¿Será en la creación de contrapoderes localizados de resistencia? donde la vida podrá encontrar otras formas de subjetivación. Considero que tenemos el deber ético de propiciar la creación de dispositivos que den ocasión a una reflexión en el caos y posibilite la potencia de la expresión en la incertidumbre.

Hay que poder pensar también en todas las iniciativas autogestivas en el campo de la salud, como los programas de una red popular en salud, los grupos de atención primaria, los programas de radios comunitarias; todas ellas resisten este social irreductible a las maquinarias de control y disciplinamiento.

### **Patologización del conflicto**

La patologización del conflicto se manifiesta en la caracterización de los sectores más diversos (extranjeros, suburbanos, drogadictos, locos, los sin tierra) como grupos de riesgo. Esto muestra la crueldad a que puede llevar la generalización de una caracterización de tipo patológica para reducir la existencia de procesos conflictivos y emergentes en la sociedad; cuyo fin es el establecimiento de un control permanente, traducido muchas veces en acciones sanitarias y pedagógicas.

Se naturaliza la existencia de bolsones de pobreza y miserabilidad; se transforma a esos grupos en objeto de saber económico, sanitario, sociológico o psicológico. Se les retira así cualquier tipo de expresión novedosa, que podría marcar una diversidad o un conflicto en relación a los tipos de subjetividad que requieren las políticas de ajuste.

### **Desmanicomialización**

La perspectiva manicomial se corresponde con la presencia en nuestra cultura de núcleos duros y retrógrados (corporaciones profesionales). Hay que poder pensar en la abolición de la ideología asilar que sustenta esa forma de vida. Los saberes en la perspectiva manicomializadora tienden a desarrollarse tratando de detectar quienes son los locos y como dotar al Estado de los instrumentos de este saber.

La perspectiva desmanicomializadora plantea que es la sociedad a través de sus instituciones, quien debería hacerse

cargo de la segregación de la locura que ella misma produjo y, ofrecer instrumentos de integración a la marginalización en que la locura arrojó al sujeto.

Antes de plantear el fin del manicomio hay que desarrollar y garantizar los mecanismos administrativos que se hagan cargo de esta problemática y, prevenirnos en relación a las soluciones economicistas y oportunistas de los personeros del ajuste que están interesados en quitar sus responsabilidades al Estado de su función social.

Pensar la desmanicomialización se trata de una afirmación en lo singular, de lo múltiple, de las diferencias a que nos obliga la producción de un pensamiento que pueda dar cuenta de la complejidad que convoca la problemática de la psicosis. Se trata de la afirmación de una micropolítica, en cuanto se dispone enfrentar los riesgos de demolición que estas propuestas arrastran intentando asociarse o gestando grupos que puedan hacer frente a las nuevas situaciones vitales que deban enfrentarse.

Es el propio cierre del manicomio, el que va a forzar la producción de nuevas formas de enfrentar la problemática que estos pacientes le plantean a la sociedad. Hay que poder pensar la creación de dispositivos que posibiliten la reinscripción deseante y productiva de estos pacientes desinternados y por internar. Cerrar o terminar con el manicomio es un complejo proceso que incluye el riesgo de la mayor decadencia y demolición para estos pobres de toda pobreza que habitan las instituciones asilares.

Es en este sentido que el **principal aporte de la psicología** en relación al tema de la Salud Mental y Derechos Humanos es poder mostrar a los políticos y los juristas la ignorancia que significa mantener el concepto de peligrosidad con el que se caracteriza a estos pacientes, que da lugar a que se justifique la pérdida de los derechos de ciudadano. Una política de Salud Mental deberá estar dirigida a facilitar y posibilitar la gestación de nuevos territorios existenciales que corren riesgos y nos hacen correr riesgos. En ese sentido, los programas deberían estar orientados a contraefectuar la producción de posiciones ambivalentes que las políticas de ajuste promueven en nuestra propia subjetividad.

Para finalizar, quisiera enfatizar que **el rol de las instituciones de salud** debe dar cuenta de una demanda que lleva la necesidad política y el desafío teórico de posibilitar una reconstrucción mínima del tejido social, pensando y produciendo dispositivos que eviten la fragmentación y la vulnerabilidad creciente a que se ven expuestos sus agentes.



**Desde acceso abierto**

## **APORTES PARA UNA PSICOLOGÍA DE LA LIBERACIÓN FEMINISTA<sup>19</sup>**

Andrea Stefania Sierra Bonilla<sup>20</sup>

Sí, era varón, europeo, religioso y además sacerdote, algunas de las características por las que a muchxs nos costaría pensar y edificar puentes entre lo que él, Ignacio Martín Baró, denominó como psicología de la liberación y lo que conocemos como psicología feminista. Pero como de imaginar mundos otros se trata, me he propuesto relatar, mediante la escritura, una articulación que seguramente muchas y muchos hemos pensado ya, y que en la praxis de nuestras profesiones e implicancias nos viene muy bien para celebrar encuentros, forjar resistencias y acompañar luchas en una América que hoy lo pide a gritos.

---

<sup>19</sup> Una primera versión de este artículo fue publicada en la revista Cruce, en la edición especial dedicada a Ignacio Martín-Baró (15 nov. 2018)

<sup>20</sup> Docente e investigadora de la Universidad Nacional del Comahue, maestranda en Investigación e Intervención Psicosocial Universidad Nacional de Córdoba (UNC)

Estas letras emergen en el medio de mi trayectoria como migrante, y como mujer, como psicóloga habitada por ausencias y utopías en esto que llaman academia... Este texto no pretende, en lo absoluto, ser prueba irrefutable o guía definitiva de la muestra de dos corrientes teóricas que se potencian al encontrarse, tan sólo busca retratar, de forma breve y provocativa, dos palabras que nunca antes habían movilizadado tanto a la disciplina psicológica: liberación y feminismo.

### **El inicio: de cómo la Psicología antecedió el concepto Liberación.**

Realizar una psicología de la liberación exige primero lograr una liberación de la psicología.

-Ignacio Martín

Cerca de las últimas tres décadas del Siglo XX la Psicología logra un intercambio de gran relevancia, pues en medio de un álgido contexto latinoamericano, surge un encuentro entre la Psicología y la teología de la liberación, y es así como un hombre rodeado de sentires y vestido de psicólogo, revierte lo que hasta ese entonces se conocía como psicología. Era El Salvador, un lugar atravesado por las diferentes formas de desigualdad y guerra para ese entonces, y en el medio estaba Baró encarando la demanda por otro tipo de Psicología, denuncia que probablemente leía en las miradas de lxs salvadoreñxs en tiempos aquellos.

Si queremos que la Psicología realice algún aporte significativo a la historia de nuestros pueblos, si como psicólogos queremos contribuir al desarrollo de los países latinoamericanos, necesitamos replantearnos nuestro bagaje teórico y práctico, pero replanteárnoslo desde la vida de nuestros propios pueblos, desde sus sufrimientos, sus aspiraciones y luchas. (Baró, 2006: p. 11)

La anterior afirmación marcó sin duda otro comienzo para la psicología, sobre todo para la psicología social preocupada por grupos y pueblos, centrándose por sobre todo en las vidas cotidianas más desiguales y oprimidas, actuando en la realidad, alentando más a un intervenir en la acción, en la praxis, y no solamente aferrarse a la teoría. Son varixs lxs autores que coinciden en el significativo aporte de la psicología de la liberación para la comprensión de un proyecto amplio, de teoría y práctica liberadora que nace en contextos de trabajo para y con las poblaciones oprimidas en

toda América latina; un proyecto que acentuó en el continente latinoamericano una corriente teórica pensada desde y para su propio contexto.

Replantearse el verdadero rol de una psicología en pos del bienestar de las comunidades significó una metamorfosis de gran valor para la disciplina, y con ella para cada una de las psicólogas que, a la voz de Baró, fueron despojadas de un status científico ubicado en el laboratorio para comprender que en la calle y con la gente también se hace psicología, pues como bien replicaba Baró: “la psicología latinoamericana debe descentrar su atención de sí misma, despreocuparse de su status científico y social y proponerse un servicio eficaz a las necesidades de las mayorías populares” (Baró, 2006: p. 11)

Asimismo, la psicología de la liberación sirvió como sostén, si se quiere, para la consolidación de otras áreas de la disciplina psicológica, como es el caso de la Psicología Comunitaria, que en el accionar y pensar latinoamericano logró articulaciones importantes con la psicología de la liberación.

