

CUADERNO DE EXPERIENCIAS EN SALUD





"La Ira": Wilson Barrios



"La casa feliz": Alejandra Rubiolo

CUADERNO DE EXPERIENCIAS EN SALUD

2

2da° edición

Noviembre de 2019

moreno 760

Santafe-Rafaela

Nodo Región 2

Ministerio de Salud

ISSN 2618-561X

Directoras responsables:

Luciana Galloni

María Eugenia Padrón

Autoridades

Ministerio de Salud

Ministra Andrea Uboldi

Dirección Provincial de Salud Mental

Directora Liliana Olguín

Coordinadora Paula Raviolo

Nodo de Salud Rafaela

Directora Marcela Kloster

Coordinadora Vanesa Cipolatti

Compilación

Luciana Galloni

María Eugenia Padrón

Diseño y arte

Martín Peralta





ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
EL ATROZ ENCANTO ¹ [SIC] DE CONSTRUIR EQUIPO, UNA AVENTURA COLECTIVA.	8
“DULCE UNIÓN”- PROMOVRIENDO HÁBITOS SANOS Y LAZOS AMIGABLES.....	16
SALUD ENTRE TODOS: LA EXPERIENCIA DE TRABAJO COLECTIVO DEL CENTRO DE SALUD N°7. RAFAE- LA.....	18
TESIS: PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EXPERIENCIAS DE SALUD, ACERCA DE LOS CUIDADOS QUE BRINDA ENFERMERÍA, EN EL ÁMBITO PÚBLI- CO. ²	20
LA EXPERIENCIA DE ABORDAJE INTEGRAL DE LA PO- BLACIÓN INFANTIL DEL BARRIO 2 DE ABRIL DESDE EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD N° 10 “VERÓNICA SERENO” DE RAFAELA.....	26
LA FELICIDAD SIN CAMISA. EXPERIENCIAS EN EL CON- SULTORIO DE DIVERSIDAD SEXUAL.....	34
APORTES DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA PARA ANALIZAR EL SUFRIR	38
TEJIENDO IDEAS.....	45
PRIMER CENSO PROVINCIAL DE PERSONAS INTERNA- DAS POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL- SANTA FE, MARZO DE 2019	47

Introducción

Con entusiasmo nos encontramos a instancias del lanzamiento del segundo “Cuaderno de experiencias en salud”, publicación facilitada y escrita por personas trabajadoras de la salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Este nuevo inicio nos convoca a una reflexión sobre el arte de la escritura. En este sentido, entendemos que la escritura involucra per se un proceso de elaboración. Implica detenerse, limitar un tiempo y un espacio para hacer lugar al acto de escribir. Por su parte, relatar experiencias en salud pondera la historia de los territorios, de los equipos y reivindica la memoria de los procesos de trabajo.

Así es que la escritura parece abrir una suerte de oportunidades. Por un lado, al establecimiento de lazos, con lo más profundo del ser, con otras personas escritoras y con quienes son potenciales lectores de lo narrado. Trascender la soledad e ir hacia el encuentro. Al mismo tiempo, nos permite hacer borde, limitar la palabra que muchas veces se hace difícil de acotar. Permite nombrar y ordenar eso que, de a momentos, se nos hace desordenado.

La escritura posibilita, de esta manera, resignificar el encuentro. Esta idea de encuentro, de lugar común o comunidad, no implica que impere la uniformidad. Distintos autores, tales como Augé, no escapan a este señalamiento, haciendo referencia a la coexistencia de diversidad y singularidad en los lugares comunes: “(...) en un mismo lugar pueden coexistir elementos distintos y singulares, ciertamente, pero de los cuales nada impide pensar ni las relaciones ni la identidad compartida que les confiere la ocupación de un lugar común.” (Augé, 2000, págs. 59-60) De esta manera podemos decir que estos encuentros propiciados por la escritura afortunadamente no se constituyen desde una perspectiva homogénea, sino entre saberes diversos. Saberes que buscan no ser protagonistas sobre otros sino, democratizar el poder y así, generar prácticas que corran el límite de lo posible (Ferrandini, 2011). En este sentido, toda transmi-

sión revela un hacer y un hacer situado y subjetivado. Escribimos desde nuestros paradigmas, constructos teóricos y categorías de análisis. En toda escritura, el lugar de la enunciación es troncal. Cuando hilamos una narración surgen preguntas tales como: “¿de qué forma lo decimos?”, “¿cómo lo escribimos?”, esto nos ubica en el hecho de que siempre se enuncia desde algún lugar. Los posicionamientos teóricos, prácticos, ideológicos, culturales y atravesamientos sociales e históricos, permean los sentidos de nuestras narraciones. De esta manera, desde estos cuadernos nos importa alojar esta diversidad, ponerla a hablar y hablarnos, para encontrarnos y enriquecernos en esta pluralidad. Estos interjuegos amplían la capacidad de mirar y gestan posibilidades de aliviar construyendo esperanza de modo colectivo. En este camino que propende a que distintas voces sean oídas, nos interpela el desafío de continuar transformando la participación en estos cuadernos de experiencias que, en su incipiente proceso, ha encontrado movimientos a partir de los interrogantes que sobre ellos nos venimos dando. De este modo, en el proceso de elaboración de este segundo número, se han desarrollado espacios de expresión artística en los que han participado personas usuarias y trabajadoras de los sistemas de salud. Estas inscripciones plásticas conforman las gráficas de esta segunda publicación. Asimismo, uno de los artículos ha sido escrito con la participación de la persona usuaria de servicios de salud que ha motivado las reflexiones que se plasman en el escrito. Lejos de cerrar esta discusión, este desafío permanece como interrogante que nos impulsa a continuar transformando las prácticas de inscripción en estos cuadernos.

Nos encontramos, así, con que escribir permite la producción de nuevos sentidos, al tiempo que resignifica el hacer, favoreciendo la reflexión sobre los procesos de trabajo. Puede habilitar espacios de debate y discusión respecto de lo instituido, que tantas veces reproducimos acríticamente, para dar lugar a procesos de creación. Permite formarnos, desformarnos y, en ese camino, transformarnos.

Los procesos de escritura hacen que las expe-

riencias se inscriban y trasciendan. Un valor innegable de la escritura es que constituye nuestra relación con los otros en la contemporaneidad y a través de las generaciones. Los equipos no somos los mismos luego de pasar por procesos de escritura (Vegh, 2007).

En función a lo narrado, estamos en condición de afirmar que todo proceso de escritura no es armónico, no es lineal, no avanza sin conflictos. Carlos Ravina, lo caracteriza como proceso de “escritura y reescritura”. Nos dice que invisibilizar este proceso de “ir y venir” en la propia producción escrita arrasa todo vestigio de construcción durante el proceso de narrar, destituyendo la posibilidad de ejercitarse en una hermenéutica de sí (Ravina, 2013).

Hay quienes asocian el proceso de escritura con la apertura de nuevas preguntas: “(...) que permita a quien lee encontrar preguntas inéditas”, dice Escars. (Escars, y otros, 2004). Es claro que la escritura desde esta perspectiva no es estanca sino que, por el contrario, propicia el movimiento. Escribir implica transformaciones subjetivas y colectivas en quienes escriben, deja marcas, huellas de lo compartido, aprendido y desaprendido, para seguir andando, no ya desde el mismo lugar.

De esta manera, a través de los cuadernos en salud apostamos a un espacio de reflexión, de elaboración, de investigación, de discusión. El escribir nos ofrece identidad de trabajadores/escritores, lo que nos ubica en un punto de partida compartido: todos tenemos algo para contar, para decir, algo para escribir.

De acuerdo con esto, dejamos abierta una invita-

ción. Invitamos a pensar la escritura como un proceso de articulación colectiva. Convocamos a signar las páginas en blanco y a través de la escritura llamarlas a existir. Invitamos a escribir, que no es poco. Y a través de estos escritos y las lecturas que de ellos erijamos, encontrarnos para transformarnos.

Luciana Galloni¹ y María Eugenia Padrón²

Bibliografía

- Augé, M. (2000). Los no lugares. Espacios del anonimato. España: Gedisa.
- Escars, C. J., Altman, N., Croceri, L., Jaitovich, L., Luján, P., Pedevilla, G., & Quintana, L. (2004). Escritura y Transmisión en Psicoálisis. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Buenos Aires. Buenos Aires. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-029/329.pdf>
- Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. Algunos problemas complejos de salud. Rosario.
- Ravina, C. (2013). Crisis, re-escritura, espera y confianza. Topía. Obtenido de <https://www.topia.com.ar/articulos/crisis-re-escrituras-espera-y-confianza>
- Vegh, I. (2007). El Ensayo: Psicoanálisis y escritura. Imago Agenda. Obtenido de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1395>

1 Psicóloga. Docente en la carrera de Psicología de la universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Docente en prácticas profesionales supervisadas de UCES. Coordinadora de los centros de salud del primer nivel de atención de Rafaela (Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe) Magister en Gestión de Sistemas y Servicios de salud por la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Maestranda en Salud Pública por la Universidad Nacional de Rosario (UNR)

2 Psicóloga. Docente de la Universidad Católica de Santiago del Estero (UCSE). Integrante del Instituto de Investigaciones “Praxis” de la Universidad Tecnológica Nacional (UTN). Integrante del Dispositivo Soporte Estratégico Regional (DISER, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe). Vicedirectora general de “La Clínica simple asociación” (Rafaela). Magíster en Psicoanálisis por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA), maestranda en Desarrollo Territorial por la Universidad Tecnológica Nacional (UTN)

El atroz encanto¹ [sic] de construir equipo, una aventura colectiva.

Autores:

H. Usuaría de salud y protagonista del relato.

Colombo, Marisa. Médica especialista en Medicina General y Familiar. Directora centro de salud N°5

Culasso, Lorena. Esp. en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (UNR). Lic. En Psicología-Psicóloga centro de salud N°5

Giordanino, Juan Manuel. Esp. en Cirugía General. Servicio de cirugía Hospital Jaime Ferré.

Galloni, Luciana. Mg. en Gestión de Servicios y Sistemas de Salud (UNR- Lazarte). Lic. en Psicología. Coordinadora de los centros de salud Rafaela

Massat, Patricia. Lic. Enfermería - jefa de enfermería en Servicio de Cirugía

Talani, Mariela: Médica. Coordinadora de los centros de salud Rafaela.

Walter, Rosana. Kinesióloga. Jefa de Servicio de Rehabilitación

Wanzenried, Silvina. Nutricionista. Jefa de Servicio de Alimentación y Dietética en Hospital Jaime Ferré.

Mail de contacto: caps5@samcorafaela.com.ar

Introducción:

La que sigue es la historia de una usuaria de salud y el dispositivo que se construyó para acompañarla. Pero también, es la historia de las personas que habitamos dicho dispositivo, de nuestras preguntas, frustraciones, desafíos y, especialmente, nuestros aprendizajes. Es, además, una historia de resignificaciones, con tropezones, caídas y marcas subjetivas. Como no se trata de un cuento de hadas,

no podemos empezar con el tradicional “Había una vez...”. Al ser una historia compartida, relataremos el momento en que los personajes convergen para afrontar una aventura: la del atroz encanto de construir equipo.

Del equipo y la interdisciplina

¿Quién no ha escuchado hablar de la relevancia del trabajo en equipo en el ámbito de la salud? ¿Quién no ha debatido (a solas o con otros) acerca de la tan nombrada interdisciplina? Para quienes trabajamos en salud, lo interdisciplinario es parte de nuestra formación. Y eso implica que dispongamos de algunas herramientas para construir lecturas e intervenciones comunes respecto de un sujeto (singular o colectivo). Sin embargo, a pesar de que está en nuestra caja de saberes y a disposición, no toda situación convoca a armar equipo interdisciplinario. Ahora bien, cuando se puede y cuando se logra, la intervención tiene otro sabor para todos los participantes.

Alicia Stolkiner, referente de la Salud mental, habla de la interdisciplina como un encuentro entre personas que portan diferentes saberes. Hablamos de personas y no sólo de profesionales, porque los saberes que se ponen a jugar al construir equipo no sólo son disciplinarios; son, ante todo, humanos y contemplan el saber del propio usuario o de la propia comunidad sobre sí mismos. Tal es la oportunidad que los protagonistas tuvimos en nuestro encuentro con H. Por eso consideramos necesario dar voz a esta historia. ¿Cómo no hacerlo en primera persona?

La primera internación

La usuaria es una mujer de 44 años que al momento de construcción del dispositivo de intervención presentaba obesidad mórbida. Elefantiasis en ambos miembros inferiores. Repetidas úlceras a predominio en miembro inferior derecho e infecciones en ambos. Tumoración de continuo crecimiento en el miembro inferior derecho, movilidad dificultada. Apneas del sueño y dificultades para dormir.

1 Parafraseando “El atroz encanto de ser argentino”, texto de Marcos Aguinis.

Consulta en 2014 en centro de salud N°5 para curación de úlceras. Refería controlarse en Santa Fe y con médico de cabecera de Lehmann. Primera intervención médica de centro de salud en marzo de 2016, tras desmejoría en úlceras y cuidados generales de la usuaria. En consultas posteriores, sólo remite a la atención a través de su pareja para buscar recetas de medicamentos. Desde 2016 hasta 2019 se registran diversas visitas domiciliarias al hogar de H. y su pareja para realización de curaciones y controles generales. Ella no se movilizaba por su propia cuenta hacia el centro de salud, pero se comunicaba telefónicamente a diario. Se efectuaron, entonces, derivaciones a distintos servicios del hospital local hasta que se produce la primera internación en el área de clínica. La misma, tendiente a la preparación de la usuaria para cirugía, se extendió durante los meses de diciembre de 2017 y mayo de 2018. Luego de una mejoría (mejor estado de ánimo general, descenso de peso, ocupación del tiempo en actividades), la usuaria vuelve al domicilio y continúa controles en centro de salud N° 5. La intervención quirúrgica fue desestimada por considerarse una persona usuaria con riesgo y por la imposibilidad de realizar tomografía que garantice una imagen certera de la tumoración. Tras la externación, se diagramó un esquema de atenciones en centro de salud para sostener diversos espacios: curaciones en enfermería, controles médicos, turnos con nutrición, psicología y kinesiología. Asimismo, se procuró incorporar la figura de acompañante terapéutico para garantizar dicha continuidad; esto no fue admitido por la familia.

En las diversas intervenciones en domicilio que se realizan desde mayo 2018 hasta enero 2019 se observa desmejoría progresiva de H. y de su situación de salud que va preparándonos para una segunda internación en el Hospital local. Sobre esta última daremos cuenta las distintas voces de esta historia.

La segunda internación

Dice el saber popular “las segundas partes nunca fueron buenas”. Afortunadamente hay excepciones. Y éstas tienen que ver con crear nuevas condiciones de posibilidad que se diferencien de la

primera vez. Así ocurrió con H. Fue necesario apelar al deseo y al compromiso personales para volver a intentarlo.

La primera internación nos dejó el sinsabor de una sensación de frustración. De a ratos, nos atravesaba el enojo y el agotamiento. Debimos, entonces, reconocer cada uno de esos sentires y hacerles un lugar. Al ponerlos a trabajar, cada sentimiento nos dio la oportunidad de tomar de él el aprendizaje anudado. Sólo así pudimos construir un dispositivo diferente, que admitiera nuestras falencias previas. Aprender es tropezarse y las caídas anteriores nos dejaron marcas. Era tiempo de transformar el modo de trabajo. Fue necesario sentarnos a la misma mesa, conocernos, reconocernos y plantear objetivos en común. Se organizaron, entonces, reuniones entre los profesionales de ambas instituciones intervinientes, coordinadas por referentes del hospital y centro de salud. Las mismas tendieron al intercambio y el encuentro, a la posibilidad de cada quien de aportar su particular mirada y de ir construyendo el camino a recorrer. Sin estas reuniones, hubiéramos vuelto a caer en una de las mayores trampas que tiene el trabajo cotidiano en salud: hacer sin tiempo para reflexionar.

Colectivamente fuimos armando un dispositivo consistente en un equipo de salud ampliado conformado por diversos profesionales de ambas instituciones y con eje en el mismo común objetivo: el bienestar de H. De la segunda internación participamos activamente, por el hospital: coordinador de cuidados progresivos, servicio de enfermería, cirujano, nutricionista, área de rehabilitación, psicólogo y psiquiatra; y por el centro de salud N°5: coordinadoras, médica generalista, enfermeras, kinesióloga, nutricionista y psicóloga. Fue en las primeras reuniones que se hizo patente la necesidad de incorporar la figura del acompañamiento terapéutico en la institución para garantizar la continuidad de la intervención y trabajar en la autonomía de H. Asimismo y desde el primer momento, se procuró comprometer a la usuaria y a su pareja en el proceso.

La experiencia de H.

El proceso fue muy duro para mí, fue una lucha muy grande. La venía peleando desde hace rato. La operación fue la última esperanza que tuve. Mucha experiencia yo tengo, no quiero volver a engordar otra vez como antes, quiero estar lúcida, caminar, andar por todos lados. Estuve internada dos veces. La segunda internación fue para operarme, fue la definitiva. Tuve que poner yo la voluntad mía para seguir viviendo y darme la fuerza. Todas las cosas que estoy haciendo me dan más fuerza, más voluntad. Todo el equipo me ayudó a sostener esa voluntad.

Lo que yo les podría decir a las personas que son obesas es que bajen de kilos. Si no ponen la voluntad ellos, nadie la va a poner. No es fácil, es duro. Sigue siendo duro para mí. Lo más difícil es caminar, andar, volver, hacer ejercicios.

Ahora entendí que no es cuidarse para estar flaco. Hay que cuidarse por la salud. Para mí la salud es mucho. Es no agarrar enfermedad, tener complejidad con todo. Ahora me siento más aliviada de las piernas, puedo andar, puedo caminar.

Acompañar: desde la casa hasta el quirófano (Marisa Colombo. Médica Centro de salud N°5)

Cuando conocí por primera vez a H. pensé que era una clásica usuaria más, con una patología crónica de la cual no sabíamos mucho. Pensé que iba a terminar todo ahí, en una consulta esporádica, porque la habían visto un montón de veces, había deambulado por muchos lugares de atención y solamente se la había tratado en función de la patología del momento. Lo primero que ubicamos fue dificultad en la implicación de la usuaria y su entorno respecto de su padecimiento, que se combinaba con una insistencia en la demanda de atención inmediata. Nos dimos cuenta que buscaba en nosotros, no solamente una solución a su problema, sino un acompañamiento. H. estaba muy sola en ese momento. Tenía una familia que no se hacía cargo y una pareja que se ocupaba de las urgencias, sin poder ver que tenía de fondo un problema de obesidad con au-

sencia de conocimiento básico sobre cómo cuidarse, cómo alimentarse, cómo quererse.

Creo que un par de palabras claves que se desprenden de esta experiencia es aprendizaje-en-señanza. Aprendizaje con ella, de pensarla no solamente con sus úlceras y sus piernas, sino de ver a H. como persona en su contexto. Aprendizaje, también, por la oportunidad de seguir su situación desde el centro de salud hasta el hospital y conseguir todo lo que se hizo, hasta llegar a su operación. H. contribuyó a darnos cuenta que como equipo de salud, juntos, se puede. Creo que con la fuerza del equipo pudimos articular y unirnos con la gente del hospital. Quienes también veían en H. lo mismo que nosotros antes: la pierna, las complicaciones, todo lo malo que hacía. Juntos pudimos entender que se trataba de una persona joven que podía mejorar su calidad de vida con la operación. En cosas básicas: deambular, lavarse, cocinar. Cosas que hasta el momento no podía hacer por su propia cuenta.

Cuando logramos esta mirada en común, hubo un pasaje de asistencialismo a ser un equipo trabajando juntos. Es destacable la labor de las acompañantes terapéuticas, quienes contribuyeron a que H. también se diera cuenta que el problema no solo era la tumoración, sino que ella valía como persona, más allá de su pierna, que podía hacer cosas, sostener distintas actividades. Gracias a ese acompañamiento, H. aprendió a quererse, siendo esto crucial para todos sus logros, para su adecuada recuperación.

Es un camino largo el que estamos recorriendo, con muchos tropiezos y algunas piedras en el camino. Pero creo que la experiencia confirma la idea de que, con acompañamiento y tirando todos de la misma soga, se puede.

