

2014-03-17

Caracterización de la dinámica de trabajo en dispositivos de Salud Mental que operan en los tres niveles de atención en la ciudad de Mar del Plata y Necochea

Riccio, Florencia

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/29>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inn



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
.....

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O.C.S. N° 143/89

**“Caracterización de la dinámica de trabajo en dispositivos
de Salud Mental que operan en los tres niveles de
atención en la ciudad de Mar del Plata y Necochea”.**

Autora:

Riccio, Florencia (DNI 31.960.027 - Matrícula: 7091/05)

Supervisor:

Lic. Más, Fermín

Mar del Plata – 2013

Uso del trabajo de Investigación

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Riccio, Florencia (DNI 31.960.027), de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento de la autora.

Aprobación del Supervisor

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la alumna Riccio, Florencia (Matrícula 7091/05), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los..... días del mes de del año 2013.

.....

Lic. Más, Fermín

Informe de Evaluación del Supervisor

En mi condición de supervisor del presente trabajo de investigación realizado por la alumna Riccio, Florencia (DNI 31.960.027 - Matrícula: 7091/05), dejo constancia de aprobación de los contenidos del mismo. La lectura del trabajo permite observar el logro de los objetivos propuestos a través de una exposición clara, ordenada y coherente. Con respecto a las condiciones formales de la presentación se cumple con lo estipulado en la reglamentación vigente. Se trabajó respetando las pautas de la planificación, en forma ordenada y comprometida, resolviendo con eficiencia y responsabilidad las distintas situaciones.

Por todo lo anterior, apruebo el trabajo realizado y este informe final.

Mar del Plata, 2013.

Lic. Más, Fermín

Presentación ante la Comisión Asesora

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Riccio, Florencia (Matrícula 7091/05).

.....

Firma y aclaración

Fecha de aprobación: de..... del 2013.

*Agradezco, principalmente, a mi supervisor de tesis
por la ayuda incondicional brindada, sin él este trabajo
de investigación no hubiera sido posible.*

*A una gran amiga, quien colaboró en el contacto
de los casos seleccionados.*

*A ellos y a todos mis seres queridos,
les agradezco inmensamente y
les dedico el logro de un intenso camino transitado
lleno de aprendizajes, esfuerzos y satisfacciones.*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Título del proyecto:

“Caracterización de la dinámica de trabajo en dispositivos de Salud Mental que operan en los tres niveles de atención en la ciudad de Mar del Plata”.

PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE
PREGRADO.

APELLIDO Y NOMBRE- MATRÍCULA

Riccio, Florencia- 7091/05

Director:

Lic. Más, Fermín

Descripción Resumida

1- Título del proyecto:

“Caracterización de la dinámica de trabajo en dispositivos de Salud Mental que operan en los tres niveles de atención en la ciudad de Mar del Plata”.

2- Resumen:

Se trata de una investigación descriptiva de tipo exploratorio-descriptiva mediante la cual se pretende la descripción de las dinámicas de trabajo de atención a la Salud Mental. La primera década del siglo XXI se ha caracterizado por cambios significativos y rápidos lo cual nos ha situado ante contextos dinámicos que comportan la necesidad de afrontar nuevas exigencias y desafíos en nuestra actividad. La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos. La Ley Nacional de Salud Mental 26657/09, trae aparejado un cambio de paradigma que deja de entender a las personas con discapacidad mental como objeto de asistencia para pasar a considerarlas sujetos de derecho. Y promueve el abordaje multidisciplinario, incluyendo aspectos históricos, sociales, culturales y económicos.

3- Palabras clave:

Dinámicas de trabajo- Niveles de atención- Salud Mental

Descripción Detallada

Título del proyecto: Caracterización de la dinámica de trabajo en dispositivos de Salud Mental que operan en los tres niveles de atención en la ciudad de Mar del Plata.

1- Motivos y antecedentes

En el presente trabajo de investigación se pretende caracterizar las dinámicas de trabajo en los tres niveles de atención a la salud mental, para lo cual, a continuación, se asumirá el concepto de dinámicas de trabajo como emergentes resultantes del interjuego dinámico entre factores de diferentes órdenes: políticos, sociales, culturales, institucionales, imaginarios.

Se tomarán como dimensiones de las dinámicas de trabajo:

- Servicios: aquí se incluyen cuáles son, cómo atienden y cuándo atienden.
- Recursos humanos: comprende a profesionales, técnicos, auxiliares, otros.
- Actividades que realizan: ateneos, congresos.
- Sistemas de atención.
- Perfil de los recursos humanos.
- Cultura organizacional y prácticas de trabajo.
- Articulación institucional.
- Valoración de los usuarios.

A su vez, se tendrán en cuenta factores externos influyentes, tales como:

- Demanda: tipo, complejidad.
- Institucionales.
- Salud de los trabajadores.
- Culturales.

Se delimitará como campo de estudio la ciudad de Mar del Plata. En lo que respecta a los servicios de salud mental, configurados de la siguiente manera: en atención primaria, la ciudad cuenta con 30 centros de salud, de los cuales 17 poseen servicio de salud mental; la atención secundaria se distribuye en los servicios del HIGA (Hospital Interzonal de Agudos) y el HIEMI (Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil); además la región cuenta con servicios de atención de las adicciones, C.P.A (Centro Provincial de Atención

de las Adicciones) y S.E.M.D.A (Servicio Municipal de Atención de las Adicciones). En lo que respecta a su dinámica de funcionamiento, los hospitales provinciales atienden la demanda espontánea al mismo tiempo que reciben derivaciones de los hospitales municipales (Más & Andriotti Romanin, 2004).