### **Feminismo en las calles y las universidades de América Latina y el Caribe: ¿puede hablarse de una psicología feminista?**

Hemos borrado las fronteras recorriendo nuestros caminos, atravesando el mar, colando, para reencontrarnos aquí en la solidaridad de mujeres que luchamos, no sintiéndonos extranjeras por nuestras diferentes nacionalidades, nuestras culturas, nuestras lenguas. Hemos logrado romper estos esquemas de pertenencia a un país, a un padre: lo que nos puede hacer sentir extranjeras es el Discurso!

-Mujeres en el I Encuentro Feminista de Latinoamérica y el Caribe.  
Bogotá, Colombia. 1982

Lograr una conceptualización del feminismo no resulta una tarea fácil, ni del activismo, ni de la investigación feminista, para muchas mujeres son letras corporizadas ya, difíciles de trasladar a un papel, a un artículo, pero que sin duda vale la pena hacerlas escritura en el intento de dibujar miradas y escenarios otros.

Los diferentes movimientos sociales en América Latina y el Caribe han tenido, sin duda, un papel protagónico en luchas y resistencias, pues en contextos de absoluta desigualdad son varios los que han levantado su voz pese a la profunda

represión; así se han conformado, con décadas de historias, los movimientos de mujeres que bajo un ideal feminista encaran la exigencia y denuncia por la igualdad y equidad de género. Muchas de estas luchas condicen con algunos supuestos de la psicología habilitando así caminos de andanza conjunta “la relación entre psicología y feminismo ha sido persistente, continua y productiva en el tiempo, tomando distintas formas, dependiendo de las contingencias históricas y geográficas” (Reyes, Mayorga & Menezes, 2017: p. 1)

En palabras de Ferrer y Bosch (2003: p. 253):

Cuando hablamos de Psicología feminista nos referimos al intento de desmitificar la pretendida neutralidad del conocimiento psicológico y de cuestionar los valores, prejuicios y estructuras de autoridad académica y científica tradicionales, poniendo de manifiesto el androcentrismo subyacente a una buena cantidad de presupuestos de la Psicología tradicional y cuestionando por tanto sus resultados y conclusiones.

En este sentido, existe un escenario en el que convergen y se potencian de una forma muy interesante lineamientos claves de la psicología de la liberación, y la psicología feminista ya que, parafraseando a las autoras anteriormente citadas, investigar realidades emergentes en función de las transformaciones sociales, así como abordar contextos marcados por fuertes formas de violencias, desigualdades y opresiones es un desafío que demanda un gran compromiso ético-político, y en esta perspectiva la articulación feminismo y psicología condicen en consideraciones de tipo epistemológicas y metodológicas.

Como ya lo mencioné en apartados anteriores uno de los grandes intereses de la psicología de la liberación fue el trabajar en pos de los pueblos oprimidos, acento que retomó parte de la psicología comunitaria en su trabajo con comunidades, y que hoy fundamenta, también, gran parte de la intervención feminista en contextos cuyas realidades de diversas mujeres son marcadas por múltiples violencias y desigualdades. Cualquiera de las formas de trabajo y acompañamiento con estas personas y comunidades requiere ese compromiso ético y político, también enunciado ya por la psicología de la liberación, la psicología comunitaria y el feminismo.

El concepto de género, central para los feminismos, también ha permitido otras lecturas y articulaciones con la psicología, tal es el caso, por ejemplo, de la categoría *interseccionalidad* definida a la voz de Crenshaw (1989) como “la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas con el fin de mostrar las diversas formas en que la raza y el género interactúan para dar forma a

complejas discriminaciones de mujeres” (p. 139). Concepto aportado por los feminismos y que permite dimensionar la relación con la psicología comunitaria, pues en nuestro trabajo con comunidades y grupos nos encontramos con personas rodeadas de múltiples opresiones, muchas de estas mujeres que hoy son lideresas sociales, cabezas de hogar, víctimas de conflictos armados, guerrilleras o miembros de grupos armados al margen de la ley, víctimas de crímenes de Estado, referentes sociales importantes en sus pueblos, presas políticas; y esas tantas que inventan mareas verdes para gritar que aquí estamos, en la defensa de nuestros cuerpos y de nuestras vidas. Realidades que, sin duda, modificaron el panorama de lo que años atrás observaba Baró alentando su llamado por otro tipo de psicología, esa pensada por y para la liberación del pueblo, pero que no dista tanto de lo que hoy sentimos llamar también psicología.

Liberar al pueblo sugiere entonces armarse contra los efectos y vestigios del neoliberalismo que hoy nos atraviesa; el feminismo no es solo una forma de operar en contra de la opresión de género, hoy es también una estrategia para repensar el racismo, la xenofobia, la pobreza. Acciones que acompañaría muy bien la psicología, potenciándose así una perspectiva teórica que busca entonces ya no sólo la liberación sino la justicia social.

Montenegro y Balasch en el año 2011 enunciaron la relevancia de adoptar en nuestras miradas una "perspectiva situada", que más que un modelo de intervención, propone una lectura crítica de los aspectos básicos relacionados con qué significa intervenir, qué agentes están definidos como adecuados para intervenir y para ser intervenidos, cómo se define el conocimiento válido para poder legitimar ciertas formas de intervención social y cuáles son las principales implicaciones que pueden tener los modelos imperantes de intervención social. Perspectiva que consolida la praxis de una verdadera psicología de la liberación actual; quizá si tuviésemos presente esta lectura crítica en nuestras acciones o en nuestros modos de intervenir tendríamos otra forma de relación con la comunidad, probablemente esa que soñó Baró, pensada por y para la liberación del pueblo.

## **Revertir prácticas para existir y construir.**

*La vida está en gran parte compuesta por sueños.*

*Hay que unirlos a la acción.*

Anaïs Nin

No son numerosas las ocasiones en las que nos detenemos para repensar y deconstruir nuestras prácticas; este termina siendo un ejercicio cada vez más necesario para el trabajo con comunidades, con subjetividades. Encuentro en otras apuestas teóricas aportes interesantes para la permanente construcción de la psicología social comunitaria, recrear la apuesta de Baró por una psicología contextualizada en y desde nuestro continente requiere una lectura permanente de nuestra realidad, y esto conlleva, fundamentalmente, una crítica por la ola Neoliberal que amenaza vidas diversas: la libertad de migrar, el derecho a ser mujer-es, el derecho a vivir dignamente aun cuando continúan llamándonos 'minorías', el derecho a una auténtica justicia social.

Baró descentralizó la idea de una psicología pensada desde las "ciencias duras" caracterizada por adjetivos propios del universo masculino: objetiva, distante, fuerte. Conmovido por la realidad en la que se hallaba inmerso empezó a pensar en una psicología otra, capaz de acercarse, de estar en la calle, de ir a lo que el Estado abandona en la periferia de lo marginal. Hoy quizá sea momento de conmemorar la lucha de esa persona que habitó los barrios de El Salvador, y celebrarlo en el intento de ver desde sus anteojos pero décadas después: una América que hace cuerpo su lucha pese a la represión en las calles, un continente que día a día en sus luchas cotidianas busca deconstruir la categoría género, habilitando escenarios, y aunque no gubernamentales, sí necesarios para las luchas de mujeres y otras disidencias sexuales, una América que se descoloniza y abraza eso de lo que fuimos despojados.

Hoy dimensiono la relevancia de apostar por otras formas de pensar, de accionar, de participar y acompañar, o en términos de las epistemologías feministas: "la capacidad de soñar e imaginar con otras formas de pensar que nos ayuda a desarrollar nuevas formas de resistir a la imposición de la normalidad, los binarismos y la invisibilidad, que forman parte inherente de las sociedades capitalistas." (Platero, 2015, p. 90) Formas otras para pensar-nos conjuntamente un mundo posible, ese donde predomine una verdadera justicia social, quizá esto esté más cerca de una Psicología de la liberación y feminista en América latina y el Caribe.