El día a día en la internación (Patricia Massat - Jefa de enfermería Servicio de Cirugía)

La experiencia en la internación de H. fue difícil porque las personas usuarias con esas patologías, como la suya, son altamente demandantes. El hospital local es de agudos, por eso tenemos in-

ternaciones bastante cortas. Dada la alta circulación de personas internadas no estamos acostumbrados a las internaciones tan largas y con ese nivel de demanda.

En el caso de H., desde su ingreso hasta que comenzó a movilizarse, requería atención constante para distintas actividades de enfermería, además de la interacción permanente con otros servicios. Estaba acompañada muy pocas horas por día, por lo tanto, la relación enfermera-usuaria fue cambiando a medida que pasaron los meses. La demanda hacia el personal, en algunas situaciones, se mantenía. Fue constante nuestro pedido hacia la higiene personal, la actividad física y la dieta, especialmente hacia el esposo, de quien siempre sospechamos que no contribuía en el cuidado general de H (la visitaba en escasas ocasiones, ingresaba alimentos que le hacían mal a H, no acudía en horarios pautados). Con ella no se dio la autonomía, no pudimos relajarnos y decir “ya aprendió a comer”, “ya sabe que tiene que bañarse”. Como no pasaba eso, se fue generando un desgaste en la relación con las enfermeras acostumbradas a otro tipo de internación.

El ingreso de las acompañantes terapéuticas ayudó ya que estaba contenida y esa situación ordenaba la demanda. Muchas veces llamaba o requería atención en situaciones muy simples, que podría haberlo hecho sola, sin nuestra presencia. Desde la enfermería se procuró contenerla y sostenerla, de generar un espacio de contención. Creo que con H. seguimos profundizando el ejercicio de la paciencia y la comprensión de las personas usuarias con patologías crónicas que tienen esta costumbre, les gusta que se les esté encima.

El espacio de rehabilitación (Rosana Walter - Jefa de Servicio de Rehabilitación)

Desde la dirección del hospital se nos convocó para trabajar interdisciplinariamente con una persona usuaria que presentaba obesidad mórbida. La misma tenía prescrita una intervención quirúrgica, pero antes debía reunir las condiciones necesarias para minimizar los riesgos de la cirugía. Desde el

servicio de rehabilitación del hospital abordamos de manera integral a H. En kinesiología todos coincidimos en que debíamos motivar a H.

Durante la primera internación, se llevó adelante tratamiento kinésico en el área de clínica médica donde se encontraba internada. Debido a la rápida fatiga con marcada falta de motivación y, por momentos, con negación a realizar la terapia, acordamos improvisar ingeniosamente con estrategias de bienestar y atención para motivar a H. Posterior a ello, se inició tratamiento con terapia ocupacional. Al trabajar sobre sus intereses y habilidades, conocimos que a H. le gusta pintar, tejer, bordar... Esto fue la convocatoria para ocupar su tiempo durante la internación en actividades productivas y manuales, tanto en su habitación como en consultorio, donde pudimos trabajar con las actividades de la vida diaria e higiene personal mejorando su estado de ánimo en general. El objetivo se vio cumplido logrando su independencia personal y continuando con las actividades que la beneficiaban en su descenso de peso.

En la segunda internación, nuevamente trabajamos con H., esta vez desde el área de internación de cirugía y con la ventaja que conocíamos sus fortalezas y debilidades. La motivamos para iniciar con los ejercicios iniciales que había practicado ya en su primera internación. Progresivamente incentivamos a H. a caminar con andador por los pasillos del hospital hasta lograr llegar al servicio asistida por su acompañante terapéutica. Siempre tuvimos una fluida y coordinada comunicación con las acompañantes terapéuticas orientándolas con las actividades que debían realizarse con la paciente durante el día y ellas nos notificaban de los avances o retrocesos que observaban.

En esta segunda etapa, H. se relacionó con otras personas usuarias del gimnasio que presentaban diversas patologías. Ese intercambio de experiencias fue muy enriquecedor para todos. A los usuarios les permitió conocer experiencias de vida y, al servicio, reorganizar turnos y seleccionar el perfil de asistentes al grupo para complementarse sinergizando positivamente sus respectivos tratamientos.

Un ejemplo de ello es que los días jueves, H. tenía el control de peso con la nutricionista y sus compañeros estaban pendientes acompañándola en sus logros y sus dificultades durante el proceso.

Cuando se reunieron las condiciones se realizó la anhelada cirugía. A posterior de los cuidados del postoperatorio correspondiente, H. retomó gradualmente su rutina de ejercicios en el gimnasio del servicio. Luego de su externación, continúa concurrendo dos veces semanales al servicio de rehabilitación del hospital manteniéndonos en contacto con el centro de salud N° 5.

El difícil vínculo con la alimentación (Silvina Wanzanried - Jefa de Servicio de Alimentación y Dietética)

Como nutricionista especializada en Obesidad y Diabetes, traté a muchos usuarios de salud en forma ambulatoria a través del consultorio externo. Algunos de ellos lograron mejorar su calidad de vida y otros se negaron al cambio o tal vez lo hicieron por un corto período. H. no fue una usuaria más, tuvo varios intentos para bajar de peso sin obtener buenos resultados. Su falta de comprensión, su baja disponibilidad económica, su limitada movilidad (por su patología de base) y su entorno familiar poco colaborador son los factores principales que hacen que no pueda sostener un tratamiento nutricional de por vida.

El tratamiento de la persona con obesidad debe ser integral con la participación de distintos profesionales que aporten herramientas, estrategias y miradas con un objetivo común: comprender al usuario como “un todo”. H. requería este tipo de abordaje interdisciplinario para mejorar su calidad de vida. Por ello es destacable la labor de las acompañantes terapéuticas no sólo en el manejo de las emociones sino al constituirse como vehículo de conexión con mi trabajo al llevar el registro de lo ingerido, dato fundamental para mi intervención.

El objetivo propuesto de descenso de peso considerable para que se ejecute la cirugía fue cumplido; no así el objetivo primordial de “adquisición

de hábitos de alimentación saludable”. El tiempo de internación no fue suficiente para que H. tenga cambios de conducta frente a los alimentos y haya internalizado un estilo de vida saludable.

Algo gratificante de la experiencia fue trabajar en equipo, condición indispensable para el abordaje de esta usuaria, desempeñando los roles y responsabilidades que cada uno teníamos aportando nuestras habilidades y destrezas para alcanzar la meta.

La mirada desde la cirugía (Juan Manuel Giordanino- Esp. en Cirugía General de Servicio de Cirugía)

Hay dos aspectos significativos que puedo rescatar de la experiencia con H. En primer lugar, lo positivo de que todo lo que se ha hecho, se hizo en equipo. Ante la problemática de H. se fijó un objetivo claro: operarla. Para llegar a eso debíamos pasar por una serie de cuidados preoperatorios que exigían un tiempo considerable y el actuar de varios colegas y compañeros. De la organización del trabajo en equipo surgió un resultado que nadie hubiera podido llevar adelante solo. Cada uno hizo su parte del plan de trabajo acordado. El hecho de llegar a la cirugía fue un logro en sí, porque H. tenía mucho riesgo quirúrgico. La cirugía salió muy bien y H. hizo un posoperatorio bastante bueno.

En segundo lugar, creo que este abordaje nos permite tomar conciencia acerca de cómo situaciones y problemáticas complejas pueden resolverse en el ámbito público de la salud, en el hospital local y con la colaboración de los centros de salud. A veces, por no tener planes estratégicos o por considerarlas situaciones de excesiva complejidad, se terminan derivando a otros efectores o bien, no resolviendo nunca. Es interesante ver cómo una situación como la de H. puede abordarse, encarándola en equipo y con un plan de trabajo acordado y sostenido en el tiempo.

El acompañamiento desde la gestión (Luciana Galloni y Mariela Talani - Coordinadoras de Centros de Salud)

Partimos de entender que los procesos de cuidados se piensan, problematizan y construyen dialécticamente entre los trabajadores de salud, los equipos, y la comunidad. En esta experiencia, acompañamos a revisar, historizar y repensar las prácticas en salud, analizando la complejidad de todo el proceso de atención/cuidados desde lo particular a lo general bidireccionalmente.

En 2017, se nos convoca desde el centro de salud N°5 solicitando una práctica de internación para H. En ese momento, juntamente con el equipo, empezamos a reflexionar sobre el proceso de cuidados que se venía sosteniendo. Intentamos reconstruir cómo surge la demanda, cuál es la necesidad de salud, nos interrogamos respecto de cómo se alojaba la situación, quiénes del equipo estaban interviniendo y desde qué prácticas se estaba acompañando. Nos encontramos, entonces, ante atenciones basadas en respuestas fragmentadas en torno al diagnóstico de H. Coincidimos en que era necesario construir un diagnóstico integral de salud que convocase al equipo local junto a otros actores territoriales a fin de abordar la complejidad de la situación y sus condicionantes, entendiendo a la salud como proceso atravesado por determinantes sociales cuyo mejoramiento implica la concreción de derechos (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010)

El trabajo desde la gestión implica acompañar al equipo fortaleciéndolo en torno a la tarea compartida. En encuentros con el primer nivel de atención, se definen las acciones a seguir: articulación con H. y su familia (su pareja, hermana y hermano); acuerdo de acciones con el equipo territorial de desarrollo social, coordinación con área de cuidados progresivos del Hospital Jaime Ferré. Se solicitó evaluación al equipo de obesidad en el Hospital Iturraspe, no resultando significativa la contrarreferencia ya que se sugirió continuar la estrategia de acompañamiento en el hospital de Rafaela. En esta primera internación en clínica médica se logró un importante descenso de peso, pero no se concretó la práctica de cirugía por considerarse riesgosa para la salud de H. Se convocó a la familia ampliada y a su pareja para

dialogar sobre ello.

En 2019, desde el equipo de salud del primer nivel, se vuelve a poner en agenda la necesidad de intervención quirúrgica por las complicaciones asociadas al aumento de peso y el diagnóstico de elefantiasis. Desde la coordinación de los centros de salud acompañamos la articulación entre niveles de complejidad. Se realizaron encuentros entre servicios del hospital, coordinador del área de cuidados progresivos y la coordinación de centros de salud. En esta instancia surgen discrepancias de posicionamientos en torno al modo de comprender al sujeto de derechos de cuidado y su problema de salud, y a pensar el acceso a cuidados de salud desde un marco integral y no reduccionista. La tarea fue tensionar los supuestos y permitirnos pensar nuestras prácticas desde un enfoque de derecho

Posteriormente, convocamos a reunión ampliada a todos los actores que intervendrían en el proceso de articulación y cuidados durante la internación (trabajadores del centro de salud N°5, representantes de la dirección del hospital, trabajadores del servicio de clínica médica, del servicio de cirugía, de rehabilitación, nutrición, y salud mental, coordinador del área de cuidados progresivos, jefas de enfermería, coordinación de los centros de salud). En este encuentro se resolvió la internación en el área de cirugía y se generaron compromisos de evaluación semanal de clínica médica, evolución semanal de cirugía, acompañamiento dos veces por semana, de psicología y propuesta de trabajo diario con kinesiología y nutrición.

A partir de allí, se sucedieron encuentros quincenales entre los actores mencionados. Estos encuentros fueron la arena para generar un trabajo colectivo cooperativo, dando lugar a repensar las prácticas, abrir nuevos cuestionamientos, y visibilizar la necesidad de convocar otros actores (psiquiatría y acompañantes terapéuticos). Se acordó también el sostenimiento de encuentros semanales con la pareja de H. desde el centro de salud, pudiendo identificar y trabajar dificultades en el vínculo entre ambos.

Desde la gestión se tramitó el financiamiento de dos profesionales con funciones de acompañamiento terapéutico. La inclusión de las acompañantes permitió trabajar desde la singularidad de H. Escuchar su historia, poner en palabras su modo de vinculación (con ella misma, con su pareja, con la comida, con los otros), identificar sus miedos, sus sueños y entender cómo la historia va generando condiciones que limitan la vida. (Ferrandini, 2011)

Cada intervención requirió, desde la gestión, el convencimiento y la fuerte apuesta por sostener un trabajo de equipo, articulando encuentros periódicos con otros, democratizando el poder de las diversas voces y de los saberes, haciendo lugar a la participación comunitaria y entendiendo que, ante la complejidad de los problemas, nuestro horizonte es acompañar para aumentar la autonomía y garantizar derechos.

El oficio artesanal del acompañamiento (Natalia Lazarte y Yanina Laguardia - AT)

Si bien a lo largo de nuestra formación profesional leemos múltiples definiciones sobre lo que es el acompañamiento terapéutico, pocas veces este tipo de conceptos logra llevarse a la práctica en su totalidad. De hecho, una de las mayores dificultades que enfrentamos al momento de desarrollar nuestro rol, es la falta de supervisión y generación de espacios que nos permitan el abordaje desde diferentes miradas, en relación a las personas con las cuales estamos trabajando; incluyendo y, a su vez, siendo incluidos por un equipo de profesionales y agentes de la salud que trabajen de manera interdisciplinaria. Pues bien, la experiencia de trabajo con H. fue totalmente diferente a lo que “estamos acostumbrados” en nuestro rol. Durante los meses de acompañamiento, nuestra labor logró insertarse en un equipo terapéutico interdisciplinario, siguiendo las consignas y objetivos planteados al momento de solicitar nuestra intervención. Las diferentes reuniones dieron lugar a la creación de estrategias a desarrollar, así como el acompañamiento en un trabajo conjunto con objetivos unificados. En dichos encuentros, pudimos reconocer los logros y las limitaciones con las

cuales nos enfrentábamos; como así también la elaboración de un pronóstico más ajustado a la realidad y la consecuente planificación de objetivos, con las modificaciones que fueran necesarias. Se propició también un espacio de supervisión, que hizo posible que podamos plantear nuestras dudas, inquietudes y temores respecto al devenir del acompañamiento sobre el que estábamos trabajando, incluyendo las dificultades que planteó la multiplicidad de variables en juego y el modo en que se desplegó la transferencia.

El trabajo realizado con H. nos permitió comprender que el acompañamiento terapéutico se basa en un compartir con otro, en un vínculo que se encuentra escrito dentro del marco de cuidado, es decir, el marco de la cura; entendiendo a ésta no como una meta a alcanzar sino como un camino posible, un sendero por el cual pueden transitar dos personas, (acompañante y acompañado), a partir de un encuentro singular.

Tomar el caso de H. fue todo un desafío; la patología que se presentaba era muy compleja, al igual que lo era trabajar dentro de un equipo con tanta diversidad de profesionales intervinientes y, por ende, diferentes miradas. El trabajo del acompañante terapéutico es un trabajo que no se puede transitar solo, me refiero a la mirada y la constante devolución que se debe hacer a cada paso del tratamiento por otros profesionales; pero, a la vez, es un trabajo solitario e individual. La trama que se entreteje entre la persona usuaria y el acompañante es, por el tiempo que estos se dispensan, muy profunda. En este caso en especial, muchas veces la mirada y la lectura que teníamos las acompañantes terapéuticas difería del resto. Creo que el logro de los objetivos planteados estuvo dado por la manera de trabajo y la escucha comprometida de algunos profesionales intervinientes, quienes, como puente, podían unir nuestra mirada con la de los demás profesionales.

El equipo como red de cuidado (Lorena Cullasso – Lic. en Psicología CAPS N°5)

La experiencia con H. me reencuentra con situaciones que por su complejidad y su presentación interpelan los modos de intervención establecidos y reclaman revisión de nuestras lecturas y posicionamientos dentro del ámbito de la salud. Hay algo en la historia familiar de H. que fue configurando su forma de ser en el mundo vinculada con la soledad. H. sufre en soledad. En la soledad de esa casa que la resguarda del mundo exterior; de las reiteradas ausencias de su marido; de la distancia familiar. Nadie de su familia la visita ni en el hospital, ni en su casa. H. reclama, demanda, pide: calmantes, lanas, comida, objetos... demanda escucha, demanda amor. Algo del amor como cuidado y como atención está carente para ella, quien lo busca desesperadamente y desesperando al entorno. Haciendo de esto un síntoma institucional; reclamando entonces una construcción común. Es cierto que la demanda de H. puede ser llevada al infinito, que puede agotar y enojar. Eso que incomoda, luego de un tiempo, tiene que interpelarnos, tiene que correrse de H. para focalizarnos en nosotros mismos, como institución.

La mayor pregunta que abre esta historia se vincula con la red de cuidados y con el pensar al equipo interdisciplinario como dispositivo sostén de sus participantes. Si bien la responsabilidad del equipo es compartida, la presencia que tenemos a cargo cada uno de los intervinientes es desigual. Hay quienes ponen el cuerpo cada día operando con nuestra humana cotidianidad. Quienes escuchan y se impregnan sistemáticamente de los dolores y las historias más diversas. Y eso va dejando marcas, huellas. ¿Cuántas de esas marcas se tramitan? ¿Cuántas se registran, incluso? ¿O será que el incesante quehacer taponar la posibilidad de ver, escuchar, sentir? Hay quienes, no poniendo el cuerpo diariamente, podemos acompañar y sostener espacios en los cuales reflexionar, relevar tareas, aportar calma cuando la urgencia nos desborda. La historia de H. interpela exactamente eso: en la urgencia (del dolor, del cansancio, del cumplir), ¿cuánto nos detenemos a pensarnos y rearmarnos nuevamente? Actuar en urgencia no es suficiente. A veces, sólo es necesario detenerse a escuchar un instante.

Tal es el dispositivo que se armó en torno a H. No sólo consistió en las intervenciones disciplinarias específicas, sino que se sostuvo a partir del fluido intercambio de saberes entre los participantes. Así fuimos reconstruyendo la historia de H. y esto nos permitió ir comprendiendo sus posibilidades y sus límites. Nos habilitó a trabajar desde sus capacidades, sus intereses, sus deseos. Hoy, ante el desafío de reestructurar el dispositivo, este antecedente permite que sigamos conectados y comunicados entre centro de salud y hospital. Que sigamos compartiendo pesares y noticias, que nos interpele la continuidad del proceso. Ojalá lo aprendido con, desde y gracias a H., se inscriba para el abordaje de nuevas situaciones en conjunto.

Colorín colorado...

Difícilmente podríamos decir que este cuento se ha acabado. Como toda historia, nos deja aprendizajes. Lejos está de cerrarse este relato con el tradicional “vivieron felices”, porque aún es una historia en proceso de escritura colectiva. Conocemos los desafíos por delante, nuestras flaquezas y dificultades, pero fundamentalmente la potencia de nuestras acciones en conjunto.

Bibliografía

- Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. Algunos problemas complejos de salud. Rosario.
- Ministerio de Salud. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Buenos Aires: Ministerio de salud.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. Obtenido de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf

“DULCE UNIÓN”- PROMOVRIENDO

HÁBITOS SANOS Y LAZOS AMIGABLES.

Autores:

Trabajadores del equipo de salud N°4- Rafaela:

Bertone, Jesica. Nutricionista

Díaz, Celeste. Psicóloga

Gigón, Marina. Médica especialista en Medicina General y Familia.

Vinderola, Rocío. Lic. en kinesiología y Fisiatría.

Participante y colaborador: Profesor de educación física. Prof. Monge, Hugo.

Mail de contacto: caps4@samcorafaela.comar

Palabras claves: cuidados de salud- promoción de la salud- hábitos saludables- taller- interdisciplina.

Relato de experiencia

En septiembre del año 2013 comenzó el taller “Hábitos Saludables”, el mismo fue pensado por todos los trabajadores del equipo de salud junto al valioso aporte de la residencia de medicina general y familiar. En ese entonces, los médicos residentes eran quienes motorizaban quincenalmente los encuentros en el espacio del taller.

Los talleres se diagramaban con una actividad de recibimiento de las personas usuarias participantes, y luego se realizaban charlas de carácter educativo e informativo siempre trabajando temáticas tendientes a la promoción de la salud y a prevenir futuras complicaciones asociadas a las enfermedades crónicas.

Durante los sucesivos encuentros se han ido trabajando diversos temas. A continuación, mencionaremos algunos de los ejes temáticos que permitieron, no solo abordar temas de salud sino,

además, fortalecer el diálogo con la comunidad y el intercambio de saberes y conocimientos.

