

Red de Salud Mental Comunitaria en Misiones, una experiencia entre la intersectorialidad y la interdisciplinariedad

Lic. Franco Ciganda

Entrevista a Coordinadoras de la Red de Salud Mental Comunitaria¹:

Valentina Sol Gimenez. Estudiante de la Lic. en Trabajo Social UNaM²
Daiana Galeano. Lic. en Psicología - UNC.
Ivana Florencia Fraga. Lic. en Trabajo Social - UNaM

En principio, nos gustaría que nos cuenten su Historia:

1. ¿Cómo nace la idea de armar una Red de Salud Mental Comunitaria en Misiones?

La red se comienza a gestar a comienzos del 2022, a partir de una propuesta de las promotoras territoriales de género Micaela Garcia, por el “desborde” de las personas en situación de violencia que acompañaban, la necesidad de espacios de cuidado para ellas mismas por el desgaste de los acompañamientos y la falta de

1. red.saludmentalmisiones@gmail.com

2. valentinas.gimenez@gmail.com; daianai.galeano784@gmail.com; ivanafraga1994@gmail.com

respuestas que encontraban por parte de las instituciones del estado. Se buscaba una respuesta más comunitaria que pueda leer también las necesidades materiales que tenían las personas y la necesidad de tejer esa “contención” con otrxs.

Es por eso que nos encontramos con la intención compartida de pensar la salud mental con personas que participamos desde diferentes lugares de la provincia de Misiones: desde la Militancia, desde Organizaciones populares, desde el activismo sobre la biodiversidad, desde la Facultad de Humanidades, de Hospitales públicos y desde el Arte. La Salud Mental se nos hizo transversal a estos espacios y participamos: psicólogxs, psicologxs sociales, trabajadores sociales, trabajadorxs de la comunidad, psicopedagogxs, terapistas ocupacionales, counselors, mediadores, promotorxs de género, estudiantes universitarios, enfermerxs.

El 2022 fue el año que nos comenzamos a agrupar y empezamos a problematizar los abordajes en salud mental, sobre todo porque entendemos que hay una crisis debido a la incapacidad de dar respuestas a las demandas de atención, en centros y hospitales públicos.

Entonces podríamos decir que esta red nace por la necesidad de repensar la salud mental, entendiendo a la misma como derecho y no meramente como un servicio, pensar estrategias colectivas, generar espacios de escucha y salud comunitaria que escapen a las lógicas de la clínica hegemónica como única forma de abordaje posible. La idea es generar dispositivos de salud, donde desde el encuentro surjan nuevos aprendizajes e interrogantes, donde emerjan los saberes que circulan en la comunidad y podamos pensar estrategias colectivas a las problemáticas que nos atraviesan cotidianamente (violencias, educación, problemas ambientales, trabajo, hábitat, etc). Por un lado, creemos en la potencia del pensar situado, conocer otras realidades, ampliar sentidos a partir de las experiencias que existen y de aquellas que vayan surgiendo. Generando al mismo

tiempo, estrategias de accesibilidad y otras formas de bienestar singular y colectivo. Por otro lado, buscamos poner en consideración la importancia de los determinantes sociales de la salud, así como el rol protagónico del Estado y de la comunidad en la atención de la salud. Desde el arte, desde el encuentro, desde experiencias colectivas ancladas en las necesidades y deseos particulares de cada territorio. En éste proceso de hacer camino y de buscar materializar las propuestas, se podrán movilizar algunos discursos estructurales de aislamiento y patologización que imperan hoy sobre la salud a nuestro entender.

2. ¿De qué hablamos cuando hablamos de lo comunitario? ¿Cuál es su potencia en contraste con la atención y la asistencia médico hegemónica en Salud Mental?

Encontramos múltiples posibilidades para su definición. Se puede relacionar con lo común, lo compartido, un territorio, sentido de pertenencia, identidad, entre otros. Hablar de lo comunitario nos permite dinamizar situaciones, visibilizar procesos y lo más importante, el punto de partida es traer a foco al OTRX, saber la existencia de un otrx- igual y distinto a mí, desde donde la construcción o fortalecimiento del lazo social posibilita posiciones éticas y políticas. Sobre todo trata de horizontalizar las prácticas y volverlas compartidas. Humanizarnos.