## Referencias Bibliográficas

- Baró, I. (1986). *Hacia una psicología de la liberación*. El Salvador: Departamento de psicología, universidad centroamericana.
- Baró, I. (2006). Hacia una psicología de la Liberación. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 1(2), 7-14. ISSN 1851-3441
- Barrault, O (2010). *Vida intensa y Psicología Comunitaria*. Presentado en V foro Trabajo. Facultad de Psicología. UNC.
- Contreras, P & Trujillo, C (2017). Desde las epistemologías feministas a los feminismos decoloniales: Aportes a los estudios sobre migraciones. *Athenea Digital*, 17(1), 145-162.
- Crenshaw, K (1989). "Demarginalizando la intersección de la raza y el sexo: una crítica feminista negra a la doctrina de la antidiscriminación, la teoría feminista y la política antirracista", *Foro Legal de la Universidad de Chicago*: vol. 1989, artículo 8. Disponible en: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Ferrer Pérez, V. A. y Bosch Fiol, E. (2004). Violencia contra las mujeres. En E. Barberá e I. Martínez Benlloch (coords.) *Psicología y género*. Madrid: Pearson.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos aires: Editorial Paidós.
- Platero, R. (2015). ¿Es el análisis interseccional una metodología feminista y queer? En I. Medina, M. Luxán, M. Legarreta, G. Guzmán, I. Zirion & J. Azpiazu (Eds.), *Otras formas de (re)conocer: Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista*. (pp. 79-96). Donostia-San Sebastian: Hegoa.
- Reyes, M.I., Mayorga, C., & Araújo Menezes, J. (2017). Editorial Sección Temática Psicología y Feminismo: Cuestiones epistemológicas y metodológicas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16(2), 1-8.



## Artículos de Investigación

### **Prácticas comunitarias en salud mental orientadas a niños que viven en contextos de violencias y a sus familias.**

Dra. Marcela Alejandra Parra<sup>21</sup>

Mg. Gabriela De Gregorio<sup>22</sup>

Esp. Lorena Gallosi<sup>23</sup>

Esp. Silvia Morales<sup>24</sup>

Lic. Gabriela Bercovich<sup>25</sup>

Lic. Ximena Novellino<sup>26</sup>

Psic. Moira Ale<sup>27</sup>

Facultad de Ciencias de la Educación Universidad Nacional del Comahue.

[dispositivossaludmentalninios@gmail.com](mailto:dispositivossaludmentalninios@gmail.com)

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA “Dr. Abraam Sonis”, categoría ESTUDIO MULTICENTRICO, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación para la Salud. Convocatoria 2017-2018.

---

<sup>21</sup> Doctora en Psicología Social. Magister en Ciencias Sociales. Licenciada y Profesora en Psicología. Psicóloga del Centro de Atención Primaria de la Salud Parque Industrial de la Ciudad de Neuquén. Docente Regular e Investigadora de la Universidad Nacional del Comahue. E-mail: [marcelaalejandraparra@gmail.com](mailto:marcelaalejandraparra@gmail.com)

<sup>22</sup> Magister en Administración Pública, mención en Políticas de Salud. Licenciada en Psicopedagogía. Psicopedagoga del Hospital Francisco López Lima de la Ciudad de General Roca, Río Negro. Docente e Investigadora de la Universidad Nacional del Comahue. E-mail: [madegreg63@gmail.com](mailto:madegreg63@gmail.com)

<sup>23</sup> Especialista en Educación Infantil. Profesorado en Nivel Inicial y Maternal. Licenciada en Psicología. Docente e Investigadora de la Universidad Nacional del Comahue. Trabaja en Clínica de niños en consultorio privado. E-mail: [lorenagallosi@yahoo.com.ar](mailto:lorenagallosi@yahoo.com.ar)

<sup>24</sup> Especialista en Trabajo Social Forense. Licenciada en Trabajo Social. Equipo Interdisciplinario Juzgado de Familia Villa Regina, Río Negro. E-mail: [silmorademendi@yahoo.com.ar](mailto:silmorademendi@yahoo.com.ar)

<sup>25</sup> Licenciada en Ciencias Políticas. Jefa de Indicadores Sociodemográficos de la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén. Docente e Investigadora de la Universidad Nacional del Comahue. E-mail: [gabriela.bercovich@gmail.com](mailto:gabriela.bercovich@gmail.com)

<sup>26</sup> Licenciada en Psicología. Docente e Investigadora de la Universidad Nacional del Comahue. Trabaja en Clínica de niños en consultorio privado. E-mail: Trabaja en Clínica de niños en consultorio privado.  
<sup>27</sup> Psicóloga. Integrante Equipo de Investigación Universidad Nacional del Comahue. Trabaja en Clínica de niños en consultorio privado. E-mail: [moiragale@yahoo.com.ar](mailto:moiragale@yahoo.com.ar)

### **Resumen**

Este trabajo surge del proyecto de investigación Dispositivos de atención en salud mental orientados a niños. Estudio descriptivo en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén (2014-2016) cuyo propósito es caracterizar buenas prácticas en salud mental orientadas a niños. Se exponen algunos resultados parciales de la primera etapa del trabajo de campo que muestran que una de las situaciones más frecuentes en relación a las cuales intervienen los equipos de salud mental/ psicosocial está relacionada con la problemática de las violencias y sus múltiples dimensiones. Se presentan también reflexiones surgidas en la segunda etapa del trabajo de campo en las que se caracterizan algunas buenas prácticas de salud mental y se analizan el papel que juegan las prácticas comunitarias en tanto espacios que brindan a los niños y sus familias herramientas que los ayudan a hacer frente a las violencias cotidianas en las que viven.

**Palabras Clave:** Buenas Prácticas – Infancia – Dispositivos de Salud Mental – Prácticas Comunitarias – Violencias

### **COMMUNITY MENTAL HEALTH PRACTICES IN CHILDS ORIENTED LIVING IN CONDITIONS OF VIOLENCE AND THEIR FAMILIES.**

#### **Abstract**

This work stems from research project Devices mental health care aimed at children. descriptive study in Public Health Systems Black River and Neuquén (2014-2016) whose purpose is to characterize good mental health practices aimed at children s. some partial results of the first phase of field work showing that one of the most common situations in relation to which the teams involved mental / psychosocial health is related to the problem of violence and its multiple dimensions are exposed. also reflections that emerged in the second stage of fieldwork in some good mental health practices are characterized and the role of community practices in both spaces that give the children & their families tools to help analyze present to deal with violence in everyday living.

**Keywords:** Good Practices – Children – Devices Mental Health – Community Practices – Violence

## INTRODUCCIÓN

*Nadie libera a nadie, ni nadie se libera solo.  
Los hombres se liberan en comunión.*

Paulo Freire, Pedagogía del oprimido.

Este trabajo se desprende de los resultados parciales de la investigación sobre MODALIDADES DE ATENCIÓN Y ACTIVIDADES EN SALUD MENTAL ORIENTADOS A NIÑXS Y SUS FAMILIAS, un estudio descriptivo en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén, período 2014-2016 que estamos desarrollando desde un equipo interdisciplinario de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Comahue<sup>28</sup>.

La idea central en este escrito es evidenciar que una de las situaciones más frecuentes en las que intervienen los equipos de salud mental/salud psicosocial son las situaciones de violencia y las múltiples formas que éstas adquieren. Mediante las encuestas realizadas en la primera etapa de trabajo se pudo pesquisar con respecto al tipo de problemáticas o situaciones relacionadas a la salud mental que reciben los equipos de salud mental/salud psicosocial que: en Neuquén, el 100% de los encuestados respondió que reciben/asisten problemáticas vinculadas con la violencia familiar; en Río Negro el 91% dijo recibir situaciones relacionadas a las dificultades de crianza y a la violencia familiar (Gráfico 1).

Al mismo tiempo en este trabajo queremos plantear el papel que juegan las prácticas comunitarias promovidas y/o acompañadas desde el sector salud en tanto dichas prácticas brindan a los niñxs y a sus familias herramientas que lxs ayudan a hacer frente a las violencias cotidianas en las que ellxs viven.