Algunos de los temas abordados fueron:

- La diabetes, hipertensión arterial y obesidad como enfermedades prevenibles
- El cuidado a través de la higiene
- La actividad física como factor protector y de salud
- La alimentación saludable
- El cuidado de los pies y de la piel en general
- La salud bucal
- Aprendizaje sobre el uso de la Insulina
- Lectura de etiquetas de productos sobre su valor nutricional
- Gestión de las emociones a través del conocimiento de los sentidos
- La importancia psicológica y espiritual vinculado a la salud y la enfermedad
- Formación interna del grupo para comunicar a otros acerca de la diabetes y otras enfermedades crónica prevenibles
- Actividad física orientada a la prevención de lesiones, control y autoconocimiento postural.

En cada uno de los encuentros siempre se privilegió el intercambio con la comunidad quienes, vez tras vez, se sumaron activamente a participar.

Una de las riquezas, en la planificación de los temas, fue que, la construcción de los

talleres, se pensó desde la participación de diversos trabajadores del equipo. Esto propició un trabajo interdisciplinario. En cada uno de los encuentros se logró cruces de saberes disciplinares que enriquecie-

ron la dinámica de trabajo y permitieron abordar la integralidad de los cuidados en salud.

Por otra parte, al poco tiempo de comenzar con los talleres, se incorporó un profesor de educación física, en el marco de un proyecto articulado con municipalidad de Rafaela, aportando sus conocimientos para complementar las actividades que se desarrollaban en el mismo.

En cuanto al uso del espacio físico, se solían realizar las actividades diseñadas para el taller en el salón de usos múltiples del centro de salud, pero, en ocasiones, éstas transcurrían en la sala de espera, en la vía pública y en espacios verdes del barrio. Esta propuesta de movilidad territorial permitió hacer visible las actividades del taller y convocar a la comunidad.

Respecto de las actividades desarrolladas en los encuentros se pueden enumerar: control de talla y peso, control de glucemia, mediciones antropométricas (circunferencia abdominal), entrega de folletería en la vía pública, actividades específicas para el día mundial de la diabetes, elaboración de comidas saludables, talleres de memoria, solo por mencionar algunas.

Los encuentros se han sucedido de forma ininterrumpida. Esto es valioso destacarlo ya que, los trabajadores que participaban del taller han ido cambiando (médicos residentes) y ello no interfirió en la planificación del espacio.

Un hito importante fue la construcción del nombre del taller. En el año 2015, los médicos residentes junto a los usuarios participantes de los encuentros definieron al taller como “un grupo de encuentro entre pares”, apelando a la horizontalidad de la circulación del poder, y eligieron el nombre “Dulce Unión”.

En el año 2019, el equipo de salud deja de contar con el aporte de la residencia de medicina general, entonces asumen la coordinación otros trabajadores del equipo asistentes asiduos de los talleres desde años anteriores. Aquí comienzan a coordinar

los encuentros diversos trabajadores: la psicóloga, la kinesióloga, la nutricionista, médicos, y odontólogo.

Actualmente, se realizan dos encuentros semanales de los cuales, uno se divide en educación para la salud, autoconocimiento, manejo de las emociones y actividad física, y en el otro se realiza fundamentalmente actividad física y recreativa supervisada por el profesor de educación física.

A la fecha, el grupo de personas usuarias que participan está formado por diez o doce personas, mayoritariamente mujeres, y sus edades oscilan entre 40 y 82 años, habiendo prevalencia de adultos mayores.

Luego de tantos años de encuentros, hoy los participantes asisten al grupo con mucho interés, realizan propuestas y, generalmente, se observan mejorías en cuanto a la adherencia a los tratamientos de cuidados de la salud y mejorías en su estado físico, emocional y vincular.

Para el equipo de salud, es satisfactorio haber sostenido esta actividad durante tantos años. Muchas veces con mayor esfuerzo y otras, con más necesidad de acompañamiento desde el equipo. Hoy se sigue apostando a la continuidad de la actividad, entendiendo la importancia de trabajar con otros, otros del equipo y otros de la comunidad, abriéndolos a nuevas propuestas y a nuevos participantes.

Bibliografía

Ministerio de Salud . (2004). Guía de Práctica Clínica Naciolal sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Obtenido de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf

Zurro, A. M., & Pérez, J. C. (1999). Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Harcourt.

**SALUD ENTRE TODOS: la experiencia
de trabajo colectivo del centro de salud N°7.
Rafaela.**

Autores:

Trabajadores del centro de salud N°7- Rafaela:

Abalo, María del Carmen. Servicios generales

*Alfaro, Sara. Pasante administrativa y estu-
diante de Recursos Humanos (UCES)*

Anghilante, Camila. Médica.

*Bianchini, Analía. Odontóloga. Esp. en Ondo-
doncia y Estética.*

Gomez, Silvia. Enfermera Profesional.

Gramaglia, Beatriz. Lic. en Enfermería

Vinderola, Rocío. Lic. en Kinesiología y Fisiatría

Mail de contacto: caps7@samcorafaela.com.ar

Palabras clave: Equipo de salud, interdisciplina,
participación comunitaria.

Relato de experiencia:

En el siguiente relato se dará a conocer cómo la incorporación de nuevos trabajadores al equipo de trabajo permitió repensar procesos de salud y desarrollar vínculo con la comunidad y su participación en sus propios procesos de cuidados, mejorando así la calidad de atención.

Actualmente, el equipo de salud está formado por dos enfermeras, una médica generalista de familia, una odontóloga, una kinesióloga, una trabajadora de servicios generales y una pasante universitaria que realiza tareas administrativas (convenio marco entre universidades y efectores de salud).

En los últimos meses, el aumento de las demandas de atenciones en salud, por un lado, y los cambios al interior del equipo de salud, por otro, instaron a que se repiense la organización del equipo de

trabajo. Ante esto, la primera necesidad observada fue la de sostener quincenalmente reuniones de planificación grupal. Las mismas, hoy en día, constituyen un espacio de mucho valor en donde se puede, no solamente organizar la gestión cotidiana, sino repensar las prácticas y trabajar en torno a mejorar el acceso de la población a cuidados en salud.

La comunicación fluida entre el equipo y la comunidad y al interior del equipo, permite poner en práctica un modelo de atención desde donde se entiende a la salud como una construcción conjunta con la comunidad.

De este modo, iniciamos espacios de talleres, de capacitación y encuentros entre trabajadores de salud, otros actores institucionales y usuarios de salud.

Como parte de este proceso de organización y revisión de funciones, en el mes de junio, una de las enfermeras concurrió a la "Jornada de Capacitación Nacional de Curaciones", pudiendo actualizarse en los nuevos métodos y técnicas, principalmente en personas usuarias que tienen úlceras a causa de enfermedades crónicas.

Lo novedoso de los nuevos métodos es que utilizan elementos naturales como gel neutro con proteínas, desplazando a los típicos agentes como el jabón y el yodo que contienen químicos. A partir de esto, comenzaron a implementarse cambios, tanto en la técnica como en la evaluación integral a los pacientes, interesándose no solo en la herida sino también en el estilo de vida, la alimentación, la salud mental, el tipo de actividad laboral, entre otros.

Asimismo, se sumó al proceso de cuidado la profesional kinesióloga, entendiendo que su labor es de gran ayuda para mejorar el trofismo y la circulación de los miembros inferiores. Actualmente, hay entre ocho y diez personas usuarias en curación activa que concurren diariamente o en días alternos al centro de salud, en quienes se han visto evoluciones hasta del 50 % de la herida después de cuarenta y cinco días de implementadas las nuevas formas de curación.

En correlación con este proceso descripto, en junio surgió la necesidad de pensar un espacio de taller para realizar actividad física. Este taller fue priorizado para usuarios que tienen patologías osteomusculares y reumáticas, reconociéndose el benéfico potencial que tendría el ejercicio en personas que concurren al centro de salud manifestando dolencias, no siempre siendo este el motivo de consulta principal. Es decir, usuarios que al concurrir a controles o, por cuadros agudos, solicitan medicación para dolores corporales o se muestran angustiados por la incapacidad que les generan los mismos.

El taller reúne semanalmente a hombres y mujeres mayores de cincuenta años, estando a cargo de la kinesióloga. El objetivo principal es promover una vida activa y saludable, trabajar sobre el lazo social y ofrecer herramientas para aumentar la autonomía.

Por otra parte, desde junio, se viene gestando una experiencia de trabajo con la comunidad que vive en el asentamiento “Papa Francisco”. Este asentamiento está ubicado en la región sur-oeste de nuestra ciudad y está formado por veinte familias. El objetivo de dicho trabajo es, en primer lugar, afianzar el vínculo con la comunidad y generar un acercamiento que facilite el reconocimiento de las necesidades de salud. Este trabajo tiene como perspectiva integral, mejorar el acceso a los servicios de salud entendiendo que se trata de una población expuesta sistemáticamente a situaciones de vulneración de derechos.

Distintos trabajadores del equipo han realizado visitas quincenales acompañados del Equipo Territorial que depende del área de Desarrollo Social municipal (equipo formado por una psicóloga, un trabajador social, una licenciada en educación y una agente comunitaria). El equipo territorial local tiene una historia de trabajo con la comunidad y, por ende, vínculo con las familias del asentamiento.

En estas visitas se realizan tareas de control de salud, promoción de hábitos saludables, cuidado de la boca, saneamiento ambiental, entre otros.

Para el trabajo con los controles de salud y relevamiento de datos, se utiliza la herramienta de la historia clínica familiar e individual.

La historia clínica familiar es un instrumento que permite al equipo de salud construir una mirada singular de la situación de salud de cada familia. Esta herramienta permite recabar datos socio económicos y de vivienda y construir el familiograma. En la misma, también se completa una ficha por cada integrante de la familia, registrando antecedentes de jerarquía, fármacos, hábitos y otros datos de interés.

La recolección de estos datos ayuda a organizar la información en carpetas familiares donde se colocan las historias clínicas de todos los integrantes de cada vivienda (algunos de los cuales ya concurren al centro de salud y tienen su historia clínica individual). El uso de la historia clínica familiar es una herramienta muy valiosa que, además, permite reconocer a usuarios como parte de una comunidad, con historia, determinaciones sociales y culturales, que condicionan los procesos de salud-enfermedad y la forma de atención y cuidado.

Actualmente, se sigue trabajando en el relevamiento de datos, a fin de realizar un análisis situacional. Se entiende este proceso como una construcción colectiva, por ello, se está en la tarea de pensar encuentros con la comunidad y diseñar en conjunto propuestas de trabajo en salud. Esto permitirá trabajar cuidados de salud, construir espacios saludables y mejorar el acceso al efector.

A modo de valoración personal, como equipo nos sentimos animados y renovados. Creemos que esta forma de trabajo, basada en la interdisciplina y el trabajo comunitario, genera un fortalecimiento de los lazos internos, mejora la calidad de atención, y acerca la salud a todas las personas.

TESIS: PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EXPERIENCIAS DE SALUD, ACERCA DE LOS CUIDADOS QUE BRINDA ENFERMERÍA, EN EL ÁMBITO PÚBLICO.¹

Tesista:

Silvestro, Laura

Directora de tesis:

Dra. Ángela, Aimar.

Metodología: Estudio cualitativo, descriptivo de tipo fenomenológico, realizado en una población de 4 personas (fuente primaria) a través de entrevistas en profundidad. Los escenarios fueron las situaciones de cuidado que se generan en el SAMCo. de Plaza Clucellas.

Resultados: Al identificar las percepciones que tienen las personas sobre las instancias de cuidado enfermero, se pudo visualizar el surgimiento de nuevas categorías conceptuales, a saber, significativas por los sujetos en estudio y sus experiencias de salud; todas nacen, como respuestas a los interrogantes planteados desde la propia voz de los participantes

Discusión: Las formas o modos de percibir cuidado varían de una persona a otra y sus circunstancias de vida.

Conclusión: Co-des-cubrir las percepciones de las personas que transitan experiencias de cuidado permitieron reconocer el valor, visión y significado que se le otorga a los cuidados propuestos por el personal de enfermería del sistema público de la localidad de Plaza Clucellas, Santa Fe. La investigación es un proceso que facilitó descubrir las diferentes dimensiones que abarca el cuidado desde Enfermería, estos hallazgos pretenden ser guía para ayudar a reflexionar sobre la práctica enfermera en esta perspectiva de trascender hacia un cuidado humanizado

en todas sus esencias.

Palabras claves: cuidado de enfermería, personas, experiencias de salud, percepción.

Introducción

Enfermería debe preocuparse por evaluar los cuidados otorgados a través de la percepción de las personas con el fin de generar un cambio en la práctica del cuidado, que permita tener en cuenta no solo los aspectos que la misma considera importante, sino advertir lo que los usuarios consideran más significativo para su salud.

Esta realidad, permite plantear los siguientes interrogantes con la intención de poder conocer sus respuestas:

¿Cuál es la percepción que las personas, en vivencias de salud, experimentan en relación a los cuidados proporcionados por enfermería? ¿Cuáles son las expectativas de los mismos? ¿Durante los cuidados de enfermería, se prioriza un cuidado humanizado? ¿Establece enfermería una relación interpersonal con las personas en la situación de cuidado y con su familia? ¿Cuál es la disponibilidad de cuidado que tiene la enfermera?

Es base a estos interrogantes, el objeto de estudio de esta investigación se define como las percepciones que tienen las personas en experiencias de salud, sobre los cuidados proporcionados por enfermería, en el Servicio de Atención Médica para la Comunidad (SAMCO) de la localidad de Plaza Clucellas, en el que se hace necesario rescatar la importancia del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica diaria.

Para el profesional de la salud, la identificación de las características del entorno donde protagoniza su actuación es de vital importancia ya que los diferentes grupos étnicos, socioeconómicos, culturales, manifiestan diferentes formas de percep-

¹ El presente trabajo científico es un resumen de tesis final de la formación de Licenciatura en enfermería. Universidad Nacional de Villa María (UNVM).

Directora de tesis- Dra. Ángela, Aimar.

Fecha de aprobación de tesis: 14 de diciembre de 2018.

ción de las situaciones y experiencias de la cotidianidad. Actúan y dan respuestas también diferentes por la interpretación, significativa y particular, según su forma de vida, costumbres, creencias y concepciones que se formulan a lo largo del paso del tiempo.

Averiguar qué percibe, cuáles son sus expectativas, puede ser una tarea difícil, pero cabe la responsabilidad de replantearse qué se quiere de la profesión, y qué principios son los que deben guiar la práctica, si se desea ofrecer cuidados holísticos en el marco de la Atención Pública.

Para revisar la percepción de las personas respecto al cuidado que reciben, se tuvo en cuenta los aportes de la teorista Jean Watson, a través de la escuela del Caring y los Procesos Caritas de Cuidados categorizados en dimensiones. Estas dimensiones que, desde la teoría de Watson están implicadas en los cuidados, son las que se indagaron para interpretar qué percepción tienen las personas con respecto a los cuidados otorgados por el personal de enfermería.

Resultados

Se realizaron cuatro entrevistas en profundidad a personas que han manifestado sus deseos de participar en la investigación, de ambos sexos, diferentes ocupaciones, edades entre 20 y 36 años, con distintas experiencias en salud y nivel socioeconómico. Partiendo del interrogante ¿Ha vivenciado experiencias de salud que requieran de cuidados de enfermería?, se invitó a cada persona a pensar y a pensarse en el tránsito de esas experiencias de cuidado y su relación con enfermería. Al identificar las percepciones que tienen las personas sobre las instancias de cuidado enfermero, se pudo visualizar el surgimiento de nuevas categorías conceptuales, a saber, significativas por los sujetos en estudio y sus experiencias de salud; todas nacen, como respuestas a los interrogantes planteados desde la propia voz de los participantes, enriqueciendo aún más esta investigación. Los resultados se presentaron en matrices de códigos.

Discusión

En este apartado se presentan los análisis de los aspectos surgidos de esta investigación, así como las discusiones que de ellos se derivan. Por ello, se expone, a partir de los resultados, categorías emergentes acerca de las percepciones respecto a las dimensiones: Interacción enfermera-persona, Apoyo Emocional, Apoyo Físico, Cuidado Anticipado, Priorizar al ser cuidado, y Disponibilidad para el cuidado.

En este estudio, respecto a la dimensión interacción enfermera-persona algunos de los entrevistados perciben actitud de escucha desde el profesional enfermero al encontrar respuestas a sus necesidades de cuidado. Mediante esta actitud, el profesional pudo comprender y entender circunstancias de salud y permitirse ampliar las ofertas de cuidado propuestas por el SAMCo. En este sentido, vale la pena explicar, que la práctica profesional propuesta en los escenarios públicos (SAMCo) queda reducida a un horario acotado en horas y días; de allí la sorpresa del entrevistado por el compromiso adoptado y el reconocimiento a su vivencia de salud. Esta apreciación permite reconocer que, desde las estrategias públicas implementadas, desde lo institucionalizado y reglamentado, no habilita contemplación para responder por situaciones de estas características, básicamente porque no existen actividades extramuros. Esto desestima las posibilidades de responder por las necesidades de las personas en horarios fuera del estipulado. Cuidar en estas circunstancias habilita más bien, a funcionar conectados a esquemas organizacionales y objetivos rígidos. De cualquier forma, éste es un claro ejemplo que permite reconocer esfuerzos y aportes que el profesional como recurso humano enfermero realiza a pesar de las adversidades en donde no son en vano los resultados para quien necesita de cuidados y mucho menos para quien se compromete ante una necesidad existencial de cuidado. Pensar en situaciones desde la reflexión de esta experiencia, invita a replantear la gestión de cuidados y su integración en estos escenarios hacia un abordaje más complejo

con un nivel de compromiso diferente desde las políticas de Estado.

Paulo Freire, en *Educación y Cambio* refiere que “la primera condición para que un ser pueda ejercer un acto comprometido está en que éste sea capaz de actuar y reflexionar”².

Continuando con el análisis, se puede observar desde las voces, que la enfermera puede comprender la situación de cuidado sin necesidad de habla, mediante gestos, actitudes y miradas. En la misma dirección, las voces encontradas dan cuenta de un concepto de empatía, percibida desde el acompañamiento del profesional mediante la capacidad de poder acercarse lo más posible a comprender lo que el otro (persona en situación de cuidado) estaría vivenciando, es decir con propuestas de cuidados enfermeros que van más allá de los procedimientos, tareas y técnicas, e invita a pensar el cuidado desde la integridad de la persona, desde su propia esfera sicosocial.

En cuanto a la dimensión apoyo emocional, emerge la categoría generación de comodidad y confianza en los cuidados, ya que se percibe, por un lado, relacionada con la posibilidad de tratar temas delicados. Por otro lado, estaría atravesada por una concepción sobre el género, pareciera que para que exista confianza, quien propone cuidados deben ser del mismo género que la persona cuidada, en este caso, de género femenino. No obstante, no podemos generalizar este concepto ya que los demás entrevistados no manifestaron mayor importancia a tal apreciación.

Respecto a la categoría ayuda que encontraron las personas frente a las emociones vivenciadas, se rescataron voces que llevan a referenciar a Kristen M. Swanson ya que la teorista propone, dentro de sus principales conceptos, un modelo de cuidado denominado “estar con”, lo que significa estar emo-

cionalmente presente con el otro. “Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos, sin abrumar a la persona cuidada.”³ Estos recurrentes modos de acompañar al otro manifestados en las percepciones, dan cuenta que el vivir es un permanente conversar juntos, en donde se va co-construyendo desde la emoción del otro con la propia emoción de quien cuida, siempre respetando lo que cada uno es y vive.

Siguiendo con el análisis, aparecen percepciones de sentimiento de bienestar frente a los cuidados que ofrece la enfermera. De esta valoración, se puede concluir que el significado que la persona, en relación de cuidado, otorga a sus vivencias de salud, (independientemente de la experiencia que esté transitando y las circunstancias en que ocurre), permite reconocer una expresión de gratitud hacia el profesional enfermero por los cuidados recibidos, que le han generado bienestar.