Mientras el modelo médico-clínico-hegemónico muchas veces concibe la salud como un estado y hace foco en la enfermedad, la Salud Comunitaria la concibe como un proceso integral de salud-enfermedad-cuidado, en donde el territorio y lo comunitario constituyen un proceso de construcción continuo. El enfoque comunitario toma en cuenta además otras dimensiones del ser humano, en particular su integridad personal, su pertenencia al colectivo social y los determinantes socio sanitarios que influyen en nuestras condiciones de vida.

En este sentido, su potencia consiste en la redefinición

del rol que la misma comunidad adquiere frente a esta, incluyendo una perspectiva y un posicionamiento participativo, recíproco, colectivo. Con prácticas basadas en el trabajo en equipo, en lo interdisciplinario, en lo intersectorial. En contraparte con prácticas reduccionistas correspondientes al modelo médico-hegemónico, que trabajan desde la patologización y el diagnóstico individual.

Al ampliar la lectura de las realidades, y sobre todo nuestras concepciones como profesionales de la salud mental, aparece el reconocimiento como sujetos soberanos y autónomos, y con ello, el poder conectar con la inherencia de nuestra capacidad política y ética desde lo social. Si nos paramos desde acá, es fundamental la lectura de la realidad social, contextual, política, económica, es decir, conocer y poder profundizar en lo que está pasando afuera de la puerta de mi casa. Que está sucediendo y cómo influye en el colectivo social. Es no saberse solo, es saber que en lo comunitario hay algo que sostiene, nutre, afectiviza y subjetiviza. No todo es derrumbe, se pueden generar procesos que nos construyan.

Lo que debe quedar en claro es que esto no es una oposición a la clínica, ni al consultorio como espacio donde también se construye, sino como posibilidad de ampliación, de tramar respuestas o caminos para construir salud que no sean desde lo individual. Creemos que pensar la salud mental sin tener en cuenta las condiciones de vida actuales es realizar una lectura incompleta, pero sobre todo limitante.

3. ¿Conocen otras experiencias de Redes en Salud Mental?

Red de salud mental es la forma que encontramos de nombrar los procesos que nos fueron llevando a militar la salud mental desde este lugar. Hay otras experiencias de colectivos y personas agrupadas que trabajan desde lo comunitario. Tuvimos la oportunidad el año pasado de participar del Congreso de Psicología Comunitaria,

donde conocimos a los colectivos de Salud Mental de San Luis (Provincia donde se realizó el congreso), también de Córdoba, Salta, entre otras.

Las experiencias en red son posibles, y de hecho, ya existen, por ejemplo: el trabajo de los trabajadores comunitarios que se realizan cotidianamente en distintos barrios y comunidades, donde experiencias de este tipo están a la orden del día, generando diversas estrategias para garantizar la salud personal y de la comunidad.

4. En segundo lugar, pensando en las tensiones entre lo institucional y lo comunitario... ¿Existen diferencias entre dispositivos comunitarios y dispositivos Institucionales públicos del Estado Nacional y/o Provincial?

Hay diferencias entre los dispositivos comunitarios e institucionales. Son dispositivos en tensión y conversación constante. Institucionalizar prácticas comunitarias puede significar el fin de ese dispositivo. Tienen dos lógicas distintas de pensar al sujeto y a las intervenciones, es decir, trabajan desde paradigmas diferentes. En este sentido, cuando se institucionalizan las prácticas comunitarias corremos el riesgo de caer en prácticas colonizantes. En los dispositivos comunitarios se busca relaciones horizontales, la diversidad del saber, no hay un saber que dirija. Los dispositivos institucionales intentan leer de antemano lo que le sucede a las personas y a las comunidades desde una mirada externa y muchas veces, normativa. Esta pregunta nos lleva a pensar el rol del estado en tensión con el rol y los dispositivos comunitarios, ambos tienen tareas muy distintas. La comunidad puede estar organizada pero aún así las instituciones son garantes de derechos. En este sentido, como red buscamos fortalecer el lazo entre la comunidad y las instituciones del estado, promoviendo el estado de derecho a la salud. El trabajo en red, es otra de las bases de la salud

comunitaria, consiste en crear alianzas para establecer objetivos compartidos y actuar cooperativamente para alcanzarlos. Esta red debe incluir no sólo a los diferentes servicios implicados (inter-sectorialidad) sino también a la propia comunidad (participación comunitaria), ya que el compromiso de unos y otros facilitará la implantación y el mantenimiento de los cambios que se busca promover. Sin embargo, el trabajo en red constituye también una de las grandes dificultades de la acción comunitaria, ya que en él se conjugan diferentes saberes, concepciones y bases, y es en ese entorno de diferencias donde debe construirse un proyecto común. La idea de red supone un conjunto de ideas compartidas, conjunto de prácticas que se enmarcan en un colectivo, definiciones políticas y éticas, acuerdos, valores, sentidos del hacer, que son forjados de manera democrática.