En este marco podemos decir que algunas modalidades y actividades realizadas desde el sistema de salud mental/psicosocial se dirigen a abordar y prevenir la problemática de las violencias adquiriendo una impronta fuertemente comunitaria y colectiva que se inspira, entre otros, en los aportes de la educación autónoma y popular. De este modo, se generan prácticas comunitarias con compromiso que

---

<sup>28</sup> Equipo de investigación: Dra. M. Alejandra Parra, Mg. Gabriela De Gregorio, Esp. Lorena Gallosi, Esp. Silvia Morales, Lic. Ximena Novellino, Psic. Moira Ale y Lic. Gabriela Bercovich. Colaboradoras: Valeria Acevedo, Ximena Del Río Trila, Celina Deluchi, Adriana Vallejos y Laura Cordero.

respetan el contexto y la realidad cultural de los niños y familias con las que se trabajan.

Para explicar el contexto de esta investigación contaremos que las Políticas Comunitarias en Salud Mental son el resultado de la confluencia de dos corrientes de investigación y prácticas en Salud Pública, independientes entre sí, pertenecientes a ámbitos de saberes distintos y cuyos trabajos se realizan en contextos socioculturales diferenciados: por una parte, las corrientes de las llamadas Psiquiatrías Comunitarias desarrolladas en el marco de las políticas de desinstitucionalización y, por otra, la corriente de la Atención Primaria de la Salud (Armesto, M.A., 1996).

Tomando en cuenta estas dos grandes corrientes, pueden pensarse al menos dos posibilidades no excluyentes respecto a los modos en que pueden relacionarse la Atención Primaria de la Salud (APS) y la Salud Mental: la incorporación de acciones de salud mental en las prácticas de Atención Primaria de la Salud y la aplicación de los principios de la Atención Primaria de la Salud a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica (Stolkiner y Solitario, 2007). En ese marco, podríamos decir que el primer modo ha constituido la característica principal de la política de salud de la Provincia del Neuquén mientras que el segundo modo ha constituido el eje central de la política de salud mental de la Provincia de Río Negro.

## **SALUD MENTAL COMUNITARIA Y SALUD PSICOSOCIAL**

Los programas de salud mental del subsector público de Río Negro y del Neuquén tienen características muy distintas. Mientras el Programa de Salud Mental Comunitario rionegrino está organizado en función de la tarea de desinstitucionalización, la política de salud mental de la provincia del Neuquén está organizada según el modelo de APS.

Mapa 1. Zonas Sanitarias de las provincias de Río Negro y Neuquén

Año 2016

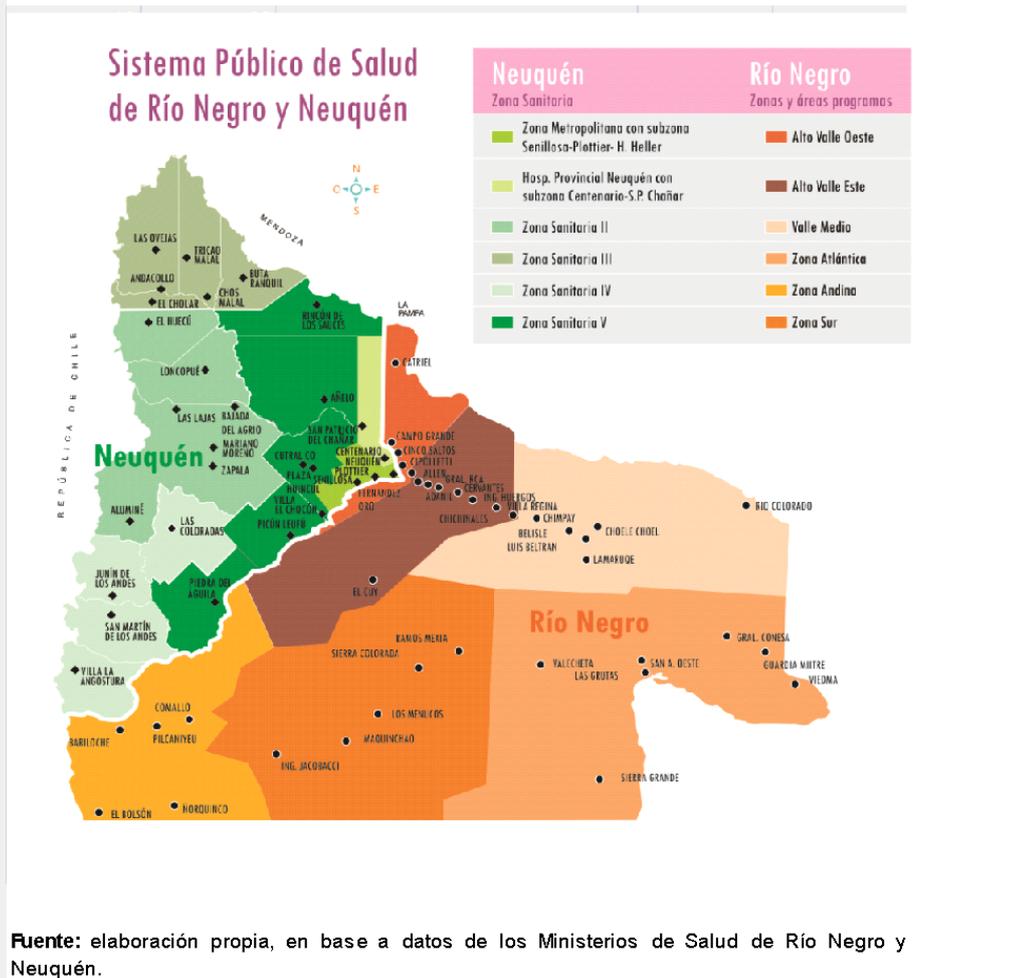


Tabla 1. Equipos de salud mental en las provincias de Río Negro y Neuquén

RÍO NEGRO	NEUQUÉN
Equipos Interdisciplinarios/Profesionales de Salud Mental Comunitaria en Hospitales Generales	Equipos de Salud Mental/Duplas Psicosociales en Hospitales Generales
Equipos interdisciplinarios no hospitalarios	Psicólogos y Trabajadores Sociales en Centros de Atención Primaria de Salud
<b>Total: 44 equipos</b>	<b>Total: 50 profesionales/equipos</b>

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la Encuesta DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ORIENTADOS A NIÑOS Y NIÑAS. Estudio descriptivo en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén. Período 2014-2015.

## **El cuidado de la salud mental infantil**

La situación en las provincias de Río Negro y Neuquén respecto al cuidado de salud mental infantil, no escapa a las problemáticas de escaso desarrollo y deficitaria planificación que han sido señaladas como características de la situación nacional en la misma área. La organización de la atención de la salud mental infantil es diferente en cada una de las provincias:

En Río Negro, la mayoría de los servicios de salud mental no poseen áreas diferenciadas de atención por edad, siendo que desde el Programa Provincial se ha promovido como lineamiento la atención de la persona en su singularidad, dentro de un contexto familiar y comunitario. A consecuencia de ello, no se conforman áreas diferenciadas de atención por una única variable (por ejemplo, edad). Por su parte, en Neuquén, la división organización/especialización de la atención de los profesionales por grupos etarios está establecida en los hospitales de mayor complejidad diferenciándose los profesionales que trabajan con adultxs de los que trabajan con niñxs y adolescentes.

## **LAS VIOLENCIAS COMO UNA DE LAS PROBLEMÁTICAS MÁS FRECUENTES EN RELACIÓN A LAS CUALES INTERVIENEN LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL/PSICOSOCIAL**

La violencia familiar ya no es un tema privado como lo era décadas atrás sino que es un problema social porque implica vulneración de derechos. Es también, según la OMS, un problema de salud debido no sólo a su dimensión epidemiológica sino también a la magnitud de la afección que implica a nivel de la salud integral. Se trata de una problemática compleja, con múltiples causas y que no puede ser resuelta a través de una sola intervención ni puede ser abordada por una sola disciplina ni institución.

En términos generales, la violencia puede ser definida como un proceso de control o de dominio que ocasiona daño visible e invisible. Se trata de un abuso de poder para lograr obediencia del otro. Se ejerce sobre el cuerpo, el pensamiento, la libertad, la sexualidad y la economía de la persona a subordinar.

Los niñxs que sufren de maltratos físicos o emocionales suelen recibir dichos maltratos de sus propios padres o de un cuidador. Dichos maltratos tienen impactos muy graves en sujetos que están en plena constitución de su subjetividad y pueden presentarse de las siguientes maneras:

**Maltrato físico:** un niño que presenta heridas visibles como quemaduras, mordidas, moretones y fracturas o se siente atemorizado cuando un adulto se le acerca, podría ser víctima de maltrato físico.