Dentro de la categoría sentimiento de satisfacción se destaca que la práctica de cuidado propuesta por el SAMCo no es semejante con otros escenarios públicos de primer nivel principalmente por la predisposición y compromiso por parte del personal de enfermería. En resumen, los cuidados humanizados presentes estarían percibidos desde la contención recibida, el bienestar y la satisfacción en los cuidados. Es aquí donde nace la reflexión de los usuarios/clientes frente a lo que reciben desde los profesionales y diferentes centros de atención primaria.

“El acto artístico significa hacer lo que se debe hacer, en el momento preciso, logrando que el paciente y la enfermera tengan certeza de la bondad de la intervención”⁴. Esta apreciación nos conduce a interpretar las categorías emergentes de la dimensión apoyo físico donde se visualiza notablemente que la enfermera se dispone a tener contacto con el ser que cuida a través de diversas manifestaciones

2 Freire P. *Educación y cambio*. 1976. Disponible en: [http://www.elmayorportaldegerencia.com/Libros/Coaching/\[PD\]%20Libros%20-%20Educacion%20y%20cambio.pdf](http://www.elmayorportaldegerencia.com/Libros/Coaching/[PD]%20Libros%20-%20Educacion%20y%20cambio.pdf) p 3.

3 Ibid. p 743.

4 Durán de Villalobos. *La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal*. Aquichán [Internet]. Oct 2005 [citado 04 Set 2018]; 5(1): 86-95. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a09.pdf> p 92.

de cuidados.

Dentro de la dimensión cuidado anticipado, los hallazgos en este estudio demuestran que los informantes perciben predisposición del profesional enfermero para otorgar información, lo que les permite obtener respuestas ante inquietudes y necesidades personales de cuidados. Sin duda, haciendo eco a la voz de Rosa Villalba, el patrón de comportamiento predominante es sostenedor de modelos asistenciales, ya que la demanda de información de parte de las personas, muchas veces, al no ser reflexionada, se convierte en un modo de recepción pasiva de aquello que, desde el sistema de salud, se pretende ofrecer.⁵ Pareciera que el profesional se encuentra abocado a brindar asistencia, generando una actitud receptora por parte de las personas en sus circunstancias de vida.

Dentro de las percepciones encontradas en la categoría acompañamiento en el descubrimiento de potencialidades, se rescata el nivel de responsabilidad y participación que adopta el sujeto ante sus propios cuidados, esto sin duda interpreta la belleza de hacerse cargo de su propia vida. Esto trae a la escena la necesidad de analizar el impacto que originó en un entrevistado y su familia, participar y planificar en sus propios cuidados. El haber facilitado los cuidados por parte de la enfermera a la persona de apoyo principal (familiar), y el reconocimiento a su labor es sin dudas una de las decisiones más afortunadas y alentadora que se pueden reconocer en el relato manifestado, principalmente por lo beneficioso que resultó para todos a pesar de lo vulnerable que es esta situación para quien requiere de cuidados de esta envergadura. Esta experiencia conduce sin duda hacia una perspectiva de cuidado transformativa por lo que marca precedente en este establecimiento público. Alicia Reyes Vidal en uno de sus artículos sobre enfermería comunitaria, al respecto, manifiesta "... está claro que los profesionales de la

salud deben desarrollar competencias destinadas a provocar la realidad social esperada especialmente en el empoderamiento de las personas y comunidades para que pasen a ser agentes activos de cambio de su realidad humana..."⁶

En relación a la dimensión priorización del ser cuidado, hubo similitud en cuanto a los resultados en la mayoría de los entrevistados en relación a priorizar la vivencia de la persona. Las posturas encontradas se basan en comparaciones de cuidados desde diferentes profesionales enfermeros y niveles de atención. Se percibe, que las personas, en el proceso de descubrirse inmersa en sus experiencias, empieza a ser crítica de su propia historia y del cuidado que reciben en este SAMCo, realidad que no ocurre según sus manifestaciones relatadas, en otros entes públicos.

A su vez, se han encontrado expresiones, que reclaman, que manifiestan necesidades, incertidumbres, temores, inquietudes y que, a pesar de reconocerse vulnerables ante sus vivencias de salud, logran resignificar sus experiencias y transformarse día a día con oportunidades de cuidados. "Por esta razón... "Cuidar o preocuparse por alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permite recobrar las esperanzas, acompañarle en su camino estando presentes son acciones invisibles..."⁷. Se entiende, entonces, que la variedad de acontecimientos que se asocian al ser humano aporta la información que hace referencia a la experiencia transitada, es por ello que debería ser una condición que los profesionales cuidadores posibiliten a otros, la virtud de expresarse, hacia momentos de escucha, que habilite a reconocer el derecho a poner en palabras sus necesidades más sentidas.

Estas percepciones anteriores, aunque favorables en relación a los cuidados recibidos, invitan a no desconocer otras percepciones encontradas relacionadas a la falta de equidad en el sistema; deja en-

5 Villalba R. Comunidad y Enfermería. 1ra ed. Córdoba: Brujas; 2000. p 39.

6 Reyes Vidal, A. Desafíos de la salud comunitaria en América latina. Rev. iber-oamericana de Enfermería- N°1. enero 2010; p 57.

7 Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major. Op cit. p 78.

trever que, ante su situación particular, la persona se da por vencida, y termina por convencerse en su propio discurso, justificando al sistema. Implícitamente se está dando cuenta que no todos los sistemas de salud están pudiendo responder por los principios que busca garantizar. Reconoce que debería haber muchas más herramientas para responder a las demandas de cuidados que las que están disponibles, especialmente en situaciones de urgencia. El punto de encuentro entre estas posiciones verbalizadas radica en que estas necesidades sentidas que nacen desde los pequeños centros de salud, no se conocen en profundidad, pero ponen en manifiesto las necesidades reales y potenciales de un servicio de salud.

La categoría respeto al ser exige que la enfermera acompañe a las personas en sus experiencias de salud a través del respeto hacia la persona cuidada. "El respeto a la persona impone el respeto a actuar no menoscabando la capacidad de actuar de los demás y permitirle obrar según las máximas que adoptaríamos nosotros mismos"⁸. En el cuidado y en el respeto hacia la persona cuidada aparece en escena el principio de justicia que busca tratar a todas las personas con las mismas consideraciones, sin hacer discriminaciones.

La categoría conceptual autonomía, trasladada al actuar profesional, contempla respetar las decisiones del otro y su consentimiento antes de actuar; principio que, según uno de los entrevistados, no fue considerado por la enfermera, en su magnitud. Esta voz interpela la práctica profesional ya que dentro de lo mencionado por los entrevistados, se percibe la misma sensación en relación a otros profesionales de otros establecimientos públicos como si fuera un común denominador entre los enfermeros. Sugiere la presencia de disconformidad en cuanto a cómo se plantean las instancias de cuidado. Da indicio de la existencia de una práctica de cuidado no ética, porque básicamente no incluye a la persona y sus circunstancias. Cuando el profesional naturaliza una instancia de cuidado de manera rutinaria y predeterminada, está excluyéndose de ofertar otras

posibilidades. Una práctica mirada desde esta perspectiva no habilita a ser reflexionada. Es la persona, en experiencias de cuidado, quien cuestiona las prácticas. En sus relatos, introducen, desde su mirada hacia el profesional enfermero, las diferencias de cuidado, la alteridad, la comparación de otro mundo de posibilidades de ofertas. Se pone en juego aquí la experiencia de cuidado y la importancia para quien la está transitando, según sea el profesional que proponga el cuidado. Cuando el profesional se prepara para cuidar, es necesario averiguar a qué se está dispuesto como tal, cómo lo hace y qué percepción nace al respecto. El transitar por esas experiencias permite reconocer diversidad en las formas de propiciar cuidado. Hay quienes relacionaron esta disposición con la vocación de servicio.

Conclusión y Recomendaciones

Co-des-cubrir las percepciones de las personas que transitan experiencias de cuidado permitió reconocer el valor, visión y significado que se le otorga a los cuidados propuestos por el personal de enfermería del sistema público Clucellense.

Por todo lo expuesto y a modo de conclusión, se considera que, a pesar de los esfuerzos y aportes que el profesional enfermero realiza en situaciones de cuidados, es necesario:

- Reconsiderar las políticas de Estado en pos de un abordaje más complejo que permita garantizar las herramientas necesarias para responder ante la complejidad de los cuidados presentes en el primer nivel de atención. Pensar en situaciones desde la reflexión de esta experiencia, invita a replantear la gestión de cuidados y su integración en los escenarios públicos, hacia un nivel de compromiso diferente desde las políticas de Estado.

- Fomentar y co-crear espacios de cuidado en los cuales las personas en situaciones de vulnerabilidad puedan transmitir sus experiencias desde sus propios sentimientos, con la intención única de evaluar qué proponemos cuando nos disponemos a cuidar.

8 Malvarez S. Elementos iniciales para un análisis de la ética en las organizaciones de salud. Rev. Argentina de enfermería, 2004;25(1):19.

-Incentivar a la reflexión de las distintas posibilidades que ofrece el entorno en cada situación de cuidado.

-Destacar que la práctica de cuidado propuesta por el SAMCo se caracteriza por tener una perspectiva singularizante. Esta apreciación es importante porque permite desmitificar la capacidad operativa en los niveles primarios de atención.

-Dar a conocer, en relación a la intervención de los cuidados, la importancia de los resultados beneficiosos y sostenibles que surgen de los sistemas de apoyo (familia); perspectiva de cuidado transformativa que marca precedente en este establecimiento público.

-Incentivar a que los profesionales cuidadores posibiliten a otros, la virtud de expresarse, hacia momentos de escucha, que habiliten a reconocer el derecho a poner en palabras sus necesidades más sentidas.

-Las necesidades sentidas que se desprenden de las personas que asisten a centros de salud no siempre se conocen en profundidad; por ello, es necesario valorar la necesidad de publicar las investigaciones que devienen realizadas en estos escenarios de centros primarios no solo para que todas las voces que se ponen en manifiesto sean escuchadas, sino para modificar a partir de las mismas, parámetros normativos y políticas públicas en salud que reconsideren la complejidad de la práctica disciplinar y el impacto que ocasionan ante necesidades de cuidado.

-Reforzar en el actuar profesional, el cumplimiento del principio de autonomía, y el respeto ante la toma de decisiones, ya que se descubre por las experiencias transmitidas que no siempre enfermería pudo contemplar la posibilidad y el derecho que tienen las personas a decidir sobre sus vidas.

-Destacar la necesidad de avances en el acceso a la salud, incluyendo los horarios limitados de atención, cobertura y recursos, una temática presente muy identificada; para ello es necesario la creación de espacios de reflexión y discusión mediante encuentros

entre gestores, profesionales de salud y usuarios del sistema.

-Invitar a los gestores de enfermería a ser agentes de cambio dinamizadores de sus lugares de trabajo, a no adaptarse a lo ya prescripto, a desestimar toda argumentación que busque invalidar cualquier iniciativa que pueda ser beneficiosa para quien requiere de cuidados.

Es difícil, con pocas palabras, poder expresar las reflexiones que nacen sobre todos los aspectos encontrados en cuanto a las dimensiones estudiadas y su percepción desde las voces que se permitieron hablar. No obstante esta investigación no solo permite visualizar la magnitud y el alcance de la profesión enfermera y su implicancia desde la perspectiva del otro, sino que habilita a su vez, a abrir nuestras mentes a nuevas realidades, a nuevos conceptos y a una nueva forma de pensar; si por un momento nos alejamos de la realidad en la que estamos inmersos todos los días, sin duda podremos ver el por qué de los fenómenos que nos rodean como así también el cómo podemos llegar a modificarlos.

Bibliografía

Freire, P. (1976). Educación y cambio. Obtenido de [http://www.elmayorportaldegerencia.com/Libros/Coaching/\[PD\]%20Libros%20-%20Educacion%20y%20cambio.pdf](http://www.elmayorportaldegerencia.com/Libros/Coaching/[PD]%20Libros%20-%20Educacion%20y%20cambio.pdf)

Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Duquette, A. (2005). El pensamiento enfermero (1 ed.). Barcelona: Elsevier Masson.

Maturana, H. (2001). Emociones y lenguaje en educación y política. Santiago de Chile: Dolmen Ensayo.

Reyes Vidal, A. (2010). Desafíos de la salud comunitaria en América latina. *Revista iberoamericana de Enfermería*.

Villalba R, R. (2000). Comunidad y Enfermería. Córdoba: Brujas.

Villalobos, D. d. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Revista SCIELO*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a09.pdf>

Watson, J., & Smith, M. (2002). Caring science and the science of unitary human being: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1590040&pid=S0717-9553201100030000200028&lng=es

La experiencia de abordaje integral de la población infantil del barrio 2 de Abril desde el Centro de Atención Primaria de la Salud N° 10 “Verónica Sereno” de Rafaela.

Una aproximación a la precisión diagnóstica y al seguimiento estratégico de tratamientos.

Autores:

Dra. María Belén Mendez (médica)

Dra. Laura Croatto (médica)

Lic. Ignacio Pieruccioni (kinesiólogo)

Lorena Acebal (administrativa / responsable farmacia)

Eloina Cabrera (enfermera)

Lic. Victoria Torres (Trabajadora Social)

Elida Bastida (agente territorial)

Sandra Rosso (mantenimiento)

Jesica Acosta (mantenimiento)

Mónica Vivas (responsable Voluntarias Barrido)

Mg. Melina Engler (psicóloga)

Palabras Claves: Atención Primaria de la Salud – coordinación – seguimiento – prevención – promoción.

Texto:

No hay ciencia de la salud.

Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar.

Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente al alcance de todos.

Canguilem, 1943.

Empezamos este trabajo conjunto contando una historia, la historia del barrio 2 de Abril, al sureste de la ciudad de Rafaela. Rafaela,

capital del departamento Castellanos, que es la tercera ciudad en relevancia demográfica de la provincia de Santa Fe, con 91.571 habitantes, según Censo 2010. El barrio 2 de Abril comenzó a gestarse con la compra del terreno al sureste de Rafaela por parte del Instituto Municipal de la Vivienda de Rafaela, para emplazar planes de vivienda social en el sector.

En 2001 el Instituto obtuvo un crédito del Gobierno de la Provincia de Santa Fe para financiar materiales y conducción técnica con el objetivo de relocalizar el asentamiento que se encontraba en el barrio Villa Podio. Esto dio lugar a las primeras edificaciones en 2 de Abril, sector Este, hoy conocido como Pro.Me.Ba (por el Programa de Mejoramiento Barrial que se utilizó para construir el alumbrado y pavimento). Ese asentamiento relocalizado era el más antiguo de la ciudad, con medio siglo de existencia en aquel entonces. El Programa, que finalizó en 2005, habilitó 130 viviendas, 10 de las cuales quedaron reservadas para comodatos previstos con familias que tuvieran problemáticas graves de salud, vejez, discapacidad o vulnerabilidad social. Las familias aportaron mano de obra en la construcción de las casas y los créditos se pagaron conjuntamente entre Estado y población beneficiada.

A las viviendas de Pro.Me.Ba se sumaron posteriormente 250 de Plan Federal. En 2007 la Municipalidad donó una parte del terreno adquirido a la Provincia con el cargo de desarrollar un nuevo plan, que se construirá con fondos del gobierno nacional. La edificación de las viviendas la realizó una empresa privada, que ganó la licitación de la Provincia. La entrega de las viviendas se efectuó a familias inscritas en el Registro Único de Inscripción a la Propiedad, del Instituto Municipal de la Vivienda. Allí los requisitos eran salario mínimo y residencia en Rafaela de más de 10 años. Se reservó un cupo para familias con integrantes con discapacidad y para policías.

Paralelamente financiamiento del gobierno nacional y de Cáritas permitió la ejecución

por parte del Instituto de otro plan de viviendas más. Éste tuvo un objetivo diferente al Federal: relocalizar familias distribuidas en cinco asentamientos irregulares de la ciudad. El sistema fue de autoconstrucción, que posibilitaba que la familia levante su vivienda con la colaboración y asesoramiento de un equipo técnico. Este nuevo plan representó 103 viviendas nuevas, en el sector norte de ingreso al barrio. También se reservaron 5 propiedades para comodatos con fines sociales.

Esta oleada constructiva en etapas, de planes de vivienda, que dio forma al barrio generó un crisol de familias con diferentes procedencias y los previsibles desafíos para la integración de, al menos, tres grupos poblacionales: familias de escasos recursos económicos, sin ingreso estable que habían convivido durante décadas en un mismo espacio de asentamiento irregular (Villa Podio relocalizadas en Pro.Me.Ba); familias con un ingreso predecible e incluso empleo formal provenientes de toda la ciudad (Plan Federal) y familias que habían convivido en 5 asentamientos diferentes, pero que no se conocían entre sí, también de procedencia humilde y circunstancias multiproblemáticas.

Así, la configuración del barrio pasó a tener la forma de un sector heteróclito, de familias de diferentes orígenes y con distintas costumbres, con disímiles fuentes de ingreso económico (empleo formal, empleo “en negro”, changa, cirujeo, etc.) y diversas trayectorias educativas. Los distintos procesos de conformación de cada sector del barrio incidieron en diferencias al interior del barrio, que intentaron superarse históricamente. Una gran cantidad de familias de 2 de Abril tienen entre sus miembros algún integrante con una discapacidad o un problema de salud de consideración, en algunas de ellas dos o más integrantes tienen esas características; esta circunstancia propicia la inclusión de ellas en los planes de vivienda con prioridad al momento de participar de los listados.

Entre las instituciones del barrio se cuenta la Escuela de Educación Primaria N° 1393, “José Pedroni”, que data de 2011, el Jardín de Infantes N° 271 “28 de Mayo”, inaugurado en 2006, la Parroquia San Expedito (en construcción), la Vecinal del barrio, dos comedores infantiles, Pancitas Llenas y Manzanitas, que distribuyen raciones al mediodía y a la noche, el Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT) (edificio en construcción) y el Centro de Salud N° 10 – Verónica Sereno. Las instituciones nombradas integran la Mesa de Gestión del 2 de Abril, un espacio de encuentro y construcción colectiva en el que se reúnen actores sociales que transitan el territorio.

El barrio cuenta con los servicios de agua corriente, transporte, recolección de residuos y energía eléctrica.

Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) N° 10

Nuestro relato continuará enfocado en el Centro de Salud del barrio, que funciona desde 2013, pero que tuvo un incipiente comienzo en 2005 con la llegada del Omnibus Sanitario y la instalación de una posta de salud para cobertura de la creciente población del sector. El Omnibus constituyó una estrategia inicial para brindar atención a los nuevos planes de vivienda que se propagaban en el sector, con una distancia considerable hasta el más cercano Centro de Salud, el N° 4, situado en barrio Fátima. No sólo la distancia complicaba la cobertura sino también las dificultades en la accesibilidad, por el estado de los caminos y la falta de transporte público que llegaría al barrio mucho después.

Con el correr de los años y el asentamiento de cada vez más familias en 2 de Abril, el Omnibus Sanitario fue registrando una demanda creciente, difícil de sostener con el formato de una posta de salud. Esto motivó el pedido del Consejo de Administración del Hospital Dr. Jaime Ferré y su Dirección Técnica para la creación formal de un Centro de Atención Primaria de la Sa-

lud (CAPS). La Municipalidad de Rafaela donó en 2010 el terreno al gobierno provincial con el cargo de construcción de esta institución, que culminaría finalmente en 2013 y al que se le asignaría el número 10.

- Esta característica de la historia del Centro resultaría fundamental: su construcción, crecimiento y despliegue estaría sujeto y fundamentado en la demanda real de la población en cobertura. Bloch (...) nos recuerda, así: “No es posible dar a nadie lo que ya tiene de antemano. Al menos como deseo, sin el cual no recibirá como un regalo lo que se le entregue. Es necesario que se lo apetezca o se lo haya apetecido, aunque sólo sea de un modo vago. Para que algo valga como respuesta hace falta que previamente exista la pregunta.” (Bloch, 1983) El deseo por un Centro, su necesidad, su razón de ser, su espíritu estuvo contenido desde los comienzos mismos del barrio.