5. ¿Existe una vinculación entre profesionales de la salud mental, programas de políticas públicas en Salud Mental y movimientos sociales en la provincia? ¿Tienen oportunidad de participar en algún encuentro que reúna a estos actores sociales?

Hablando de nuestra experiencia como red, hasta el momento, los principales programas con los que se articula es con la red de CAACS de Sedronar, Programa Acercar Derechos, Acceso a la Justicia y con algunos programas se ha llegado a articular para asistir en momentos puntuales.

Los distintos programas de políticas públicas nos han facilitado, como profesionales, el acercamiento a los movimientos sociales, a los territorios como el Movimiento Evita, Nuestra América, el MTE (Frente Patria Grande), etc. Este acercamiento y la construcción de los abordajes de dichos programas, nos llevó a problematizar las intervenciones en salud mental y sobre todo desde donde pensamos nuestras prácticas.

Por otro lado se han profundizado los vínculos entre diversos actores, sobre todo en relación a los movimientos sociales y las personas que tienen una participación activa en el despliegue de procesos en su comunidad. De esta manera vamos promoviendo los espacios, los encuentros, el intercambio entre las demandas, las realidades, las problemáticas, los abordajes, las intervenciones y el diálogo con los referentes de las políticas públicas. Lo que más nos interesa en este momento desde la red, es poder conocer la realidad de los territorios, saber que moviliza e interpela a las personas, cuáles son las problemáticas estructurales y coyunturales de los barrios en nuestra ciudad y provincia, de esta manera fortalecer potencias y trabajar, colectiva y participativamente sobre las dificultades.

6. ¿Qué lugar tienen hoy las problemáticas de Violencia de Género y consumo problemático de sustancias, en la formación de los actores en Salud Mental? ¿Existe debate al interior de los trabajadores/usuarios de la Salud Mental respecto del abordaje sobre estas problemáticas? ¿Podrían referir de algún modo, en que instancias se encuentran estos debates y que papel cumple la Educación pública en ello?

La violencia de género y los consumos problemáticos son un desafío para todo actor en salud mental. Esta pregunta podría ser la estructura central de esta entrevista, ya que tiene relación directa con las demás preguntas. Es decir, la violencia de género y los consumos problemáticos son la consecuencia de las formas de abordar la salud mental y las intervenciones sociales generales desde la lectura del “recorte” y desde el “parche”. Estas problemáticas nos ponen de cara a la complejidad. El incremento en las estadísticas de

estos temas indica un incremento en los recortes de las lecturas y los abordajes. Estamos ante un punto ciego y para esclarecerlo necesitamos muchas miradas, nos demandan un trabajo en red donde todos los actores son importantes desde la persona, la familia, la comunidad y el estado. Si preguntamos a cualquier persona que haya tenido llegada a estas problemáticas ¿cómo les resultó la experiencia?, nos responderían que se encontraron con la pared de la complejidad, eso se podría sentir como impotencia, vacío, desasosiego, frustración etc. Trabajar individualmente como profesional, o persona que acompaña estas problemáticas es como pararse frente al batallón solo, sin herramientas ni defensa, es algo que te sobrepasa. Las redes y el colectivo son fundamentales, es el punto de partida sino seguiremos enfermando.

Nos gusta la frase de Moffat, “somos facilitadores de partos, de un nuevo nacimiento, desnaturalizando las violencias, registrando los dolores, evidenciando las estrategias de supervivencia”. Para que haya garantía de una propuesta posible, como proyecto de vida, es fundamental el papel de la educación pública y el rol del estado. Lo que más se evidencia cuando se comienza a trabajar con estas problemáticas es la no circulación de la información del conocimiento. La educación y formación deberían ser garantes de subjetividades fortalecidas. La pregunta es ¿qué subjetividades estamos construyendo y qué futuro se les propone?