**Abuso sexual:** las víctimas de abuso sexual son forzadas a tener relaciones sexuales o reciben caricias inapropiadas por parte de un adulto. El sentirse incómodos al cambiarse de ropa puede ser una señal de que están siendo abusados.

**Abuso emocional:** un niño que sufre de abuso emocional es a menudo expuesto a vergüenzas y humillaciones públicas o privadas. También podría presentar cambios en su conducta y actuar de forma violenta.

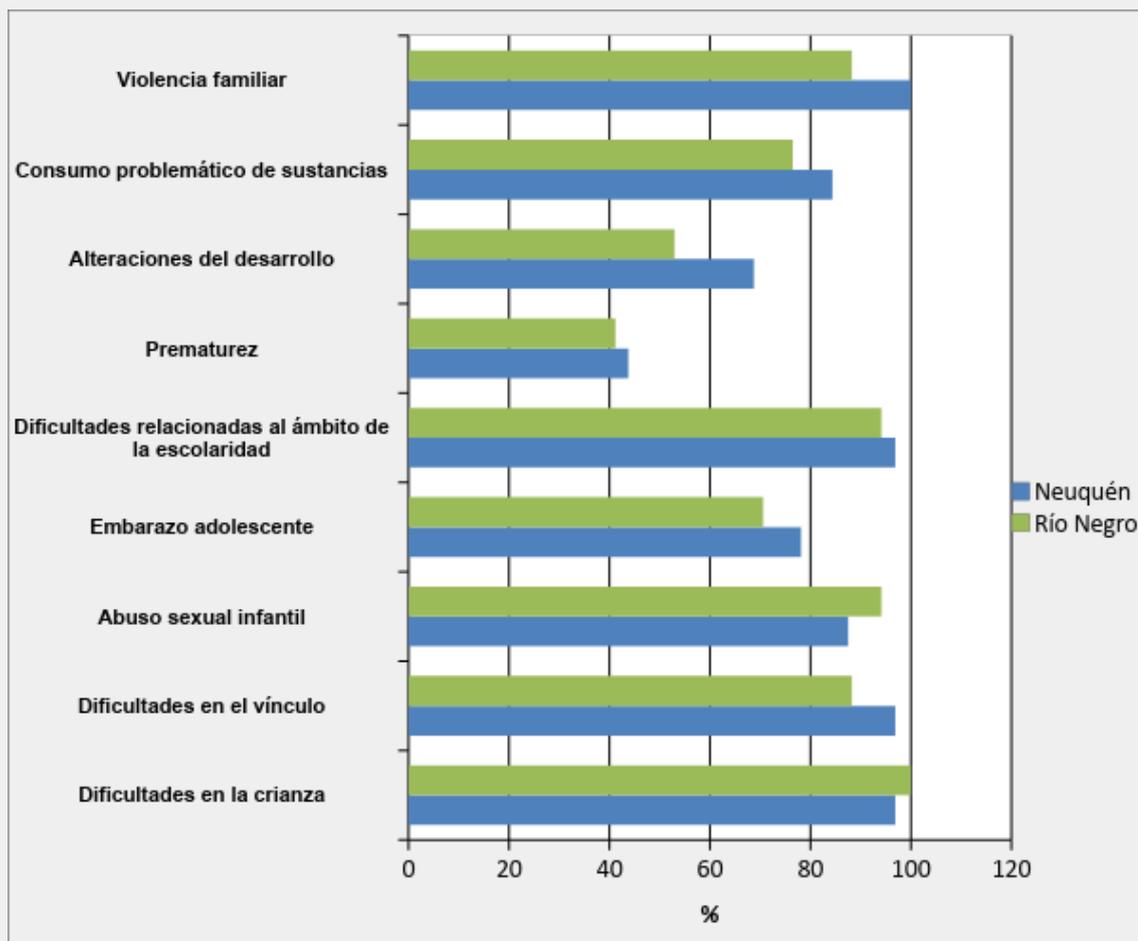
**Abandono o negligencia:** en casos de abandono el niño muestra signos de descuido en cuanto a higiene personal, vestimenta y problemas de salud debido a una mala alimentación.

A estas formas de violencias domésticas que nunca están desligadas del contexto social en el que se insertan sino profundamente articuladas con él se suman las violencias estructurales originadas fundamentalmente en las situaciones de injusticia social fruto del sistema capitalista en el que vivimos.

En este marco cobra relevancia el hecho de que, a partir de algunos resultados parciales de la primera etapa del trabajo de campo (Gráfico 1) podemos decir que, respecto al tipo de problemáticas o situaciones relacionadas a la salud mental que reciben los equipos de salud mental/salud psicosocial y que se grafican a continuación observamos que: en Neuquén, el 100% de los encuestados respondió que reciben/asisten problemáticas vinculadas con la violencia familiar y el 97% dijo recibir dificultades relacionadas a los procesos de crianza, al vínculo padres-hijos y al ámbito de la escolaridad; en Río Negro el 94% de los encuestados expresó que reciben/asisten situaciones relacionadas a las problemáticas en el vínculo padres-hijo mientras que el 91% dijo recibir situaciones relacionadas a las dificultades de crianza y a la violencia familiar.

### **Gráfico n° 1**

**Tipo de problemáticas y/o situaciones relacionadas a niños, sus familias y embarazadas/familias gestantes recibidas por profesionales/equipos de salud mental/salud psicosocial según provincia, período 2014-2015.**



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de la Encuesta DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ORIENTADOS A NIÑXS. Estudio descriptivo en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén. Período 2014-2015.

### **MODALIDADES DE ATENCIÓN Y ACTIVIDADES ORIENTADAS A NIÑXS Y SUS FAMILIAS**

Como parte de la primera etapa del trabajo de campo se relevaron también los dispositivos –modalidades de atención y actividad de salud mental/psicosocial orientadas a niños y sus familias existentes en las dos provincias que forman parte del estudio.

A partir de dicho relevamiento podemos decir que en ambas provincias una gran diversidad de actividades y modalidades de atención no sólo de carácter individual o familiar sino también grupal y comunitaria (talleres acerca de diferentes temáticas, grupos terapéuticos, participación en redes locales, proyectos comunitarios etc.). (Tabla 2).

Tabla n° 2:

**Modalidades de Atención y Actividades orientadas a niñ@s y sus familias, años 2014-2015.**

Modalidades de atención y actividades relacionadas a la salud mental de niñ@s, sus familias y embarazadas/familias gestantes realizadas desde el equipo/servicio en los años 2014 y 2015 según provincia

Modalidades	Neuquén	Río Negro
	%	
Admisiones	94	94
Psicodiagnóstico	31	16
Acompañamiento durante la internación	59	69
Recepción/ contestación de oficios judiciales	84	91
Talleres /Crianza	34	31
Grupos Terapéuticos	34	19
Grupo Psicoprofilaxis Quirúrgia	3	3
Proyectos comunitarios	44	56
Consultorio de Escuelas Primarias	13	19
Orientación y seguimiento	75	88
Intervención en crisis	91	84
Participación en audiencias judiciales	47	59
Consultorio de lactancia	6	9
Casita Arco Iris	16	0
Grupo de papás de bebés internados en neonatología	6	3
Grupo para trabajar el vínculo temprano	16	22
Redes	59	72
Psicoterapia	81	94
Interconsultas	75	94
Visitas domiciliarias	56	81
Consultorio de desarrollo	9	6
Grupos Terapéuticos Niñ@s Testigo de Violencia	9	3
Acompañamiento en la atención del niñ@ sano	22	38
Talleres con padres y niñ@s en jardines de infantes	13	38
Espacio Lúdico en Sala de Espera	28	19
Rincones de lectura	0	3
Grupo de ayuda mutua	0	9
Actividades sala de espera	9	38
Taller embarazadas y/o familias gestantes	41	22
Visitas domiciliarias pre y post natales	28	63
Acompañamiento consulta embarazadas y/o flias gestantes	31	41
Otros talleres	63	53

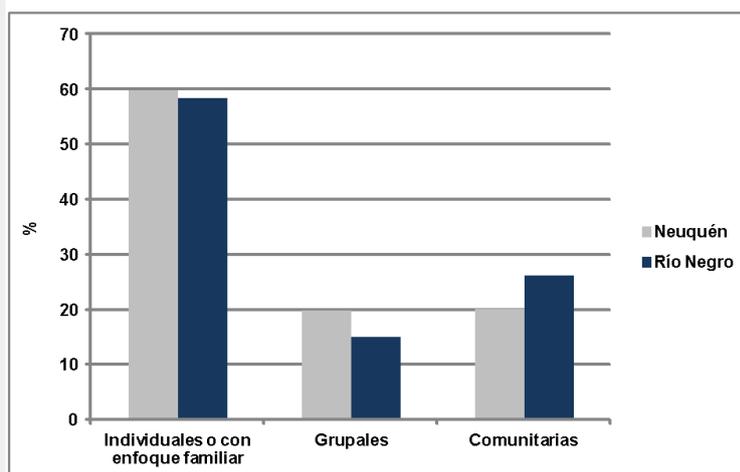
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ORIENTADOS A NIÑOS Y NIÑAS. Estudio descriptivo en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén. Período 2014-2015.