En sucesivas ampliaciones iría creciendo el CAPS 10, desde un primer momento (consultorio, office y enfermería), al agregado de depósito, oficina de equipo territorial y salón de usos múltiples hasta llegar a la última ampliación, inaugurada el pasado 31 de mayo. Actualmente dispone de tres consultorios médicos (generalista, ginecología y odontología), enfermería, farmacia, administración, oficina de equipo territorial, dos salones de usos múltiples y un depósito.

Este Centro en expansión y crecimiento registra 3700 atenciones médicas entre enero y julio de 2019 y 1700 de enfermería para igual período. Presta los servicios de medicina general, dispensa de medicamentos, enfermería, kinesiología, nutrición, psicología, psicopedagogía y neurología infantil. En breve plazo se estarán sumando odontología y ginecología, así como fisioterapia y rehabilitación. Adicionalmente funciona en su espacio el proyecto de Voluntarias para el Barrido del barrio, (personas de la comunidad que contribuyen al mantenimiento del espacio público) facilitado por la Municipalidad de Rafaela,

un taller de Peluquería y el grupo de mujeres de costura Oreja de Negra que conforman desde hace poco tiempo una cooperativa de trabajo de costura. El Centro de salud N° 10 lleva el nombre de una trabajadora social del Hospital local, reconocida en el sector por su dedicación. Los vecinos fueron los que eligieron el nombre, a través de un proceso de votación.

El Centro de Atención Primaria de la Salud es un dispositivo territorial pensado para el abordaje integral y comunitario de la población en su área de referencia, trabajando con las familias con dos objetivos fundamentales: la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Entendemos la prevención en sentido crítico, como plantea Zaldúa como el proceso de intervención contextualizada que interroga los efectos en la salud de los diseños y actos técnicos, propiciando la apropiación de saberes y prácticas que promuevan la autonomía. (Zaldúa, 1999)

La salud no se interpreta como equilibrio ni normalidad sino como un proceso de articulación de determinaciones, como postula Stolkiner (Stolkiner, 1987). El objetivo de trabajo del equipo de Salud del Centro no es sólo eliminar patologías que comprometan la salud, sino abordar las situaciones-problema y lograr que la población pueda transformar sus situaciones de malestar.

La promoción de la salud por otra parte puede referirse como propone Carvalho (2008) el proceso de capacitación de los individuos y colectivos para que tengan control sobre los determinantes de la salud con el objetivo de tener una mejor calidad de vida (Carvalho, 2008). Esto implica cambios en los modos y en las condiciones de vida, refuerza la responsabilidad y el cuidado de los derechos de la comunidad por su salud.

El Centro trabaja desde los postulados de la Atención Primaria de la Salud, entendida como la fórmula la Organización Mundial de la Salud: la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente funda-

dos y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Organización Mundial de la salud, 2003)

La APS es, entonces, el primer nivel de contacto de las familias con el sistema de salud, la puerta de entrada al mismo con el objetivo de garantizar una cobertura universal. Sus componentes fundamentales son la inmunización, la educación sanitaria, el seguimiento de embarazo, puerperio y asistencia materno-infantil, la nutrición adecuada, la prevención y el tratamiento de enfermedades prevalentes y endémicas de la población y el suministro de medicamentos esenciales.

Cómo nace el dispositivo integral para clarificar diagnósticos

En la historia del Centro de Salud N° 10 la APS, el cumplimiento de sus propósitos ha funcionado como norte de su trabajo: ha permitido el acercamiento eficaz a todas las familias del barrio, pese a sus diferencias sociales, caracterizadas al comienzo del trabajo. Pero en esa cobertura no se agotaron sus estrategias. El barrio 2 de Abril tiene peculiaridades respecto a la composición de su población: un alto porcentaje presenta algún tipo de discapacidad o de situación grave de salud, muchos de ellos niños, niñas y adolescentes. Atentos a estas circunstancias, en 2018 se presenta a la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Rafaela un proyecto de trabajo para incorporar nuevas prestaciones a las vigentes en el Centro, que parten de la detección y el diagnóstico de las dificultades sanitarias y socio-educativas que atraviesan numerosas familias del barrio para acompañar a sus hijos/hijas.

En el barrio habitan numerosas familias jóvenes, por esta historia reciente de conformación de viviendas, familias compuestas por inte-

grantes de corta edad (niños y adolescentes) que arrastran diagnósticos fluctuantes, imprecisos, de retraso mental leve o moderado, déficit de atención en el ámbito escolar y dificultades varias de aprendizaje (lectoescritura, operaciones matemáticas, etc.) entre otros.

Estas situaciones combinadas con diagnósticos de hidrocefalia, microcefalia, trastorno del desarrollo, casos crónicos de desnutrición o bajo peso, impacta y condiciona su trayectoria escolar. Parte de la historia de constitución del barrio se relaciona con familias con un miembro o varios con discapacidad, dado que ha existido históricamente un cupo de viviendas o han tenido prioridad estos grupos familiares en su adjudicación. Esto genera un concentrado de familias con miembros cuyas dificultades educativas y de estimulación adecuada son manifiestas; e incluso de sostenimiento apropiado de los tratamientos médicos indicados.

En 2018 partimos de la evaluación como Centro de Salud de que la práctica cotidiana se complicaba por no contar con un dispositivo de atención y seguimiento adecuado para: a) el diagnóstico precoz de estos casos, b) la propuesta de un tratamiento y pronóstico de evolución, c) la articulación con las instituciones que correspondan para implementar esos tratamientos, d) el seguimiento en el tiempo.

A este diagnóstico hacia dentro como Centro se sumaba la sensación de que las familias experimentaban impotencia por la descoordinación entre los diversos efectores públicos, por la multiplicidad de diagnósticos o lo errático de los mismos y por la falta de seguimiento de la trayectoria educativa de sus hijos. Trayectoria que requiere apuntalamiento especial porque parte de esas “condiciones especiales”: carencias nutricionales de base, hacinamiento, escolaridad interrumpida en los propios padres, situaciones de violencia en el barrio y en las propias familias, etc. Una mamá de dos niños pequeños, residente en el Asentamiento Sur, cercano en el barrio, nos

decía por ese entonces: “me tienen de un lugar para otro, me dicen cosas que no entiendo o no se ponen de acuerdo”.

A ello se le suma que se observaba el esfuerzo de las madres y padres por sostener el jardín, la escuela común, la escuela especial, la formación laboral luego. También se notaba que sin un acompañamiento sostenido en el tiempo y la intervención de especialistas ese camino para garantizar derechos, salud y educación principalmente muchas veces quedaba trunco.

A partir del trabajo del Equipo del Centro se formuló una propuesta de abordaje centrada en el siguiente objetivo general:

- Crear y articular al Equipo del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) N° 10 un dispositivo de atención integral para el abordaje de casos multiproblemáticos en los que se combinan patologías orgánicas de base, deficiencias nutricionales, discapacidades intelectuales o de otro tipo, trastornos del desarrollo y problemas de aprendizaje en la población infanto-juvenil del barrio 2 de Abril.

En lo que respecta a los objetivos específicos de trabajo se planteó:

1. Esclarecer y formular diagnósticos precisos de patologías de base, trastornos del desarrollo, problemas de aprendizaje en la población infanto-juvenil del barrio 2 de Abril
2. Realizar evaluaciones neurocognitivas y psicodiagnósticas que complementen los diagnósticos de base médica en la población infanto-juvenil del barrio 2 de Abril
3. Ofrecer tratamiento terapéutico acorde, de la disciplina que corres-

ponda y estimulación temprana en casos de discapacidad en la población infanto-juvenil del barrio 2 de Abril

4. Articular, de ser necesario, derivaciones (sanitarias, educativas, de rehabilitación) y coordinar con ellas el seguimiento de los casos en cobertura.

Para organizar el funcionamiento del dispositivo se evaluó como necesaria la incorporación al Centro de personal médico y terapéutico con el que no se contaba, hasta el momento: neurología infantil, fisiatría, psicopedagogía y fonoaudiología.

El proyecto de trabajo fue elevado a la a la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Rafaela y a la Coordinación de Salud y Discapacidad. Durante los primeros meses de 2019 se trabajó en la búsqueda de los profesionales y en la articulación de un convenio de colaboración de estas áreas con la Universidad Católica de Santiago del Estero (UCSE), sede Rafaela, en particular con la carrera de psicopedagogía que allí se dicta.

La propuesta tuvo su primer resultado con la atención en el centro de salud, a partir de abril de 2019, de una neuróloga infantil. Casi en simultáneo se articuló con la carrera de Psicopedagogía la asistencia de cuatro estudiantes avanzadas al Centro de Salud, así como de tres profesionales ya egresadas para la atención de los casos prioritarios.

Se trabajó seleccionando entre las Carpetas Familiares del Centro de Salud (135 a la fecha) los casos que el Equipo consideraba prioritarios porque no contaran con un diagnóstico o porque éste resultara poco claro. En la organización del abordaje se estableció lo siguiente:

1. El Equipo del centro de salud N° 10 seleccionó para evaluación neurológica un total de 15 casos iniciales,

potenciales, (entre 3 y 14 años), residentes del barrio, con controles neuropsiquiátricos no realizados o desactualizados.

2. Se entrevistó a los padres para comentarles la posibilidad de dicha atención y si evaluaban que los podía ayudar.
3. Si la familia aceptó, se les entrega a continuación un turno para la neuropsiquiatra. Esa cita volvió a reforzarse 24 horas antes, para evitar incumplimientos.
4. A partir de la asistencia al turno, la neuróloga infantil confeccionó una Historia Clínica, proporcionó un diagnóstico presuntivo y un tratamiento. En la mayoría de los casos esto implicó solicitar estudios previos, estudios complementarios, informes y cuadernos escolares, evaluación neuropsiquiátrica o psicodiagnóstico.

Se organizó toda la información en una carpeta especial que permite su sencilla detección y atisbar con facilidad el estado de cada caso.

5. En el caso de que el niño o niña precise este último tipo de evaluación se derivó con el servicio de Psicopedagogía montado en el Centro. El Equipo del Centro evaluó el tipo de caso y, en conversación con la referente de las prácticas de Psicopedagogía y con las propias practicantes o egresadas, se derivó cada situación.
6. Se organizó el sistema de seguimiento de las familias para que cumplieran con los estudios, medicaciones o pedidos de neurología infantil. Esto implicó en algunas situaciones gestionar turnos, recordarle a la fa-

milia el compromiso de asistir, gestionar/entregar medicación, pedir informes escolares, etc. En esta labor de seguimiento intentó respetarse el principio de trabajo comunitario que suele repetirse el Equipo “qué pongo yo y qué pone el otro”, es decir, que no sea otra cosa que una cooperación conjunta. Este seguimiento fue encarado alternativamente por diferentes miembros del Equipo: la administradora, la médica, la psicóloga, la enfermera, la agente territorial, la trabajadora social, el kinesiólogo, las ayudantes de limpieza. Todos estuvieron atentos para “captar” a aquel integrante de la familia que pudiese ocuparse de una tarea. Se trabajó con el principio opuesto al de las quintas, los compartimentos estancos de cada disciplina.

7. Cada mes y medio o dos meses la neuróloga infantil controló los avances. Se sumaron nuevos casos detectados, con los que se implementó la misma metodología de trabajo.
8. Algunos casos se derivaron a terapias de rehabilitación (kinésica, por ejemplo). En otras situaciones se solicitó interconsulta con Psicología que también funciona en el Centro de Salud. Otras derivaciones implicaron la gestión de turnos en Santa Fe, en otros efectores públicos, por el tipo de especialidad requerida (endocrinología infantil, cardiología infantil, genética, gastroenterología infantil, entre otras)
9. Se coordinó con el Área de Discapacidad de la Municipalidad de Rafaela para la gestión de los Certificados Únicos de Discapacidad en los casos

que correspondía, previa evaluación conjunta de esta Área y el Centro de Salud. La referente del Área comenzó a asistir un día a la semana al Centro de salud N° 10 para esclarecer, con las familias afectadas, las particularidades del trámite, de las prestaciones, los alcances y beneficios. Asimismo, brindó sugerencias, esclarecimientos e información relevante a las familias para mejorar las posibilidades de rehabilitación y estimulación en cada caso.

10. Se realizaron devoluciones de los resultados y tratamientos a las escuelas involucradas, por asistir los pacientes del Centro a estos establecimientos: Escuela Especial Melvin Jones, Escuela Especial APADIR

Esta historia que contamos permitió el abordaje y seguimiento desde marzo/abril de 2019 a la fecha de 28 casos de niños/niñas/adolescentes del barrio 2 de Abril con dificultades o imprecisiones diagnósticas que derivaban en complicaciones de tratamiento y que veían menoscabadas sus posibilidades de garantizar derechos de salud y de educación.

Algunas conclusiones de nuestro trabajo

Entendemos a la familia como un sistema abierto que intercambia energía e información con el ambiente que la rodea. Como las situaciones familiares configuran una constelación multifactorial, que incluye problemas del orden económico, social y cultural la puerta de ingreso al sistema siempre es más fácil de atravesar cuando es inocua, cuando no produce iatrogenia, cuando permite aportar – desde la promoción, desde las potencialidades – al funcionamiento familiar. En ese acceso la APS es una herramienta clave.

Los principios de trabajo que orientaron las intervenciones del Equipo del Centro de

salud N°10 estuvieron sustentados en ética de trabajo en comunidad que, como plantea Videla, promueve la autonomía de la población (Videla, 1991). Las devoluciones de diagnósticos, recomendaciones, la consulta permanente con la familia propicia que sea ella la protagonista de sus decisiones y la que viabilice opciones de camino. Pedirle permiso a la familia, participar a las instituciones del barrio respecto a los casos a abordar, devuelve el lugar de responsabilidad por las trayectorias familiares a una comunidad y sus instituciones. La actitud de abandonar pretensiones normativizadoras y no intentar imponer pautas propias del estilo de vida de los miembros del Equipo también opera en el sentido de entender que la población en movimiento está habitada por sus propias fuerzas, sus tradiciones y costumbres, sus rituales y sus valoraciones. A ellos se acopla el Equipo de trabajo del Centro de Salud y no viceversa.

Si algo queremos decir con esta historia es que la demanda permite contextualizar nuestra práctica sanitaria. Como Equipo trabajamos en un barrio en el que no podemos permitirnos sólo ser un primer nivel de contacto con el sistema de salud. La complejidad de su configuración y los múltiples atravesamientos de las trayectorias de vida de las familias que lo integran provoca que se despierten otras demandas. Esas demandas exigen, voluntad política mediante, una atención sostenida, que acerque a los habitantes del barrio – fundamentalmente a niños, niñas y adolescentes – mejores respuestas para sus situaciones de bienestar/malestar.

Para finalizar, retomamos los aportes de Bertucelli en “Gestión de políticas sociales desde el enfoque de red”:

“La noción de área estratégica dice que vamos a ir a aquellas áreas donde están concentrados los problemas sociales y ahí vamos a armar una micropolítica social para esa población (...) hay caciques en

cada uno de los programas con toda la noción preventivista de que la enfermedad me da identidad: a más enfermedad tengo más identidad positiva. porque a más crecimiento en enfermedad más trabajo tengo. El operador “vive” en cuanto la enfermedad crece. Cada cual con esta noción preventiva selectiva, con lenguaje bien cautivo, adentro de cada programa conforman una Torre de Babel impecable, cada uno aprendió a diferenciarse por el lenguaje, no a construir el lenguaje común, cada uno aprendió y se enorgullece de tener un lenguaje distinto. A nosotros no nos es funcional la separación entre salud mental y salud pública. Cuando Ud. acepta trabajar desde el inicio con programas separados no los une más”. (Bertucelli, s/f)

Nuestra modesta experiencia de trabajo en este dispositivo que se pretendió integral intentó transitar en sentido inverso al refugio en “quintas” de cada profesional y a la prevención clásica: conformando un Equipo integrado, organizado para sacar adelante los casos planteados y para organizar cierto desmadre histórico de diagnósticos y patologías. En el área a cargo del Centro de salud N°10 se identificó como estratégica la resolución de las confusiones diagnósticas en el abordaje de los casos y se priorizó esta complejidad latente de nudos sanitarios y educativos en las trayectorias de los niños y jóvenes de las familias del barrio. Es la punta de una madeja que plantea mucho trabajo a futuro. Desde la tarea concreta esperamos avanzar en los resultados.

Bibliografía

Bertucelli, S. (s/f). Gestión de Políticas Sociales desde el Enfoque de Red. Confluencias Virtual. Recuperado el 27 de 08 de 2019, de BERTUCELLI, S. (s/f) “Gestión de Políticas Sociales desde el

Enfhttp://www.cv.cpsscba.org/Confluencias/CV2009/CV157/BERTUCELLI.

Bloch, E. (1983). Sujeto-Objeto. El pensamiento de Hegel. México: Fondo de Cultura Económica.

Carvalho, S. (2008). Promoción de la Salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud Colectiva, 4(3). Obtenido de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/349>

Organización Mundial de la salud. ((s/f)). Atención Primaria de la Salud. Recuperado el 27 de 08 de 2019, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (s/f) Atención Primaria de https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Organización Mundial de la salud. (2003). Informe sobre la salud en el mundo. Obtenido de <https://www.who.int/whr/2003/es/>

Stolkiner, A. (1987). Prevención en Salud Mental. Normativización o desanudamiento. Buenos Aires: IV Congreso Metropolitano de psicología.

Videla, M. (1991). Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Buenos Aires: Cinco.

Zaldua, G. (1999). Cuadernos de Prevención Crítica 1. “Violencia y Psicología”. Buenos Aires: Eudeba.

La felicidad sin camisa. Experiencias en el consultorio de diversidad sexual

Autora:

Marcela Kloster¹

Correo electrónico:

marcelakloster@hotmail.com

Palabras clave: diversidad sexual – derechos humanos

Al pensar sobre qué tema escribir, pensé en buscar alguno que a mi entender sea nuevo o poco frecuente y en ese marco pensé en escribir sobre las experiencias en el consultorio de diversidad sexual.

Desde hace poco más de tres años, comenzamos con un grupo de profesionales, principalmente médicos generales, ginecóloga, psicólogas, endocrinólogo, enfermeras y administrativas, a conocer y capacitarnos sobre el tema, propuesta que nos llega desde la Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia y Salud Sexual y Reproductiva y desde la Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual; no fue en un inicio una demanda que los equipos hayan percibido. La curiosidad en ese momento impregnó la propuesta, al menos en mi persona. En algún momento hasta creí que no era necesario, ahora sé que desconocía que tan lejos estábamos de esta necesidad. Luego de mucha lectura, instancias de estudio, debate e intercambio, algunas consultas comenzaron a agendarse, principalmente facilitadas por las asociaciones civiles que representan localmente este colectivo y la trabajadora social referente de diversidad del nodo cívico local. En la actualidad las consultas son referenciadas principalmente por difusión de los mismos usuarios y trabajadoras

de los equipos de salud.

La consulta se desarrolla en un centro de salud de primer nivel de atención de la ciudad de Rafaela. Es una consulta programada por la administrativa que lleva un contacto personalizado de todos los usuarios. El primer encuentro consiste en conocer las expectativas y necesidades de los usuarios, el control clínico y definir conjuntamente las intervenciones. En algunos casos ya recibieron o reciben asesoramiento psicoterapéutico, y continúa con el mismo terapeuta; y aquellos en los cuales se percibe como necesidad, se incorporan la intervención de psicología. Posteriormente, principalmente en etapas de tratamientos en donde intervienen profesionales de enfermería, fortalece el seguimiento y aspectos que son aportados por esta área retroalimentándose la atención con este aspecto.

Repensando las historias conocidas, una palabra se repetía y sonaba de distintas maneras en mi interior: la felicidad, distintas maneras de sentirla, tanto para las personas trabajadoras de la salud como aquellos que consultan.

En la rutina del consultorio de medicina general, en pocas ocasiones experimento que parte de mi trabajo es hacer feliz a quien acude a la consulta. Algunas veces puedo escuchar, aliviar, curar y con ello se construye algo de mejora o tranquilidad. Pero desde mi experiencia en el consultorio de diversidad sexual siento, por primera vez, que trabajo para que quienes vienen puedan encontrar su camino para poder ser como se sienten. Y así fluyen sin pensarlo expresiones de felicidad, explicitadas en palabras, ojos vidriados, voces entrecortadas, agradecimientos y abrazos.