Constantemente hay un debate desde los espacios comunitarios de cómo abordar, cómo construir prácticas de cuidado entre todxs, como también la realidad misma exige permanentemente una reflexión y discusión de cómo llevar adelante las prácticas. Hay mucho saber que lo producen los actores, los que asisten a los dispositivos, los que acompañan, los que cuidan, como hay caminos trazados, estrategias que se traman cotidianamente, que deben ser mirados por la academia para aprender de ellos. Creemos en que la construcción situada y en contexto de estrategias para la salud es la mejor forma de democratizar la atención y la asistencia, para no caer en la patologización/criminalización del consumo.

La complejidad de los escenarios actuales donde participamos nos invita a formarnos por ende también como red. De este modo, uno de nuestros objetivos es generar instancias de formación entre todos los actores para encontrar puntos en común, unificar si se quiere, algunas miradas para el hacer o el leer lo que nos pasa o lo que pasa.

7. ¿Cómo ven el marco legal al momento de fortalecer nuestras prácticas comunitarias en Salud Mental? ¿Qué reglamentaciones legales vigentes consideran importantes para sostener y fortalecer el derecho a la Salud Mental?

Sobre la legalización vigente, tenemos como referencia la Ley en salud mental 26.657, sancionada en 2010, la misma trae muchas novedades en el abordaje de salud mental. Se define a la salud mental como un proceso que involucra muchos componentes entre ellos la historia, lo socio-económico, la cultura, la construcción social vinculada a los derechos humanos y sociales. Incorpora la problemática de consumos problemáticos como tema de salud mental. Es decir, tensiona su abordaje con las respuestas judiciales y demanda una asistencia y competencia desde la salud. Promueve la integración comunitaria de las personas con padecimientos en salud mental. La pregunta es si nuestras sociedades y colectivos están preparados para recibirlas.

Se puede incorporar la ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, la cual visibiliza las relaciones desiguales de poder donde no se garantizan los derechos básicos de las mujeres y diversidades. La ley Micaela (27.499) o la Ley de Personas en situación de calle (27.654) que falta reglamentar son algunas otras que nos parece importante seguir poniéndolas en agenda política, sobre todo para poder lograr que las leyes sean una herramienta práctica en pos de los derechos humanos.

Nos parece clave comprender que las Leyes son un instrumento para fortalecer nuestras formas de ser en comunidad.

8. ¿Qué acciones consideran necesarias desarrollar a nivel provincial para seguir avanzando en la relación entre actores de salud mental, organizaciones sociales, usuarios e instituciones del Estado y las políticas públicas?

En principio, consideramos que es necesario generar espacios de diálogos e intercambios para democratizar y potenciar la relación entre los diversos actores.

En lo que respecta a acciones concretas, nos parece sumamente necesario el rescate de los recursos intrínsecos de las personas y grupos sociales, como decíamos: humanizarnos.

Por otro lado, también creemos en la redistribución de los recursos humanos de las instituciones a los entornos comunitarios. Como Red, nos interesa la planificación de estrategias situadas en el contexto de una comunidad específica, la difusión de conocimientos, formación y desarrollo de programas de capacitación amplio (que atraviese la atención primaria, espacios educativos, instituciones religiosas, trabajadores formales y no formales, referentes barriales, actores de la justicia, entre otros).

Cuando detallamos algunas de estas acciones, hablamos de un proceso de reforma de servicios con una fuerte mirada de DDHH, también conocido como proceso de desinstitucionalización. Lo que interpela componentes políticos, prácticos, discursivos, financieros/ presupuestarios, sociales y éticos.

Entendemos que aún falta mucho, que aún existen lógicas discursivas que se continúan reproduciendo en los dispositivos, con prácticas excluyentes, patologizantes, dedsubjetivantes, criminalizantes y expulsivas. Sumado a esto, la precariedad de lxs

trabajadorxs de la salud. Sin embargo, creemos en la potencia de los afectos, en la fuerza de lo colectivo y sobre todo, en la experiencia que empezamos a construir. ●

Contacto con miembros de la Red:
red.saludmentalmisiones@gmail.com

Integrantes de la Red:
*Lorena Miranda, Paula Avalos,
Florencia Fraga, Candela Bolognesi,
Mara Arditì, Ana Hupan,
Javier Domingues, Liliana Caballero, Beatriz
Solano, Maria Gabriela Zamudio, Joaquin
Skupieñ, Araceli Gimenez,
Rosana Jara, Franco Ciganda,
Roberto Grismeyer*