Dentro de dicha diversidad, cabe destacar aquellas modalidades de atención y actividades desarrolladas por la mayoría de los equipos: admisiones (94% en ambas provincias), psicoterapia (81% en Neuquén y 94% en Río Negro) e interconsultas (75%

en Neuquén y 94% en Río Negro). Asimismo, otras modalidades de atención que son desarrolladas en ambas provincias por gran parte de los equipos encuestados son: la intervención en crisis (91% en Neuquén y 84% en Río Negro), la recepción/contestación de oficios (84% en Neuquén y 91% en Río Negro) y la orientación y el seguimiento (75% en Neuquén y 88% en Río Negro). A las mencionadas, siguen las visitas domiciliarias (56% en Neuquén y 81% en Río Negro).

Por otra parte, ensayamos una clasificación de las modalidades de atención y actividades en salud mental/psicosocial basándonos en el tipo de abordaje puesto en marcha -fundamentalmente individual o familiar, grupal y comunitario- en función de poder visualizar aquellas modalidades de atención a las que recurren la mayor parte de los equipos y aquellas a las que recurren una menor parte de ellos. (Gráfico 2.)

**Gráfico 3.**  
Modalidades de atención y actividades relacionadas a la salud mental de niños, sus familias y embarazadas/familias gestantes realizadas por los profesionales/equipos de salud mental/salud psicosocial según provincia, período



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ORIENTADOS A NIÑOS Y NIÑAS. Estudio descriptivo en los Sistemas Públicos de Salud de Río Negro y Neuquén. Período 2014-2015.

En este marco podemos decir que, tanto en el Sistema de Salud de Neuquén como en el de Río Negro, las modalidades de atención y actividades a las que recurren la mayor parte de los equipos (alrededor del 60%) son predominantemente individuales o con un enfoque familiar mientras que las modalidades de atención y actividades a las que recurren una menor parte de dichos equipos son comunitarias (20% en Neuquén y 26% en Río Negro) o grupales (20% en Neuquén y 15% en Río Negro). En ese sentido, aunque porcentualmente tienen más peso las actividades individuales y familiares, no deja de ser muy significativo el porcentaje de actividades colectivas entre las que incluimos las actividades grupales y comunitarias.

## **EL CONCEPTO DE BUENAS PRÁCTICAS Y LA PROPUESTA DE LA EDUCACIÓN POPULAR**

El concepto de Buenas Prácticas busca sistematizar experiencias exitosas que puedan ser aplicables y transferibles a otras realidades. Se refiere a acciones cuyos resultados han sido positivos y que por este motivo, pueden ser consideradas como modelos, guías e inspiración para futuras actuaciones (Burijovich, 2011).

Algunos criterios para elegir las experiencias que vamos a compartir y que hemos designado Buenas Prácticas destacan su carácter colectivo, la promoción de transformaciones sociales y la divulgación de los derechos humanos, la optimización de recursos, la sostenibilidad en el tiempo, la accesibilidad, el carácter participativo, su integralidad e intersectorialidad, entre otras. Todas implican respuestas a problemáticas/demandas relevantes en la comunidad con carácter asistencial-preventivo-transformador e inclusivo, que comparten el sentido y la razón esencial de la Educación Popular.

La Educación Popular, por su parte, es un enfoque filosófico y pedagógico que entiende la educación como un proceso participativo y transformador en el que el aprendizaje y la conceptualización se basan en la experiencia práctica de las propias personas y grupos que participan participantes en procesos de formación. Parte de la autoconcienciación y comprensión de los participantes acerca de los factores y estructuras que determinan sus vidas y pretende ayudarles a desarrollar las estrategias, las habilidades y las técnicas necesarias para llevar a cabo una práctica orientada a la transformación de la realidad.

De esta forma, la educación se entiende como un proceso transformador en el que las propias personas que participan son los actores fundamentales. El proceso transformador se retroalimenta y redefine continuamente en la medida que se avanza en el proceso de transformación. Se trata de reconocer críticamente la realidad y la propia práctica (personal y social) y de desaprender; de deconstruir viejas prácticas y construir nuevas formas de actuar tanto en lo personal como en la realidad social.

Algunas características de la educación popular son las siguientes: la diversidad de corrientes de pensamiento en las que se ha inspirado (humanismo, cristianismo de base y teología de la liberación, marxismo, etc.); su concreción práctica en un conjunto amplio y diverso de experiencias, así como el esfuerzo constante de conceptualización y profundización de sus fundamentos teóricos; la producción de nuevos instrumentos metodológicos y didácticos adecuados a los objetivos y la realidad de las personas a las que se dirige; la orientación consciente y permanente de su práctica educativa

hacia el reforzamiento de los procesos organizativos de los sectores populares, y su contribución al desarrollo de nuevas formas organizativas (comunitarias, cooperativas, sindicales, etc.); y la afirmación de la dimensión político-pedagógica de su intervención educativa.

La segunda etapa del trabajo de campo de la investigación comprende la selección de actividades según los criterios de buenas prácticas y la sistematización de dichas actividades. A continuación presentamos dos de esas experiencias.

## **EXPERIENCIAS COMUNITARIAS CON NIÑXS Y SUS FAMILIAS**

**Murguita barrial Trapitos de Colores. Una buena práctica en salud mental y una acción de resistencia creativa y de crítica social de y con niñxs y jóvenes que viven en contextos de pobreza.**

¿Qué es una murga?

La murga es una expresión popular, de barrio, que integra diferentes lenguajes expresivos. En ella conviven lo corporal, la música, la plástica, la palabra. Esta diversidad permite que cada participante pueda encontrar su lugar y sentirse participe. Las actividades principales tienen que ver con el baile, las canciones, el maquillaje, los instrumentos musicales, los accesorios, el estandartes, las banderas, etc. La murga es un filosofía de vida y una forma de crítica social que hace una apuesta por una forma solidaria de vivir en comunidad.

¿Dónde se realiza la murguita barrial Los Trapitos de Colores?

La posibilidad de convocar a los niñxs y jóvenes del barrio Confluencia -barrio de Neuquén capital signado por un fuerte contexto de violencia social- a la realización de una murga surge a inicios del año 2014 desde una iniciativa del área psicosocial del Centro de Salud ante la falta de espacios recreativos, la necesidad de ofertas culturales que se adecuen a la idiosincrasia de la comunidad y de espacios de sostén para los niñxs y jóvenes de esta zona.

¿Para qué se realiza?

El objetivo principal es brindar un escenario de sostén y pertenencia para los niñxs; ofrecer un espacio de aprendizaje de conceptos generales de música, ritmo y composición de canciones propias; y proponer una filosofía de vida que aporte herramientas para que niños, niñas y jóvenes hagan frente a las violencias desde un marco cultural propio.

A tres años de inicio la actividad, la murga se realiza como una actividad autónoma desarrollada por dos murgueros del barrio que articulan su trabajo con el equipo psicosocial del centro de salud y con talleristas que desarrollan actividades en la zona también destinadas a los niñxs y jóvenes.

Días y espacio en el que se realiza

La murga funciona todos los sábados en el playón o en la escuela de la zona del barrio. En ella participan unos veinte a veinticinco niños y jóvenes de 5 a 15 años priorizándose, en la convocatoria al espacio, a aquellos que se encuentran en situación de riesgo social y con menores posibilidades de accesibilidad a otras actividades.