Cuando comienza el proceso, se acompaña la posibilidad de la transformación a un verse pleno y en armonía; esto completa a su vez una práctica profesional feliz: a menudo recibo más de lo que doy. Esto que al comienzo era lo raro, lo juzgado por estar fuera de la norma, se transforma tan simplemente

1 Medica Especialista en Medicina General y Familiar. Diplomatura en Gestión en Salud (Universidad Nacional de Avellaneda – UNDAV). Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Isalud). Directora Nodo Salud Rafaela (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe)

en una relación en donde la opresión se libera encontrándose un ser único, desnudo y en armonía con su sentir.

Parte de esta opresión es expresada por L. al recuperar su historia:

Cuando cumplí los quince años mi papá quiso festejarlo, su sueño era verme vestida como quinceañera. Acepté con la condición de que sería la última vez que llevaría un vestido. Cuando me llevaron a la modista para hacer mi vestido, no sabía de qué me hablaba. Jamás había reparado en la moda, telas, colores, etc., no sabía...; ella hizo el vestido que quiso, yo no la pude ayudar. Esa fue la última vez que use un vestido”, cuenta L (varón trans) acompañado de su padre. Cuando le consulto al padre desde qué edad comenzó a notar los cambios, él respondió “desde los tres años, nunca quería que le pongamos polleras o vestidos, corría y se ponía pantalones debajo.

Este transcurrir no es fácil en un principio: poder decir y comunicar a los vínculos más cercanos, suele ser un proceso de mucho temor y dolor. Temor por la desaprobación y la pérdida de amor en estos círculos en los cuales creció y se desarrolló. Para algunas personas las amistades, relaciones laborales, educativas pueden ser un poco más fáciles, no sin enfrentar prejuicios, pero estas situaciones suelen transcurrir más fácilmente, especialmente si existe el acompañamiento de sus afectos más cercanos.

Por su parte, los estándares establecidos por la WPATH para el trabajo desde la diversidad sexual proponen algunos puntos básicos (Helien & Piotto, 2012):

- Exhibir respeto a las personas con identidades no conformes con su género (no patologizar las diferentes identidades de género o sus expresiones)
- Dar atención y recurrir a los conocimientos de otrxs colegas para acompañar la identi-

dad de género de la persona y ayudar a aliviar los padecimientos que pueden producirle los procesos ligados a su construcción

- Es necesario formarse en cuestiones de cuidado de la salud y necesidades que presentan las personas transexuales, transe géneros y los individuos no conformes con su género, incluyendo los beneficios y riesgos de cada opción de tratamiento
- Elegir el tratamiento más aproximado a personas específicas, en particular para sus propias metas y expectativas, para aliviar sus necesidades y expresiones
- Procurar los consentimientos informados de las personas antes de que comiencen los tratamientos
- Ofrecerles continuidad en sus cuidados para funcionar como sostén dentro de sus familias y comunidades (escuela, trabajo, etc.)

Autores tales como Judith Butler enfatizan a la identidad como una categoría construida social e históricamente:

La “coherencia” y la “continuidad” de la persona no son rasgos lógicos o analíticos de la calidad de la persona, sino, más bien, normas de inteligibilidad socialmente instituidas y mantenidas. En la medida en que la identidad se asegura mediante los conceptos estabilizadores del sexo, género y sexualidad, la noción misma de “la persona” se cuestiona por el surgimiento cultural de esos seres con género “incoherente” o “discontinuo” que parecen ser personas pero que no se ajustan a las normas de género culturalmente inteligibles mediante las cuales se definen a las personas. (Helien & Piotto, 2012, pág. 86)

En esta línea, el sociólogo Stefan Hirschauer describió a la transexualidad como una “construcción social” y un “proyecto histórico” (Helien & Piot-

to, 2012). Es decir, no es un diagnóstico que exista en el individuo, sino una señal socialmente construida y creada por la medicina. Muchos textos afirman que la transexualidad es tan antigua como la humanidad, sin embargo en los discursos médicos y psicológicos es un fenómeno reciente. Existen múltiples registros de comunidades y etnias que desde tiempos remotos escapaban a la clasificación binaria del género en el interior de su sistema social. A través de la historia esto se fue catalogando como pecado, delito o enfermedad.

Algunxs teóricxs, como la antropóloga Norma Mejía (Helien & Piotto, 2012), postulan que en realidad no existe la transexualidad, sino transgenerismos. Esto querría decir que no se cambiaría de sexo, sino de género. Aquellas personas pueden diferir su identidad de género con el sexo que se les asignó al nacer y expresar su identidad de género de maneras diferentes: a través de su vestimenta, comportamiento y gestos para vivir según el género que sienten. Algunas personas toman hormonas y pueden someterse a una cirugía para transformar su cuerpo con el fin de que coincida con su identidad de género. Algunas personas transgénero rechazan el entendimiento tradicional de género dividido en “masculino” (varón trans) y “femenino” (mujer trans), y se identifican solo como transgénero, intergénero, de género fluido o de otras formas.

Muchos preguntan si las personas transexuales pueden tener la misma variedad de orientación sexual que quienes no lo son. La respuesta es sí: pueden ser heterosexuales, bisexuales u homosexuales. La identidad está relacionada con cómo uno se reconoce a sí mismo y lx reconocen lxs demás y, a partir de esto, se construye una orientación sexual en tanto un aspecto vincular: quién me excita, quién me enamora o con quién me relaciono desde el punto de vista afectivo y erótico.

La Ley Nacional N° 26743 de Identidad de Género garantiza el reconocimiento de la identidad de las personas del colectivo trans, estableciendo la obligatoriedad del trato digno por parte del Estado en todos sus niveles, hayan o no accedido estas per-

sonas al cambio registral. Contempla el acceso a la garantía de sus derechos atendiendo la especificidad del colectivo (Ley N° 26.743 de Identidad de Género, 2012). A nivel provincial en Santa Fe el decreto N° 2332/16 de creación de programas de Asistencia y protección de Derechos a personas de LGBT es el primer instrumento legal en la provincia que refiere específicamente a la protección y promoción de derechos de derechos para lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex. Por medio del mismo se crean los programas de política pública por medio de los cuales se implementan estrategias (Decreto N° 2332, 2016).

Desde el año 2017 en donde comenzamos a capacitarnos y alojar en la consulta a la diversidad de género, han concurrido 13 personas por asesoramiento, de las cuales están bajo tratamiento de hominización en forma continuada 9 personas, 5 son mujeres trans con tratamientos hormonales feminizantes y 4 varones trans con tratamientos hormonales masculinizantes, uno de ellos en tratamiento conjunto con cirugía para futura mastectomía. El resto de las personas usuarias se encuentran en proceso de evaluación clínica y psicológica.

La experiencia de transformación es en general satisfactoria para lxs usuarixs y no se han registrado complicaciones que ameriten la interrupción de los tratamientos. Las modificaciones más frecuentes son elevación de enzimas hepáticas, TSH y Prolactina.

Ser feliz, para Ortega era “(...) encajar en sí mismo, y coincidir en la propia vida” (Rodríguez Huescar, 2019). En la felicidad la conciencia se hace transparente al ser y refleja la vida auténtica. En un antiguo cuento persa, “la camisa del hombre feliz”, se hacía referencia a una persona que no tenía camisa, lo que sugiere que la verdadera felicidad no depende de sucesos exteriores ni de condiciones materiales de la existencia sino de la particular actitud ante la vida. La felicidad se trata de alcanzar una actitud cuyo secreto radica en la aceptación de sí mismo y en la vida, con sus luces y sus sombras, con sus dones y sus límites.

Para Aristóteles, la felicidad no era una disposición sino una praxis, un esfuerzo y una actividad del ser humano, el arte de ser unx mismx, la praxis del autoconocimiento y realización personal.

Es por esto que digo que el consultorio de diversidad sexual es en realidad un espacio de conocimiento mutuo, en donde se construye la posibilidad de ser como siente ser y con ello encontrar la felicidad.

Bibliografía

Atención de la salud integral de las personas trans. Guía para equipos de salud. (2015). Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Atención integral de la salud de las personas trans. Recomendaciones para los equipos de salud. (2018). Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Decreto N° 2332. (27 de 09 de 2016). Boletín Oficial. Argentina.

Helien, A., & Piotto, A. (2012). Cuerpxs equivocadxs. Hacia la comprensión de la diversidad sexual. Argentina: Paidós.

Ley N° 26.743 de Identidad de Género. (24 de 05 de 2012). Boletín Oficial. Argentina.

Rodríguez Huescar, A. (10 de 11 de 2019). La verdad como coincidencia del hombre consigo mismo. Obtenido de El país: https://elpais.com/diario/1980/10/18/cultura/340671604_850215.html

Aportes desde una perspectiva sociológica para analizar el sufrir ¹

Autora:

Lucía Guadalupe Pussetto²

Correo electrónico: lucigp@hotmail.com

Palabras clave: mujeres – sufrimiento humano – sociología

A modo de introducción

La escena de una persona que sufre no es ajena a nadie. Todos hemos estado en alguna oportunidad cerca de un ser sufriente y son distintas las reacciones corporales o emocionales que eso genera. Asimismo, sobre el sufrimiento mental se han escrito incontables páginas, incluso con argumentos sobre la carencia de recursos simbólicos por parte de los sujetos sufrientes, de su posible peligrosidad o falta de capacidad de decidir, también se han vulnerado derechos esenciales. Pero el sufrimiento es también un desafío teórico, de análisis y reflexión para las ciencias sociales.

De allí pretendemos realizar un estudio sociológico del sufrimiento humano, centrándonos en un análisis y comprensión del sufrimiento de mujeres en tratamiento psiquiátrico ambulatorio a las que se les ha diagnosticado una enfermedad psíquica crónica³. Partimos de reconocer el sufrimiento in-

serto en relaciones objetivas y vinculado a procesos de discriminación, desesperanzas e incertidumbres, injusticias, falta de expectativas, precarización laboral, relaciones de poder, violencia de género.

Se ha intentado, a modo de filtro epistemológico continuo, no quedar atrapados solamente en relatos, sino profundizar el análisis a fin de comprender los marcos sociales e institucionales en los que se dan los procesos del sufrir y, por ende, en los que se fundan, agravan o alivian. Nos enfocamos en lo que significa convivir y aprender a vivir con un padecimiento mental, cuál es el significado del problema de salud mental para la persona que lo sufre, qué lo originó y qué influye para agravar dicho sufrimiento, como así también cuáles son las vidas y escenarios deseados.

Comprender el sufrimiento de las mujeres entrevistadas implicó realizar un estudio que incluye las dimensiones social, cultural, biográfica y emocional de las mismas, de otra forma su sufrimiento se tornaría incomprensible y cualquier lectura en torno al mismo sería incompleta.

Ello requirió la exploración de la compleja línea de vida personal, de los vínculos creados o dañados, y de los espacios por los que transitan o en los cuales construyen su cotidianeidad. Esto se realizó mediante entrevistas en profundidad, en su versión entrevistas narrativas, pero enfocándonos en ciertas oportunidades en temas nodales que hacen a la construcción biográfica. La muestra quedó conformada por diez mujeres de distintas edades pero todas ellas mayores a dieciocho años. Los criterios

1 El artículo que se comparte es extracto de la tesis de Licenciatura en Sociología presentada y defendida en la FHUC – UNL el 24/5/2019 – Director: Ernesto Meccia. Dada la extensión reglamentaria se han suprimido los capítulos correspondientes al análisis de los objetivos específicos los cuales se pueden leer en dicho trabajo de investigación

2 Abogada (Universidad Nacional del Litoral – UNL). Socióloga (Universidad Nacional del Litoral – UNL). Integrante del Dispositivo Soporte Estratégico Regional (DISER – Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe)

3 La cronicidad del malestar ha sido calificado por las mujeres entrevistadas, realizando las mismas una aproximación teórica hacia lo que debe considerarse como tal

que se controlaron fueron el que sean mayores de esa edad y que se encuentren realizando tratamiento psiquiátrico, no así la educación, ni la situación laboral, ni el poseer o no obra social.

No es nuestro propósito centrarnos en la herida o el trauma, ni en la posibilidad de reparación o cura, tampoco indagar si el sufrir de una persona es idéntico al de otra, si es posible medirlo o si es verdad lo que narran durante las entrevistas; lo que se propuso fue una reflexión sociológica en torno al sentido que se le otorga al sufrimiento, cómo las mujeres entrevistadas aprenden o han aprendido a sufrir, y qué ha permitido que las mismas encuentren la posibilidad de autoproyectarse para dar una continuidad a sus vidas.

Lo que sentimos y cómo o por qué sufrimos es tan importante para la dinámica de las comunidades y el bienestar de hombres y mujeres, como lo que pensamos, decimos o hacemos. Colocar al actor sintiente en el centro de la escena es de notable importancia teórica para intentar comprender sociológicamente la realidad, sobre todo si partimos de la base que las experiencias de sufrimiento vividas por los individuos no son meras experiencias psicológicas totalmente privadas e individuales. Es decir, los significados que los sujetos les otorgan a las experiencias y los mundos subjetivos pasan a ser instrumentos para poder analizar y significar el mundo social y viceversa.

Referencias académicas y científicas en relación con el tema propuesto

El concepto de sufrimiento tiene un espectro de referencia e interpretaciones amplio, impregnado de significación cultural y alto contenido de supuesta intimidad. Consecuencia de ello se pueden encontrar diversas propuestas analíticas, teóricas y académicas dentro de las ciencias sociales en torno a esta noción.

Por un lado, se plantea un reconocimiento del dolor desde el silencio de las experiencias de sufrimiento como la forma de respetar la dignidad humana, colaborando desde los espacios académicos

y científicos también, y no siempre de forma inocente, con la aceptación y resignación; compartir el dolor o pretender que las personas por medio del lenguaje lo signifiquen, solo agravaría ese dolor. Aquí también se podría incluir aquella línea que rechaza la consideración del sufrimiento como analizador social por considerarlo, tanto en su dimensión física como psíquica o emocional, como una experiencia netamente subjetiva y particular, no traducible en palabras dada la total incapacidad del lenguaje para describir o dar sentido al dolor, el que podría comprenderse si no se comparte el mismo dolor.

Por otro lado, Daas (Daas, 2008), Wilkinson (Wilkinson, 2011), Bourdieu (Bourdieu, 1999), Kleinman (Kleinman, 1988), Arendt (Arendt, 1993), Fassin (Fassin, 2003), instalan una política de reconocimiento del sufrir basado en la necesidad de otorgar un significado a las experiencias de dolor y aflicciones humanas, aspirando a que los sujetos sufrientes sean reconocidos como significantes de ese sufrimiento por medio de narrativas y de un lenguaje que ellos adecúen. Así, las ciencias sociales deben dotarse de herramientas conceptuales y metodológicas para lograr comprender acabadamente la realidad vivida por los sujetos y la forma en que las dimensiones sociales o culturales median esas experiencias.

Otra disyuntiva que se abre ante la pregunta acerca del sufrimiento humano o la necesidad de darle sentido es la posibilidad de conocerlo y explicarlo, o por el contrario tenerlo como algo inexplicable. Aquí es donde el testimonio, el relato o la narrativa abren la puerta para acceder al sufrimiento, encontrar responsables, sobrellevarlo y argumentar las injusticias, sin centrarse el intérprete en la verdad objetiva sino en la validez de la respuesta como aquella "(...) habilidad de transmitir realidades experimentales en condiciones localmente comprensibles" (Holstein, 1995, pág. 6). Es así, junto con la calidad, la responsabilidad profesional y el respeto por el Otro, con que la narrativa se convierte en dato. Hanna Arendt, en su magnífica obra "La condición humana" (Arendt, 1993), hace alusión a este punto,

afirmando que si bien el dolor y el sufrimiento es la experiencia humana más privada e incommunicable, al no presentarla y hacerla pública deviene en olvido, en inexistente, y por ende su repetición aparece como inexorable.

Actualidad política y jurídica sobre el abordaje del sufrimiento subjetivo

Las biografías de las mujeres con las que trabajamos se encuentran circunscriptas en un momento histórico caracterizado por una transición, un cambio coyuntural en cuanto a la consideración de los problemas mentales y la forma de abordarlos, cambio político, jurídico, institucional. Como todo cambio paradigmático no se da sin tensiones, ni retrocesos, ni actores que ejercen presión en la dirección contraria, ya sea por cuestiones de poder simbólico o económico.

Históricamente la “locura”, los “sujetos peligrosos” o “anormales”, fueron segregados o reducidos a diagnósticos netamente orgánicos o genéticos. Desde hace unas décadas se está dando un movimiento a nivel internacional de desmanicomialización, que tuvo una fuerte impronta en Italia de la mano del psiquiatra Franco Basaglia en la década del '70. Dicho movimiento a su vez es sostenido por la defensa de los Derechos Humanos que realizan ciertos actores sociales y políticos, por las políticas públicas inclusivas, las denuncias de ONGs y de usuarios del sistema de salud o sus familiares, por conclusiones y aportes científicos desde diversas disciplinas. Es tensionado, por otro lado, por cuestiones económicas, de la industria farmacológica, por presiones sociales fundadas en el miedo a lo peligroso, por disciplinas históricamente hegemónicas.

En nuestro país, y en nuestra provincia dicha transición paradigmática se ve cristalizada incluso en reformas legales. La provincia de Santa Fe podría considerarse como una de las provincias pioneras, al igual que Río Negro, en reformar su legislación y por ende presentar modificaciones en las intervenciones sanitarias y judiciales en relación con los problemas de salud mental. En el año 1991 se sanciona la Ley

Provincial de Salud Mental N° 10.772 (Ley provincial de salud mental N° 10772, 1991) y, si bien no se reglamentó hasta el año 2007 (Decreto reglamentario N° 2155, 2007), algunos de sus aportes comenzaron a hacerse presentes en las salas de los hospitales psiquiátricos y en los despachos judiciales.

Pero realmente fue necesaria la lucha colectiva de profesionales y trabajadores, familiares de usuarios, actores políticos, para poder comenzar a instalar la sustitución de las lógicas manicomiales, proponiendo un corrimiento desde la hegemonía médica a un trabajo interdisciplinario y sobre todo la implementación de dispositivos alternativos al encierro irrestricto en salas monovalentes.

En dicha línea fue celebrada la sanción de la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental (Ley nacional de salud mental N° 26657, 2010) con su decreto reglamentario N° 603 (Decreto reglamentario 603, 2013), y posteriormente la reforma que llega de la mano de la sanción del Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación en agosto de 2015, que realiza una notable modificación en lo que respecta a la capacidad jurídica y los motivos y formas de restringirla, entre otras.

Las reformas legales, sanitarias y políticas que comenzaron a presentarse no son sin consecuencias en la vida de las personas. Seguramente hay una ampliación de sus derechos y se consideran las reformas propuestas y sancionadas en sintonía con principios internacionales y con una defensa de los Derechos Humanos, pero si no son completas ni vienen de la mano de generación de nuevos espacios, de la formación de los recursos humanos que están al frente de las instituciones, de una pelea certera contra la frialdad y la avaricia de la industria farmacéutica, las personas quedan a la deriva. Así, la ley refuerza por un lado la capacidad y competencia de los sujetos, pero por otra deja desprotegidas a las personas que realmente no pueden por sí solas tomar ciertas decisiones, cuidarse, cuidar sus bienes, sus hijos, y requieren la ayuda continua de otro.

Si bien tanto la reforma provincial como la na-

cional plantean la creación de propuestas y reconocen derechos, en la provincia de Santa Fe existe una notable inequidad en relación con ello. Las dos grandes ciudades, Santa Fe Capital y Rosario, centralizan la mayor cantidad de recursos, dispositivos educativos, recreativos, laborales y habitacionales.

Es una contrariedad bastante perjudicial para las personas que se propongan tratamientos en sus lugares de origen, donde tienen sus centros de vida, y no cuentan con la alternativa de un alojamiento digno en caso de no tener vivienda ni recursos o cuando la convivencia familiar se torna nociva para su salud, poniendo de manifiesto las condiciones de posibilidades disímiles y difícilmente modificables. Esto genera frustraciones, rechazos, incertidumbres y una vulneración de derechos reconocidos.