Algunas reflexiones que surgen de esta experiencia

En este marco, entendemos a la murga Trapitos de Colores como una acción de resistencia creativa y de crítica social desarrollada por y con los niños y jóvenes que viven en contextos de violencia y como una buena práctica de salud mental/psicosocial que se acompaña desde el sistema de salud y que ofrece herramientas concretas para que los niños y jóvenes hagan frente a las violencias cotidianas en las que ellos viven.

### **Casita parque industrial: Para que la existencia de los hijos sea bonita**

¿Qué es?

Casa “Arco Iris” es un dispositivo colectivo preventivo-asistencial en salud mental destinado a los niños pequeños y a sus familias así como también una estrategia de asistencia y prevención de la violencia que se ha venido implementando en la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén (Centros de Salud Confluencia, Sapere, El Progreso, Valentina Sur y San Lorenzo Norte) desde el año 2004. En los últimos años, dicho dispositivo se ha venido desarrollando en el Hospital de Plottier y en los CAPS Almafuerte, Progreso, Bouquecito y Parque Industrial así como también se ha comenzado a implementar, por fuera del sistema público de salud, a través de Casa Esperanza. Actualmente, en Neuquén, este dispositivo se materializa en cinco lugares: dentro de la Zona Sanitaria Metropolitana, en el Hospital Plottier, en el Hospital Bouquet Roldán y en el Centro de Atención Primaria de la Salud Parque Industrial; dentro de la Zona Sanitaria III, en el Hospital de Aluminé; y, por fuera del sistema de salud público, en Casa Esperanza (B° Villa María del a Ciudad de Neuquén).

Este dispositivo tiene como propósito “humanizar al niño y la niña en las diferencias, descubriendo su potencial creativo y reconocerlo/a como sujeto desde que nace” y está orientado a abordar los problemas de la temprana edad a partir del respeto del niño como sujeto. Se basa en los ejes teóricos desarrollados por la pediatra y psicoanalista francesa Françoise Dolto y en la experiencia Casa Verde que

ella implementó así como también en el trabajo realizado por la Lic. Aída Ch. de Saks - junto a otros profesionales- en la Casa Verde de Buenos Aires.

#### ¿Para qué se hace?

Siguiendo los lineamientos de la Casa Verde Buenos Aires, podemos decir que los objetivos principales de este dispositivo son: 1) humanización – intermediación de la palabra;

2) prevención de la violencia; 3) socialización; 4) reforzamiento de la identidad; 5) internalización de los límites.

Específicamente, para el caso de Casita Parque Industrial, los objetivos planteados son los siguientes: a) ofrecer un abordaje psicoterapéutico colectivo que favorezca vínculos tempranos saludables desde el desarrollo de intervenciones subjetivantes y estructurantes; b) generar un espacio de humanización y subjetivación de los niños reconociéndolos como un otro válido a ser escuchado, con una historia e identidad propias; c) generar un espacio de confianza y escucha donde puedan ser expresados los sentimientos tanto de los niños como de los adultos; d) fomentar una maternidad y una paternidad bientratantes desde la escucha y la comprensión de las dificultades de los adultos cuidadores, que los padres puedan “ocuparse mejor de su hijo” a la vez que ayuda “a los niños a vivir un desprendimiento progresivo” ; y e) abordar y prevenir situaciones de maltrato.

#### ¿A quiénes está dirigido?

El dispositivo está destinado a niños pequeños de 0 a 6 años, sus familias y a embarazadas y/o familias que esperan un hijo y que se atienden en el CAPS Parque Industrial.

Los motivos de consulta a partir de los cuales los niños llegan al dispositivo son los siguientes: duelo por la muerte de abuelos/hermanita; no control de esfínteres/encopresis; problemas en el colegio (de aprendizaje, de relación con los compañeros, de mala conducta, etc.); dificultades relacionadas separación de los padres; problemas de conducta (pegar, prender fuego, etc.); fobias específicas; situaciones de violencia de distinto tipo (psíquica, física, negligencia, abandono, escaparse, etc.) dentro de las cuales también han llegado situaciones de abuso sexual infantil; dificultades en el lenguaje; inhibiciones varias; dificultades en la estructuración psíquica; regresiones (ante, por ejemplo, el nacimiento de un hermanito), etc.;

### ¿Quiénes lo hacen?

El equipo de trabajo está conformado por profesionales del centro de salud (psicóloga) y miembros de otras instituciones (psicólogos Programa Médicos Comunitarios; psicólogos que trabajan en el ámbito privado; psicólogos recién recibidos estudiantes de psicología de la Universidad Nacional del Comahue y de la Universidad de Flores; etc.) que colaboran en la zona. También se cuenta con la participación puntual de distintos miembros del equipo que quieran conocer y/o colaborar en la experiencia (residentes de pediatría hospital regional, pediatra, enfermerxs, trabajadorxs sociales, odontólogxs, nutricionista, médicxs generales, etc.) así como también la realización de pasantías y/o visitas puntuales de otras personas externas que quieren conocer esta modalidad de atención (residentes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria de la Provincia de Río Negro, agentes sanitarios en formación de la Provincia del Neuquén, psicólogos de otros centros sanitarios de la provincia, etc.).

### ¿Con qué elementos materiales?

Los materiales con los que se trabaja son diversos: juguetes (muñecas, autitos, trenes, avioncitos, elementos de cocina, animalitos, peluches, etc.); ladrillitos de distintos tamaños (grandes, medianos y pequeños); rompecabezas, dominó, memotest y otros juegos de mesa; lápices de colores, lápices acuarelables, témperas, pinceles y hojas blancas; masa de modelar; fuentón, protectores y juguetes especiales para trabajar con agua (vasitos, molino, barquitos, etc.); disfraces, carteras, máscaras, sombreros, lentes y telas; títeres y teatrillo; libros de cuento; colchoneta, manta y objetos de juego para bebés (sonajeros, aros de tela, etc.); cinta de papel; papel afiche y fibrones; etc.

### Algunas reflexiones que surgen de esta experiencia

Este dispositivo colectivo implica un trabajo en salud mental dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud que articula el trabajo clínico con la perspectiva comunitaria a la vez implica una estrategia de asistencia y prevención de la violencia.

¿Por qué decimos que trabajamos desde una perspectiva comunitaria? porque es un lugar de referencia para los profesionales del centro de salud (pediatra, médicos generales, trabajadora social, enfermería, etc.) y las instituciones de la comunidad (jardín, escuela, defensoría, etc.); porque es un espacio disponible que facilita la accesibilidad a la atención en salud mental de las familias que tienen niñxs y la continuidad del tratamiento; porque es un espacio doblemente colectivo porque

estamos un equipo de profesionales con varios niñxs y sus familias; porque es un espacio abierto a la comunidad donde pueden venir lxs niñxs y las familias que quieran; porque es un espacio que las familias saben que está y que funciona todas las semanas; porque es un espacio que da una respuesta colectiva alternativa a la alta demanda de atención de niños que llega al área de psicología del centro de salud; porque trabaja con una problemática comunitaria relevante a nivel epidemiológico: las situaciones de violencia familiar; por el carácter no sólo asistencial sino también preventivo de las intervenciones; por las relaciones comunitarias que se van generando y reforzando entre las mismas familias que asisten; porque es un espacio inclusivo donde las familias pueden ir no sólo con el niñx por el que consultan sino con sus demás niñxs.

¿Por qué decimos que este dispositivo es una estrategia de asistencia y prevención de la violencia? Porque trabaja con los momentos fundacionales de la constitución del psiquismo del sujeto, acompañando el proceso de separación/individuación del niño respecto a su madre y eso, según Doltó, es trabajar en la prevención de situaciones de violencia. Porque la puesta en palabras de lo que sucede, lo que preocupa, lo que hace sufrir; la escucha del otrx sin juzgar, así como la expresión de sentimientos alivia y libera evitando o disminuyendo la probabilidad de que aparezcan reacciones de intolerancia y conductas violentas. Porque se trabaja en función de que los vínculos sean saludables y de procesos de crianza sostenedores. Porque posibilita el encuentro entre grandes y chicos a través del juego y la palabra permitiendo no sólo el acompañamiento y la elaboración de situaciones difíciles sino la sublimación de pulsiones agresivas. Porque trabaja en la internalización no sólo de los límites como necesarios en el crecimiento y orientadores de lo que se puede y no se puede hacer sino en las normas de convivencia que nos rigen a nivel social y de los roles y funciones de adultxs y niñxs dentro de las familias. Porque se enfatiza el respeto a la identidad del niñx en toda su singularidad y el resguardo de su intimidad.

## **CONCLUSIONES**

Como dijimos al inicio de este trabajo, la idea central en este escrito fue evidenciar que una de las situaciones más frecuentes en las que intervienen los equipos de salud mental/salud psicosocial son las situaciones de violencia y las múltiples formas que éstas adquieren. Al mismo tiempo quisimos dar cuenta del papel fundamental que juegan las prácticas comunitarias promovidas y/o acompañadas desde el sector salud en tanto dichas prácticas brindan a los niñxs y a sus familias

herramientas que los ayudan a hacer frente a las violencias cotidianas en las que ellxs viven.

En ese sentido, la murguita barrial *Los Trapitos de Colores* puede entenderse como un espacio de sostén y de pertenencia, como una manera de expresar a través del baile y las canciones el contexto de violencia en el que viven lxs niñxs y como una filosofía de vida que realiza una crítica social y una apuesta por la vida comunitaria y la solidaridad.

Al mismo tiempo, la *Casita Parque Industrial* puede entenderse como un espacio de encuentro y acogida de los niños y sus, un ámbito de articulación con distintos espacios comunitarios y de circulación de la palabra. Una palabra que alivia, que expresa la verdad y que otorga al otro el estatus de sujeto.

Para finalizar, podemos decir que los elementos antes enunciados presentes en las experiencias analizadas pueden ser pensados, siguiendo la terminología acuñada por Fushimi y Giani (2009), como herramientas subjetivas protectoras que ayudan a lxs niñxs y sus familias a vivir en contextos atravesados por múltiples formas de violencias siendo la principal línea ética de estos espacios la consideración de que lxs niñxs son personas desde su concepción, personas a quienes, por tanto, hay que reconocer como sujetos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- ARMESTO MA. (1996). Una Evaluación del Programa Área de Atención Comunitaria de la Dirección de Prestaciones Integrales en Salud Mental. Dirección General de Salud Mental. Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Provincia de Córdoba. Informe 1ro de Abril de 1994-31 de Marzo de 1996.
- BURIJOVICH, J. (2011). El concepto de buenas prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo. En Rodigou Nocetti, M y Paulín, H. (2011). Coloquios de
- FUSHIMI, C.F. Y GIANI, M. (2009). Herramientas subjetivas que protegen... Una propuesta de incorporación de prácticas de salud mental en los procesos de atención de niños y niñas pequeños. Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años. Provincia del Neuquén; 2009.
- PLAN DE SALUD MENTAL DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN. Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén. Año 2007.
- STOLKINER, A. Y SOLITARIO, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y salud mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira, D. (2007) Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios. Buenos Aires: Paidós.



## Novedades



### RESEÑA SEMINARIO

#### **“Salud Mental: Comunidad y Derechos Humanos”**

El día 12 de abril se realizó, en el marco del curso De Actualización en Bioética y Salud Colectiva organizado desde la Dirección de Bioética e investigación, el primer seminario presencial del año 2019 denominado: “Salud mental: Comunidad y Derechos Humanos.”

El mismo se desarrolló en la ciudad de Neuquén, en el salón de usos múltiples del hospital Bouquet Roldán, en el horario de 9 a 13 horas. La organización estuvo a cargo de lxs integrantes del Comité de Bioética Asistencial de Zona Sanitaria Metropolitana Centro y Este. Asistieron a la jornada aproximadamente 125 personas, entre las cuales se encontraban: trabajadorxs de salud de distintos sectores y hospitales del Sistema Público de Salud, integrantes de la Red Provincial de Comités de Bioética Asistencial e integrantes de otras instituciones y organizaciones sociales, tales como el Ministerio de Desarrollo Social y establecimientos educacionales.

Se abrió la jornada con unas palabras de bienvenida y la presentación de lxs disertantes por parte de lxs integrantes del Comité de Bioética Asistencial de Zona Sanitaria Metropolitana Centro y Este.

En primer lugar, la Lic. Mirian Giani, realizó un breve recorrido histórico de la salud mental en el Sistema Público de Salud de la provincia de Neuquén; señalando algunos de los hechos que marcaron la construcción del plan de Salud Mental; destacó la modalidad en la que se desarrolló, mediante el debate conjunto con los equipos de salud; teniendo como uno de los ejes la formación de equipos en cada uno de los centros de atención. Remarcó como valioso el avance en ese sentido y dejó abierta la pregunta sobre el porqué y el para qué se trabaja ante los problemas de salud mental de la comunidad.

En segunda instancia, el Lic. Claudio Martínez, vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Educación de la UNCo, relató su experiencia como trabajador en el sistema de salud pública en la implementación de la ley de salud mental en Río Negro desde una perspectiva de salud comunitaria y Derechos Humanos. Enfatizó la concepción de la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Asimismo, la

importancia que tiene para la preservación y mejoramiento de la salud mental, el reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

Por último, se abrió un espacio para preguntas e intercambio.



### **Instrucciones para las/os autores/as**

#### Especificaciones

- 1.- Los trabajos originales deberán tener una extensión entre 2000 y 5000 palabras (aproximadamente 5 a 12 páginas), con las fuentes bibliográficas a pie de página. Deberán ser enviados exclusivamente por correo electrónico en tamaño A4, Documento Word (.doc o .docx) u Open Office Writer (.odt), letra Verdana tamaño 11 con interlineado de 1,5.
2. Título del artículo centrado en letra normal utilizando mayúscula/minúsculas según corresponda, en negrita.
3. Autor/es: nombre y apellido en el margen izquierdo, con nota final (del tipo\*) indicando título, cargo, lugar de trabajo y pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo.
4. Optativo: Resumen en inglés, de hasta 150 palabras, en letra Verdana tamaño 9 con interlineado 1,5. Incluir la traducción al inglés del título del artículo y cinco (5) palabras clave, en mayúscula/minúsculas y separadas con comas. Palabras Clave

tipo: Vih/Sida, consentimiento informado, inducción indebida, pobreza, enfermedad crítica, etc.

5. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas.
6. Los cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones deben enviarse en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto (el cual debe indicar claramente su ubicación e incluir el epígrafe correspondiente).
7. Las notas deben estar al final del texto, respetando igual letra y tamaño utilizados.
8. Las transcripciones textuales de autores al igual que las entrevistas y citas de cuadernos de campo, que no superen las tres líneas se mantendrán en el cuerpo principal del texto, entre comillas y sin itálicas ni negritas. En caso de referencias mayores a tres líneas, se presentará separada del cuerpo principal del texto con un espacio al comenzar y otro al terminar, entre comillas, sin utilizar itálicas ni negritas.
9. Las citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto. Puede utilizarse el sistema automático incorporado a los procesadores de texto. En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. o et al.
- 10.- Artículos de revistas deben seguir el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas. (año). título del trabajo citado, nombre de la revista, volumen, número, paginación.

Ejemplos: SEN, A. (2002). ¿Por qué equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6).

- Los libros se citarán: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, (año). Título, edición si la hubiere, editorial, lugar.

Ejemplos: NINO, C. (1989). *Ética y derechos Humanos*. Ed. Astrea,

Capítulo de libro Apellido del autor, inicial del nombre en mayúsculas. (año). Título del capítulo. En: autor(es) del libro con mayúscula (o Director o compilador si corresponde), *título*, editorial, ciudad, páginas.

Ejemplos: NUN, J. (2014). El sentido común y la construcción discursiva de lo social. En: GRIMSON, A. (Comp.), *Culturas políticas y políticas culturales*. Buenos Aires: Fundación de Altos Estudios Sociales, ed. Boll, Cono Sur, pp. 15 - 23.

- Citas de documentos y/o declaraciones institucionales. Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc) se harán colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, seguido por el nombre institucional completo, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, según el siguiente modelo:

CEPAL - Comisión Económica para América Latina. 2002. Globalización y desarrollo Social. Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG2157SES293/Globa-c10.pdf>

Si la edición citada fuera impresa se deberá consignar el lugar de edición como en el caso de los libros.

Siempre que sea posible se agregará la URL de la página web en la que se pueda acceder al artículo.