Por este escenario es donde las mujeres que entrevistamos se encuentran caminando un escenario de reformas, de empoderamiento, de resignificación de derechos, pero sin contar muchas de ellas con recursos (simbólicos, subjetivos, materiales, educativos, etc.) para desenvolverse, por no haberlos podido acumular o no habérseles permitido obtenerlos durante su vida, y sin que la sociedad ni los Estados (de distintos niveles), actualmente, garanticen esos recursos.

Lejos está este trabajo de realizar una justificación o defensa del encierro eterno y multitudinario que va de la mano con los institutos psiquiátricos. Por el contrario, se reconoce el menosprecio a la dignidad de la persona humana que ello conlleva y por ende se lo repudia, pero no se debe dejar de advertir que la vida por fuera de la institución enfrenta a las mujeres a exigencias y deseos que no siempre pueden o saben cumplir o satisfacer en su plenitud, frustrándose sus proyectos de vida en determinadas oportunidades, e influyendo eso en su sufrimiento.

Si bien la desmanicomialización y restricción de las situaciones de encierro y aislamiento evita el menoscabo a la dignidad y libertad que en muchas situaciones se venía dando, y seguramente tiende a

reconocer y restaurar derechos, existe notable tensión entre los marcos legales, culturales e institucionales y la vulnerabilidad social que reflejan los padecimientos mentales. Esa vulnerabilidad social condiciona, o incluso determina, “(...) los modos de sentir, las experiencias corporales, las formas de regulación, control del placer y el dolor” (Epele, Violencias y traumas. Políticas del sufrimiento social entre usuarias de drogas, pág. 220).

El sufrimiento no desaparece estando afuera de las instituciones psiquiátricas, sino que muta y se vive de otra manera. Hoy el modelo de atención les recomienda educarse, trabajar, vivir en comunidad, cumplir el rol de madres, decidir. En ellas se depositan expectativas y responsabilidades que no encuentran siempre un correlato en recursos psíquicos, sociales o simbólicos. Se modela así su padecer, “(...) el sentimiento es distinto (...)” en una época y lugar diferente, diría A. Hochschild (Hochschild, 2008, pág. 182).

Líneas de análisis trabajadas

Compartimos algunas ideas finales, las cuales surgen del trabajo realizado.

En primer lugar, se ha podido trascender los relatos e indagar sobre los procesos sociales y culturales que sostienen el sufrimiento humano. Luego de recorrer las narraciones de las mujeres que participaron de la investigación, y que conviven con un dolor que las acompañará continuamente yendo y viniendo, se puede observar que lo que duele de forma constante entre las mujeres no son sólo las voces extrañas oídas y que retumban en sus cabezas, ni el aceleramiento del corazón en una crisis de excitación psicomotriz, ni los días de encierro, ni el silencio que tiñe el insomnio, ni la tela apretada en las muñecas que fija el cuerpo a una cama de hospital, ni duelen los cortes o las curaciones que queman la piel lastimada justamente para aliviar otro dolor. Duele mucho más el convivir con relaciones violentas o abusos sexuales que tornan indefensas y silenciadas-mentirosas-delirantes a sus víctimas, duele la “locura” porque vulnerabiliza ante las expe-

riencias insoportables y paraliza ante la mirada despectiva de los otros. Duele no poder cuidar de sus hijos porque así se supone que ocurre con personas “inestables”, o duele no tener hijos por haber sufrido operaciones o abortos o porque los hijos que tuvieron las rechacen por vergüenza; duele porque no se hace fácil tener una pareja compañera que las respete, porque no es posible estar en todo momento en paz, porque ciertos lugares activan los peores recuerdos diariamente. Duele la presión que impone el contexto político y social de cumplir con ciertas normas o prototipos que no siempre es posible cumplir, como por ejemplo reclamar y luchar por la reivindicación de sus derechos, de ser responsable de sus actos, de las decisiones que toman, de la crianza de los hijos. Duele la frustración y la exclusión. Duele la soledad a la que suele llevar el padecimiento mental, y eso lo advertimos al indagar sobre las relaciones sociales que las mujeres han visto frustradas a lo largo de su historia, los pocos vínculos fuertes que mantienen, la escasez de nuevos lazos y la no participación de comunidades del dolor. Duele la vida, también, afuera de las instituciones.

Las microprácticas o los signos del sufrir⁴ que se experimentan encuentran una estrecha vinculación con la vulnerabilidad social, no tanto económica, y con los sistemas de dominación, sobre todo ideológicos y culturales.

Vemos entonces que en un contexto jurídico-político-institucional que intenta aliviar el dolor, el mismo se sigue reproduciendo e incrementando, esto por la connotación sociocultural de los motivos del sufrir. Ese sufrimiento se transforma, muta, adopta distintas modalidades, habita en otros espacios y sigue destruyendo lazos sociales. Ante una reforma que hace frente al problema de la institucionalización de los individuos, la judicialización de la locura, la patologización del sufrimiento, se presen-

tan consecuencias complejas, se abren otros problemas, y surgen nuevas tensiones, como así también se frustran reclamos que tienen relación sobre todo con la falta de acceso a la Justicia.

Las narrativas son un entramado de hechos influenciados por condiciones económicas, familiares, sociales, y fueron construidas por la necesidad de reivindicar la verdad, de crear un diálogo entre el mundo exterior e interior de las mujeres. Asimismo, han sido interpretadas en clave sociológica a fin de poder, desde el sentido otorgado por las mujeres, analizar el sufrimiento.

Por medio de los relatos pudimos identificar los calendarios del sufrimiento, los que no reconocen una linealidad rígida sino que se forman por períodos o acontecimientos recurrentes o únicos, que perturban la identidad de las narradoras, caracterizados por la intersubjetividad y la presencia de actantes⁵ bien identificados por las mujeres, que crean un tiempo especial, determinan el curso de la trayectoria y reconocen una inteligibilidad arqueológica⁶.

Narrar, escribir sobre el sufrimiento le da sentido al mismo, y dar sentido al dolor permite desde el presente proyectarse, pensar también en un futuro diferente y cuestionarse sobre las condiciones o no de posibilidad de dicho futuro, esto gracias a las características de la narración de ser expansiva y proyectiva. Pero sobre todas las cosas permite conocer lo nodal del sufrimiento y observar que ciertas relaciones de poder y dominación son las que median, engendran o intensifican los dolores del alma, que frustran o excluyen, sin dejar de lado, claro está, los importantes e irremplazables aportes que desde las ciencias médicas o desde la psicología se hacen.

Aquí la conexión de lo relatado con las cuestiones de género es ineludible. En las vidas narra-

4 Se entienden por signos del sufrir aquellas experiencias en las que el sufrimiento es corporizado y que suele acompañar a las mujeres en ciertos episodios biográficos que reconocen como de gran sufrimiento

5 Actante entendido en el sentido de fuerza que ejerce influencia en la biografía o la narrativa, pudiendo ser humano o abstracto, según clasificación de Greimas recuperada por Meccia

6 Según lo analizado en Conde, Idalina al realizar una diferencia entre inteligibilidad cronológica y arqueológica (Conde, 1993)

das, vidas de mujeres que padecen hace años, la violencia o dominación por parte de algún hombre, y la sumisión a éste, estuvo siempre presente de alguna forma, como así también las exclusiones y las indiferencias, incluso en la gran mayoría de los relatos se han identificado episodios de abusos sexuales. Las mujeres no identifican su padecimiento mental como exclusivamente subjetivo, sino que lo encuentran íntimamente relacionado a estos acontecimientos socio-biográficos e intersubjetivos, identificándose una conjetura entre esos acontecimientos vitales y las experiencias de sufrimiento, experiencias mediadas por lo social y por condiciones de posibilidades culturalmente instaladas.

Al no naturalizar la vulnerabilidad de las mujeres entrevistadas por ser pacientes psiquiátricos abrimos la puerta a considerar su real capacidad de reflexión y acción, de gestión de sus emociones, de utilización de saberes, de encubrimientos que permiten formas de socialización (Goffman, 2008), al punto incluso de advertir que intentan también construirse desde otras vulnerabilidades para continuar sus vidas o reivindicar derechos. Sin perjuicio de ello esa capacidad suele ser negada o limitada en ciertos contextos socioculturales (contextos educativos, laborales, jurídicos, en los propios hogares, en las instituciones de salud).

Cuando a las mujeres se le preguntó sobre el origen o justificación de su sufrimiento, vimos que suelen intervenir en sus respuestas actantes tangibles y científicamente abordables, y esto invita a las ciencias sociales a continuar explorando el origen del sufrir. Esto hace que la responsabilidad también se ubique en otra esfera y por ende sea posible la gestión del sufrimiento por parte de los sujetos para poder subsistir o modificar algún determinismo limitante, a pesar de que no siempre lo social, lo cultural, lo económico otorga los recursos necesarios a los sujetos para que puedan hacerlo. No obstante, es enorme el esfuerzo que hacen por gestionar su dolor, su imagen, sus emociones, su identidad, encontrándose incluso en sus biografías con frustraciones que generan una especie de re-sufrimiento.

Lo individual, lo que hace al individuo en sí mismo, y por ende el sufrimiento más íntimo, es resultado primordialmente, junto con otras posibles causas, de lo social, de las relaciones entre las que se encuentra inmerso, del entorno socio-cultural que lo circunda, de las institucionalidades que lo atraviesan. Y es también precisamente en la cultura donde encontramos las herramientas necesarias para poder comprender qué nos pasa, qué genera el dolor, qué hace vulnerable a los individuos, qué hacen ellos con sus sufrimientos, y cómo se puede aliviar.

El mirar hacia un costado, mostrándose indiferente, eligiendo ser indiferente, es una de las reacciones de las personas ante el dolor, pero claramente no es la postura adoptada por quienes, desde las ciencias, no queremos ser partícipes de la defensa del silencio ni de las relaciones en las que los dominantes conservan sus lugares en detrimento de la vida de otros.

Bibliografía

- Arendt, H. (1993). *La condición humana*. España: Paidós.
- Arfunch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Argentina: Fondo de Cultura Económica para la Argentina S.A.
- Bourdieu, P. (1999). *La Miseria del Mundo*. Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Conde, I. (1993). *Falar la vida*. Traducción de Ernesto Mécia.
- Daas, V. (2008). *Sujetos de dolor, agentes de dignidad*. Colombia: Francisco A. Ortega editor.
- Decreto reglamentario 603. (29 de 05 de 2013). *Boletín Oficial*. Argentina.
- Decreto reglamentario N° 2155. (28 de 09 de 2007). *Boletín oficial*. Argentina.
- Delory – Momberger, C. (2009). *Biografía y educación. Figuras del individuo proyecto*. Argentina: CLACSO Facultad de Filosofía y Letras.
- Di Leo, P. y. (2013). *Quiero escribir mi historia*. Argentina: Editorial Biblos Sociedad.
- Epele, M. (Violencias y traumas. Políticas del sufrimiento social entre usuarias de drogas). *Violencias y traumas. Políticas del sufrimiento social entre usuarias de drogas. Cuadernos de Antropología Social*, N° 14. Argentina: Univesidad Nacional de Buenos Aires.
- Fassin, D. (2003). *Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigran-*

tes en Francia. Cuadernos de Antropología Social, N° 17. Argentina: Universidad Nacional de Buenos Aires.

Flick, U. (2004). Introducción a la Investigación Cualitativa. España: Paideia.

Giner, S. (2014). Sociodicea. Clivatge, Estudis i testimonis sobre el conflicte i el canvi socials.

Goffman, E. (2008). Estigma, la identidad deteriorada. Argentina: Amorrortu Ediciones.

Hochschild, A. R. (2008). La mercantilización de la vida íntima. Argentina: Katz editores.

Holstein, J. (1995). La entrevista activa. Marquette University. Traducción: Patricia Lucilli, Lara Makasimovic y Lorena Fuentes.

Illouz, E. (2010). La Salvación del alma moderna. Terapia, emociones y cultura de la autoayuda. Argentina: Katz editores.

Kornblit, A. L. (2007). Metodología cualitativa de las ciencias sociales. Argentina: Editorial Biblos.

Le Breton, D. (1999). Antropología del Dolor. España: Editorial Seix Barral S.A.

Leclerc – Olive, M. (2009). Temporalidades de la experiencia.: las biografías y sus acontecimientos. Iberoforum Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana. Año IV, No. 8. México: Universidad Iberoamericana A.C.

Ley nacional de salud mental N° 26657. (03 de 12 de 2010). Boletín Oficial. Argentina.

Ley provincial de salud mental N° 107772 . (26 de 12 de 1991). Santa Fe, Argentina.

Meccia, E. (2012). Subjetividades en el puente. El método biográfico y el análisis microsociológico del tránsito de la homosexualidad a la gaycidad. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social. N°4. Argentina.

Moscato, J. (2011). Historia cultural del dolor. España: Santillana Ediciones Generales.

Scribano, A. (2009). A modo de epílogo ¿Por qué una mirada sociológica de los cuerpos y las emociones? Cuerpo(s), Subjetividad(es) y Conflicto(s).... Argentina: Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad CICCUS.

Wilkinson, I. (2011). Social Suffering and the New Politics of Sentimentality. Obtenido de Traducción de Patricio Ferreira : <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9780203875575.ch39>

Tejiendo ideas

Autoras:

Armando, Verónica¹;

Gómez, Rosa²

Correos electrónicos:

caps2@samcorafaela.com.ar;

veronicaarmando@yahoo.com.ar;

rosaestergomez@yahoo.com.ar

Palabras clave: mujeres – tejedoras – salud –
encuentro – participación comunitaria

“Cuantos más hilos se trenzan, más hermoso es el diseño, reflejando los colores que pintan el universo. La belleza de la trama le viene de lo complejo. Requiere mucha paciencia hacer un tejido nuevo. Hay que ponerle coraje, bordar gozo y sufrimiento con la fuerza de tus manos, los latidos de tu pecho. Hay que inaugurar talleres donde viva lo diverso, refugios de la esperanza, lugares de nacimiento, donde nadie quede afuera de la fiesta y el encuentro.” La belleza de la trama – Humberto Pegoraro

Desde el año 2014 un grupo de mujeres se reúne todos los martes a la tarde en el salón de usos múltiples del centro de salud N° 2 de la localidad de Rafaela. A partir de las 13:30 van llegando con sus bolsas con lanas, agujas, mate y las ganas de reencontrarse para compartir sus vivencias en la semana. En su mayoría son mujeres mayores de 40 años, algunas van acompañadas de sus hijas. Organizan sus horarios de trabajo y participación en otros talleres para no faltar a esa cita que tanto las reconforta.

¿Cómo nace esta ronda de tejedoras?

Este dispositivo surge a partir de la escucha en las diferentes consultas donde las mujeres relataban conflictos familiares, algunos de ellos con situaciones de violencias. Como equipo de salud consideramos que podría favorecer a este grupo un lugar donde puedan reunirse para descubrir la importancia de tener un espacio propio, establecer vínculos con otras mujeres, mediante una actividad manual que puede propiciar cierto alivio. Contemplando las experiencias previas relacionadas a las actividades manuales propusimos el tejido como eje del encuentro.

¿Por qué Tejiendo Ideas?

Cuando tejemos entrelazamos hilos para formar una trama y un objeto determinado que es pensada por todas. Las tejedoras entrelazan los hilos de su vida estableciendo vínculos que las fortalece incrementando el desarrollo de las habilidades personales y sociales.

Parte del material se reciben de donaciones de la comunidad, agujas de tejer u otros elementos específicos los aporta el Estado. No obstante, en su mayoría las participantes aportan el material que van a utilizar. Esta consigna fue propuesta para fomentar en ellas las potencialidades de sus recursos y la solidaridad grupal.

El tejido fue la actividad que dio inicio, pero no es la única. En el tiempo transcurrido surgió la idea de incorporar otras manualidades ya que algunas de las participantes asisten a otros talleres manuales, traen diferentes propuestas y comparten los saberes, tales como bordado, técnica de falso vitreaux y falso enlozado.

El taller no sólo está enfocado a la tarea manual, sino que también las integrantes del grupo proponen temas a través de los cuales consideran que puede mejorarse la salud, a partir de los cual se van convocando al diálogo a los distintos profesionales

1 Psicóloga. Integrante del Centro de Atención Primaria de la Salud N° 2. Docente de la Universidad Católica de Santiago del Estero (UCSE). Maestranda en Salud Mental (Universidad Nacional de Entre Ríos – UNER)

2 Enfermera comunitaria. Postítulo de Docencia en Enfermería (Instituto Tezza)

del equipo que van circulando por el espacio.

Al mismo tiempo, las mujeres del grupo han asumido un rol activo en la salud de la comunidad, desarrollando actividades de promoción y prevención. En este sentido, participan activamente en la organización de diferentes eventos relacionados con el calendario de salud donde entregan presentes confeccionados por ellas. Tejieron gorros y mantas para entregar a las mujeres que asisten al taller de embarazo. En el mes de la lucha contra el cáncer realizaron lazos color rosa para entregar en una charla informativa y en el festejo del día de la madre. Tejieron mantas que fueron entregadas a un Hogar de ancianos y otras son utilizadas en el taller de kinefilaxia que se realiza en el centro de salud. Realizaron llaveros para entregar en el Congreso Provincial de Salud y en el 1° Encuentro de Centros de Salud de la ciudad (2014). Compartieron un encuentro en el Museo Urbano Poggi de Rafaela con el grupo Bordadoras en el Museo, de la ciudad de Córdoba, donde intercambiaron experiencias. Asisten a diferentes eventos organizados por otras instituciones.

Conversando con las mujeres, algunas de ellas han expresado cómo viven esta experiencia. En este sentido, Marta comenta: “Comenzamos con la psicóloga Verónica y Rosita la enfermera, después se incorporó Cintia y Marita, también venían otras doctoras. Me gusta el taller de tejido y bordado, me gusta compartir, estar bien con mis compañeras, gracias a Dios me va bien con ellas (...)”. Por su parte, Lidia refiere: “Me siento a gusto con ellas y no veo la hora que llegue el martes. Yo me sentía sola y tenía ganas de salir de mi casa. Me gusta tejer y estoy muy conforme con el grupo.” María rescata: “(...) acá hay mucho compañerismo. Todos tenemos mal momentos en casa y acá lo charlamos y nos sentimos mejor.”

El acompañamiento a este grupo de personas es para el equipo una tarea sumamente valiosa teniendo en cuenta que es un espacio saludable para ellas, para la comunidad y para el equipo de salud.

Primer Censo Provincial de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental-

Santa Fe, marzo de 2019 ¹

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe

Dirección Provincial de Salud Mental

Autora:

Mag. Ps. Paula Raviolo

Dirección Provincial de Salud Mental

Referente Región Centro 2018 -2019

Docente Universitaria e Investigadora FCE- UNL

I. Introducción:

La Ley Nacional de Salud Mental No. 26657 (en adelante LNSM), sancionada en 2010 y reglamentada en el año 2013 es, para los argentinos, no sólo un punto de inflexión en la historia de los modos de concebir y abordar la “locura” en el país, sino también un cambio de paradigma para la sociedad en general: tanto en la conceptualización misma de la “Salud Mental”- definida como un proceso determinado por múltiples componentes, una cons-

trucción histórico-social principalmente vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas- como en la concepción del padecimiento subjetivo, su marco de atención y abordaje- interdisciplinario, intersectorial, con base en la comunidad - así como los criterios de internación - como último recurso, por ser el más restrictivo, en base a la noción de riesgo y no de peligrosidad, en Hospitales Generales, en pos del cierre y reconversión de los hospitales monovalentes- y la creación del Órgano de Revisión, entre otras definiciones.

En la provincia de Santa Fe, la Ley Provincial de Salud Mental No 10.772 (LPSPM) sancionada en el año 1991 y reglamentada en el 2007, es una de las normativas pioneras, a nivel provincial, en el abordaje del padecimiento y sufrimiento subjetivo desde una la perspectiva de derecho. En conjunto con la Ley No. 13.733 del Órgano de Revisión y Promoción de Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe, sancionada en 2018 y reglamentada en 2019, enmarcan desde lo legal, posiciones tanto clínicas como políticas e ideológicas.

En este sentido, tanto por sus dimensiones como por su novedad, el primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental

1 Ministra de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dr. Andrea Uboldi; Directora de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe: Ps. Liliana Olguin; Referente y Coordinadora general del censo: Ps. Paula Raviolo, Coordinadores censales:

Dirección de Salud Mental: Ps. Paula Raviolo;

Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria- Fac. Ps. UNR: Ps. Rubén Caligaris;

Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental- Rosario: Instructor Ps. Franco Ingrasia;

Residencia y Concurrencia Interdisciplinaria en Salud Mental – Santa Fe/CISAM: Instructor Psq. Ignacio Alassia.

Coordinadora Administrativa Rosario: Maria Eugenia Herrera.

Autoridades y cuerpo docente de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria: Ps. Iris Valle, Ps. Silvia Grande.

Censistas Santa Fe: Aníbal Mendiburo; Mercedes Barrati; Héctor Recce; Sofía Sufritti; Jéscica Ramírez; Gonzalo Paye; Stefanía Den Dauw; José Ignacio Olivieri; Leandro Chiale; Ezequiel Matías Gattaz; María José Osorio; Paola belén Barge; Cintia Carolina Córdoba; María Emilia Tellechea; Greta Minuchin; Barú Celso Delmiro; Ramírez Lucia.

Censistas Rosario: Giselle Bravo; Agustín Angeleri; Mariano Kantor; Estefanía Delpippo; Agustina Tagliamonte; Silvina Cabrera; Nicolás Bonantini; Matías Duarte; Victoria Señor; Fabricio Motto; Carla Dotta; Melanie Novell; Belén Terán Agustina Freggiaro; Josefina Cherri; María José Rodríguez Peña; Di Cosco Rodrigo; Fattori Luisina; Fierro Paula; Hang Lucrecia; Mazzetti Natividad; Mujica Victoria; Ontanilla Mauro; Plaza Antonela; Scetti Julián; Silvestrini Rosana S.; Vitrich Danisa; Manuel Lisandro Baravalle; Paula Sague ; Miranda Julia Arfeliz; Celestino Nahuel Senzamicí

Censista Reconquista y Referentes de Salud Mental en la región: Lic. Fernando Ceballos y Laura de la Rosa.

Agradecimientos: Movimiento de Usuarios de Salud Mental.

Colaboración: Dirección Provincial de Información para la Gestión: Lic. Ma. Luz Torres, y Lic. Juan Hermann; Secretaría de Derechos Humanos.

(CNSM), a 16 años de reglamentación de la Ley Nacional, y, en consecuencia, el Primer Censo Provincial de Personas Internadas por Motivo de Salud Mental (CPSM), resultan ser un hito histórico tanto nivel provincial, nacional y latinoamericano.

El artículo 35 de la LNSM insta a que, en el plazo de 180 (ciento ochenta) días de su sanción, se realice un censo nacional en instituciones públicas y privadas de Salud Mental, para relevar la situación de las personas internadas allí, discriminado: "... datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes" (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010). A su vez indica que este censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de 2 (dos) años.

II. Antecedentes del censo:

La Dirección Provincial de Salud Mental, en conjunto con la Dirección Provincial de Información para la Gestión del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe cuenta, dentro de sus líneas de acción prioritaria, el desarrollo de recomendaciones y propuestas de registros en materia de Salud Mental, produce datos y los analiza en función de fundamentar y programar planes y acciones estratégicas, tanto en el ámbito de las prácticas ambulatorias del primer nivel de atención², como en internaciones en hospitales generales y monovalentes y servicios de guardia.

Si bien la provincia dispone de datos estadísticos y epidemiológicos, en relación a las internaciones diarias por motivo de Salud Mental, tanto en hospitales generales como en hospitales psiquiátricos de la red pública de atención, no sucede lo mismo en relación a las instituciones privadas.

Esos datos son contruïdos por los equipos tratantes -recopilados y sistematizados por la Direc-

ción de Información para la Gestión- y se analizan en base a los egresos según unidad de producción, en este caso: Salud Mental. En este sentido, los usuarios de los servicios de Salud Mental participan, de forma indirecta, en la construcción de los datos disponibles.

Ambos criterios, la falta de datos del ámbito privado, así como la ausencia de datos recopilados directamente de los usuarios, fueron dos de los factores que se evaluaron a la hora de considerar la necesidad y factibilidad de adecuarse al censo propuesto por Nación.

Por otra parte, también se realizó un análisis y evaluación del instrumento propuesto para la recolección de datos (ver anexo). Los aportes y avales tanto de la Organización Panamericana de la Salud, como del órgano de Revisión Nacional de la Ley de Salud Mental y el Consejo consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones, le otorgan al instrumento mayor validez, confiabilidad y representatividad, factores decisivos a la hora de evaluar la pertinencia de su implementación directa en la provincia de Santa Fe.

Finalmente, en el análisis de factibilidad de la concreción de un censo en la provincia de Santa Fe, también se consideraron las capacidades y recursos disponibles, necesarios para llevarlo a cabo.

En relación a los recursos humanos y las capacidades blandas, (experiencia previa en torno a la problemática, capacidad de escucha, formación, etc.) la provincia cuenta con las capacidades humanas y materiales necesarias para poder realizar, de forma autónoma, un censo provincial.

Sin embargo, en relación a las capacidades duras y tecnologías disponibles, se ponderó el acceso a las tecnologías necesarias para el procesamiento, revisión y tabulación de datos provista por na-

2 Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Municipalidad de Rosario (2019) " Propuestas de Registro de Consulta Ambulatoria de Salud Mental en la Red de Servicios de Salud", consultado el 11/11/19 en <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/250873/1317758/>
Dirección Provincial de Información para la Gestión, Ministerio de Salud de Santa Fe; "Instructivo para el registro de situaciones de salud mental en servicios de guardia" (2019) consultado en octubre 2019 en <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/255427/1344057/>

ción, así como la colaboración y aportes brindados por nación, como un factor necesario para la efectiva concreción del censo.

III. **Censo Provincial de Personas Internadas por motivo de Salud Mental- Santa Fe, marzo de 2019**

El CPSM 2019 es un relevamiento realizado por la Dirección Provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en conjunto con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de la Nación, a fin de generar información de calidad y datos sólidos para programar planes, priorizar políticas y líneas de acción en materia de salud mental provincial.

Un censo es el conjunto de las operaciones consistentes en recoger, recopilar, evaluar, analizar y divulgar determinados datos relativos a toda su población. De manera general, el objetivo fundamental de un censo es proporcionar información sobre el tamaño, la distribución y las características de la población. Los datos censales se utilizan para la formulación de políticas, la planificación y la administración, así como para la gestión y la evaluación de programas. (Naciones Unidas, 2011)

Como todos los censos, el CPSM tiene ciertas características principales comunes (Naciones Unidas, 2011), a saber:

- a) la labor preparatoria;
- b) el empadronamiento o recopilación;
- c) el procesamiento de datos, que incluye la introducción (teclado o escaneado), la revisión y la tabulación de los datos;
- d) la construcción de bases de datos y la difusión de los resultados;
- e) la evaluación de los resultados; y
- f) el análisis de los resultados.

En este trabajo, se realiza una descripción

y análisis, principalmente, de los puntos a y b mencionados (preparación y recopilación de datos) quedando los puntos restantes para futuros análisis y publicación.

a- Labor preparatoria

La labor preparatoria comprende muchos elementos, entre ellos el establecimiento del calendario, la organización administrativa, la cartografía, la creación de un listado de unidades institucionales e individuales a censar, la elaboración del programa de tabulación, la preparación del cuestionario y la formulación de planes y capacitación de personal para tareas de empadronamiento, de ensayos previos, de procesamiento de datos y de difusión. (Naciones Unidas, 2011)

En esta fase, la DPSM, en coordinación de la DNSM, estuvo a cargo de la coordinación general, la realización de los cronogramas, la logística en cuanto a recursos económicos, materiales y humanos, la definición de las instituciones a censar, su cartografía y el contacto con las mismas.

La DNSM puso a disposición la capacitación virtual y, en terreno de los censistas, la notificación formal vía mail con las instituciones y la coordinación presencial del mismo.

El censo fue llevado a cabo durante los días 27, 28, 29 y 30 de mayo de 2019.

a.1. Criterios de definición de las instituciones y población a censar:

En un primer momento la DNSM puso a disposición, como base inicial, el listado de las instituciones registradas con internación monovalente en salud mental de la provincia de Santa Fe en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES).

A partir de esta base, se verificaron y triangularon datos con: los registros facilitados por la Dirección de Auditoría Médica dependiente del Ministerio de Salud provincial; información proveniente del Equipo de Protección de Derechos de Usuarios

de Salud Mental; y datos de cama disponibles corroborados directamente con cada institución.

Como criterio de inclusión se consideraron a todas las instituciones públicas o privadas con internación monovalentes en salud mental; y como criterio de exclusión, se descartaron las instituciones con internación por motivos exclusivo de adicciones y los hogares de discapacidad, adultos mayores, niñez y adolescencia.

Como excepción se incluyó al Hospital Dr. Emilia Mira y Lopez, históricamente hospital psiquiátrico, y actualmente polivalente, ya que cuenta con dos salas de internación monovalentes en salud mental.

De un listado inicial de 25 instituciones, finalmente 19 correspondían a los criterios propuestos y 1 una se incluyó de manera excepcional.³

	Nombre	Departamento	Origen del financiamiento	Camas disponibles	Personas censadas
1	COLONIA PSIQUIATRICA DR. ABELARDO FREYRE	IRIONDO	Público	230	199
2	HOSPITAL GENERAL POLIVALENTE DR. MIRA Y LOPEZ	LA CAPITAL	Público	47	44
3	CLINICA DE SALUD MENTAL CRECER	LA CAPITAL	Privado	14	26
4	CLINICA DE SALUD MENTAL CRECER 1	LA CAPITAL	Privado	14	
5	HOSTAL DE LA RED INTEGRAL DE ASISTENCIA MENTAL ¹	LA CAPITAL	Privado	8	
6	SANATORIO DE SALUD MENTAL LA MERCED CON CENTRO DE DIA	LA CAPITAL	Privado	93	78
7	SANATORIO DE LA COSTA	ROSARIO	Privado	34	40
8	CLINICA PLAZA ALBERDI	ROSARIO	Privado	20	19
10	CLINICA RIO DE SALUD MENTAL	ROSARIO	Privado	24	18
11	SANATORIO SAN FELIPE	ROSARIO	Privado	64	50
12	CENTRO REGIONAL DE SALUD MENTAL DR. AGUDO AVILA	ROSARIO	Público	63	52
13	SANATORIO ALEM (PSIQUIATRICO)	ROSARIO	Privado	42	44
14	SANATORIO AVENIDA (PSIQ)	ROSARIO	Privado	45	35
15	SANATORIO PSIQUIATRICO SAGRADO CORAZON DE MARIA	ROSARIO	Privado	42	14
16	SANATORIO NEUROPATICO PSIQUIATRICO	ROSARIO	Privado	82	83
17	SANATORIO PSIQUIATRICO DEL SUR	ROSARIO	Privado	44	35
18	CLINICA IMPAR (PSIQ)	ROSARIO	Privado	19	19

³ Enlace a Google maps con ubicaciones:
 Nodo Santa Fe y Reconquista: <https://goo.gl/maps/9hQGLmGmiNzYxGLm9>
 Nodo Rosario: <https://goo.gl/maps/6Y2jStCfpddgC2M58>

19	SANATORIO PSIQ Y HOGAR CON CTRO DE DIA ASOC ITAL DE SOC MUTUOS J MAZZINI	SAN MARTÍN	Privado	64	25
20	CLINICA DE SALUD MENTAL BRAMARDO II	VERA	Privado	30	32
		Totales	Público: 3 Privadas: 17	979	813

Tabla 1. Fuente: Elaboración Propia.

a.2 Criterios de selección de los censistas:

Los censistas fueron seleccionados según criterios previamente definidos, los cuales principalmente consistieron en la experiencia previa y formación específicas en temáticas de salud mental. De esta manera, el equipo estuvo conformado por 54 censistas (tabla 1)

Procedencia Institucional	Cantidad
Dirección Provincial de Salud Mental	7
Secretaría de Derechos Humanos	2
Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental:	
RISAM sede Santo tomé, SAMCo Dr. R. Alfonsín,	5
RISAM sede G. Baigorria, Hospital Eva Perón.	17
Concurrencia Interdisciplinaria de Salud Mental	7
CISAM sede Santa Fe, Hospital Dr. E. Mira y López	
Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Co-munitaria, Facultad de Psicología, UNR.	16
TOTAL	54

Tabla 2. Fuente: Elaboración Propia.

Como hecho inédito, se incluyó a usuarios de salud mental en la figura de veedores del proceso censal.

Durante todo el proceso censal, se contó con la presencia de 5 (cinco) coordinadores censales pertenecientes a la Dirección Nacional de Salud Mental

b- Recopilación

El instrumento de recolección de datos consta de dos apartados. El Primer apartado consistió en preguntas realizadas directamente a las personas internadas, siendo algunas de las mismas de carácter intransferible. El segundo apartado consistió en preguntas realizadas a los equipos tratantes, para lo cual

previamente se enviaron vía mail las preguntas a las instituciones para garantizar la accesibilidad a la información en caso de no encontrarse el equipo tratante a disposición.

INSTRUMENTO	CARACTERIZACIÓN DEL DATO RECABADO	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Preguntas 1 a 21: destinadas al usuario (4 intransferibles ²⁾)	Dato subjetivo en base a lo referido por el usuario	Dato recabado directamente de la comunicación directa con el usuario. Apela a la participación de los usuarios en la definición de sus problemáticas de salud mental, al pleno ejercicio de los derechos y la presunción de la capacidad para ejercerlos. El equipo censista actuó como apoyo a la hora de responder al censo.	No todos los usuarios tenían la capacidad suficiente para responder a la encuesta de forma autónoma. El dato debe analizarse con la categoría de verdad subjetiva. A pesar de que el equipo censista se capacitó para brindar apoyo, la diversidad y complejidad de situaciones encontradas, la institucionalización en algunos casos y los diversos grados de discapacidad en otros, deben ser tenidos en cuenta a la hora analizar los datos.
Preguntas 22 a 31 destinadas al equipo tratante, o extraídas de fuentes secundarias (HC, informes)	Dato objetivo recabado en base a las Historias Clínicas y la evaluación profesional del equipo tratante	Apunta a generar líneas de análisis en torno a los políticas y dispositivos necesarios para garantizar la adecuada atención y los procesos de externalización e inclusión en la comunidad.	A contar con la información solicitada previamente, en la mayoría de los casos no se consultó fuentes secundarias. Para propiciar la pesquisa de los datos necesarios, y no pudiendo garantizar la presencia de los equipos profesionales durante el censo, las preguntas destinadas al equipo tratante fueron enviadas previamente vía mail.

Tabla 3. Fuente: Elaboración Propia

b.1. Reflexiones surgidas en torno al instrumento de recolección de datos:

Existen datos de descripción poblacional que deberían ser recabados de forma objetiva (ej. edad, nacionalidad, provincia de procedencia, estado civil, escolaridad, capacidades sensoriales y motrices, ingresos, vivienda, cobertura en salud) y otros que podrían ser comparados entre la percepción y comunicación directa del usuario y datos objetivos formales (ej. motivo por el cual no recibe visitas, disponibilidad de vivienda e ingresos), algunos que claramente son intransferibles y sólo deben ser respondidos por los usuarios (ej. identidad de género, actividad laboral

u oficio de interés, accesibilidad al uso del teléfono, información que le brindan, decisiones en relación a sus tratamiento, etc.) y, finalmente, otros que deben surgir de la consulta directa de las historias clínicas y los informes disponibles (ej. consentimiento, información, modalidad de tratamiento, informes a juzgados en caso de corresponder, etc.).

I. A modo de cierre:

En pos de un aprovechamiento genuino del esfuerzo realizado, es necesario encarar las etapas restantes del proceso censal, a saber: la consolidación de una base de datos adecuada y, finalmente, el análisis y difusión de los resultados arrojados.

El esfuerzo puesto en la concreción del censo es sólo una parte de trabajo total. Es necesario continuar con el proceso para que los datos puedan servir de utilidad, en tanto arrojan una foto instantánea en relación a la escena actual de cómo está la provincia en materia de salud mental, con la promesa de delinear los caminos posibles a transitar y el lugar hacia el cual llegar.

Bibliografía

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019). Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de salud, Buenos Aires. Obtenido de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001549cnt-2019-09-06_primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental.pdf

Ministerio de Salud. (1991). Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772. Santa Fe. Obtenido de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>,

Ministerio de Salud. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Buenos Aires: Ministerio de salud.

Ministerio de Salud. (2013). Reglamentación de la Ley Nacional N° 26.657. Decreto Reglamentario 2013. Obtenido de <https://goo.gl/x7YfX2>.

Naciones Unidas. (2011). Manual de revisión de datos de los censos de población y vivienda. Revisión 1. Naciones Uni

IV. Anexo: Instrumento de recolección de datos Censales

PREGUNTAS AL USUARIO
¿Cuántos años tiene? (en años cumplidos)
La identidad de género con que usted se percibe es...
¿Posee DNI; LE; pasaporte; cédula; u otros documentos de identidad?
¿En qué país nació?
¿En qué provincia vivía antes de ser internado?
¿Cuál es su estado civil?
¿Sabe leer y escribir?
Si contestó negativamente ¿Sabe leer y escribir c/ ayuda/apoyo?
Máximo nivel educativo alcanzado
¿Tiene dificultades para:
ver, aún con anteojos o lentes puestos?
oír, aun cuando usa audífono?
caminar o subir escalones?
agarrar objetos y/o abrir recipientes con las manos?
¿Para recordar o concentrarse?
Comunicarse (entender o hacerse
entender) usando su lenguaje habitual?
En caso de externación, ¿Hay alguna actividad laboral u oficio que quiera realizar?

Actualmente, ¿Realiza alguna labor remunerada que pueda continuar realizando en caso de externación?
¿Tiene ingresos económicos? Y los administra
¿Tiene vivienda? Y dispone de ella
¿Tiene cobertura de salud por...
Si usted quiere usar el teléfono cuando necesita para contactarse con allegados...
¿Recibe visitas?
16'- Si no recibe visitas, ¿Por qué motivo no las recibe?
¿Realiza salidas de la institución actualmente (último mes) de forma autónoma (sin necesitar compañía)?
¿Realiza salidas de la institución actualmente (último mes) acompañado?
En el momento de la internación (primera semana de la misma) ¿le informaron cómo era el tratamiento y qué efectos tenía?
Durante la internación ¿puede tomar decisiones, evacuar consultas, opinar sobre su tratamiento?
En caso de que durante la internación haya querido (o quiera actualmente) acompañamiento espiritual, ¿pudo tenerlo?
PREGUNTAS AL EQUIPO TRATANTE
Para vivir en comunidad el usuario requerirá
Asistencia para actividades de la vida
diaria (alimentarse, higienizarse, vestirse y/o desplazarse)
Atención ambulatoria
Atención domiciliaria supervisada
Acompañamiento al usuario, familiares y
allegados
Hospital de día comunitario
Centro de día comunitario
Dispositivos de inclusión sociolaboral
Dispositivos de inclusión habitacional
Hogares y familias sustitutas
¿La persona internada firmó consentimiento informado?
Si
No
NS/NC
¿La persona cuenta con curador?
Si
No
NS/NC
¿La persona tiene abogado defensor?
Si
No
NS/NC
La persona continúa internada porque...
El equipo tratante evalúa que hay riesgo cierto e inminente para sí o para terceros
Existen problemáticas sociales o de vivienda

El usuario no aceptó la externación
Otros motivos
Fecha de internación (último ingreso): 28- Fecha de internación previa (anteúltimo ingreso):
Fecha de primera internación registrada en la institución:
Fecha de anteúltima remisión de informe al juzgado:
Fecha de última remisión de informe al juzgado:

(Footnotes)

- 1 Clínica de Salud Mental Crecer, Crecer 1 y el Hostal de la Red Integral de Asistencia Mental, en los hechos fueron consideradas como una única institución.
- 2 Preguntas que aparecen subrayadas en el instrumento



"Mi historia": Verónica Bertone



"El Parque alegre": Natalia Ferreyra



"Artaca": Hortensia

Ministerio de Salud
Dirección Provincial de Salud Mental

Nodo de Salud Rafaela