A modo de una breve descripción del contexto mundial, se podría decir que “la primera década del siglo XXI se ha caracterizado por cambios significativos y rápidos en los contextos laborales y organizacionales de todo el mundo: incremento de las interdependencias (globalización), del uso de tecnologías muy variadas, del carácter distribuido y complejo del trabajo y, en general, de la incertidumbre e impredecibilidad de los escenarios económicos, políticos, financieros y empresariales. Ello nos ha situado ante contextos dinámicos que comportan la necesidad de afrontar nuevas exigencias –en conocimientos y habilidades, tanto técnicas como sociales– y desafíos en nuestra actividad. Consecuentemente, ha sido necesario reformular y reinterpretar las formas y los modos de funcionamiento de los equipos en estos nuevos contextos, tanto en organizaciones públicas como privadas” (Goodwin, Burke, Wildman & Salas, 2009).

“En cuanto al papel desempeñado por el Estado, se trata de tomar en cuenta cómo a partir de casi tres décadas de deserción del Estado, no sólo se empobrece a las mayorías, sino que se instaura en nuestro país la lógica del mercado, la cual es en sí misma, una lógica de la arbitrariedad, de la discrecionalidad del más fuerte, implícita en múltiples prácticas sociales y asignación de recursos y de establecimiento de reglas de juego” (Dicapua, Valentino & Lagiú, 2004). De este modo se configuran ambientes de trabajo en los que transcurren subjetividades, bienestares, malestares y psicopatologías.

“Si nos desplazamos a actividades que suceden en contextos institucionales más formalmente definidos -Hospitales, Programas, Centros de Salud- (...) la problemática traída por los usuarios tanto como las vicisitudes institucionales del sector y las variaciones en los principios y formas organizativas del sistema de salud constituyen un escenario donde lo genérico, lo particular y lo singular se articulan en cada discurso y en cada acción” (Stolkiner, 2001).

En relación a esto, la Ley Nacional de Salud Mental 26657/09, trae aparejado un cambio de paradigma que deja de entender a las personas con discapacidad mental como objeto de asistencia para pasar a considerarlas sujetos de derecho. La norma parte de la presunción de capacidad de todas las personas y de que el abordaje en salud mental debe ser multidisciplinario, incluyendo aspectos históricos, sociales, culturales y económicos. A

su vez, los servicios y efectores de salud públicos y privados deben contar con la debida acreditación de la autoridad competente.

Continuando con la línea de la presente investigación, al indagar sobre el concepto de salud se puede observar que éste ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La concepción posmoderna de salud-enfermedad postula que “las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social. Por ello, la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona” (Vergara Quintero, 2007). “La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos” (Suárez, 2001).

“Se podría considerar a la salud mental como un rizoma (...). Un rizoma es un modelo descriptivo o epistemológico en el que la organización de los elementos no sigue líneas de subordinación jerárquica (...) sino que cualquier elemento puede afectar o incidir en cualquier otro” (Deleuze & Guattari, 2004). “Según los principios de conexión y heterogeneidad, cualquier punto del rizoma puede ser vinculado con cualquier otro punto (...) El pensamiento moderno remitía a la unidad o a la dicotomía; el pensamiento rizoma, a la multiplicidad” (Díaz, 2007).

Al afrontar esta relación entre los factores sociales, la salud y la enfermedad, el profesional de salud se adentra en relaciones de mayor complejidad, tales como la influencia de la enfermedad o la salud sobre las conductas y viceversa; dependencia recíproca que a su vez es influida por la relación del hombre con su entorno social, por la posición socioeconómica que ocupa en este entorno y por su conducta social propiamente dicha (Almirón, 2008). Al hacer referencia a la salud de los trabajadores implicados en los servicios de salud mental, se tendrá en cuenta el término psicodinámica del trabajo para denominar “el análisis de los procesos psíquicos intra e intersubjetivos movilizados por las presiones del trabajo” (Dejours, 2000), planteando a la psicopatología del trabajo como un capítulo particular de la psicodinámica del trabajo, el de las descompensaciones que marcan el fracaso de las defensas contra el sufrimiento en relación con el trabajo (Dejours, *Ibíd*).

Dada la situación peculiar que estamos atravesando por los riesgos a que nos exponen las condiciones y ambientes de trabajo, "el equipo de trabajo permite enfrentar el contexto inevitable del cambio, haciéndose parte de él" (Ahumada Figueroa, 2004).

Los equipos de trabajo pueden ser definidos como: "una comunidad de personas que comparte significados y una(s) meta(s) común(es), cuyas acciones son interdependientes, situadas sociohistóricamente, y en donde el sentido de pertenencia viene dado por la responsabilidad, el compromiso y la confianza que los miembros sienten de forma recíproca" (Ahumada Figueroa, Ibíd). "Cada una de estas comunidades discursivas o equipos de trabajo construye un discurso que le es distintivo, el cual tiene que ver con el hacer cotidiano pero también y, sobre todo, con su ser" (García-Prieto, Bellard & Schneider, 2003). Estos equipos de trabajo están situados socio-históricamente, lo que los constituye en una comunidad con características contextuales que la hacen única e irrepetible.

2- Objetivo general:

- Describir las dinámicas de trabajo que se dan en los dispositivos institucionalizados pertenecientes al sistema público de servicios de atención a la salud mental en Mar del Plata. Entendiendo por "dinámica de trabajo" el grado de organización, planificación, implementación y performance de esos dispositivos.

3- Objetivos específicos:

- Describir los dispositivos locales de atención a la salud mental, en términos de su grado de organización, su planificación, su implementación y su performance.
- Caracterizar el perfil de los profesionales que en ellos trabajan, en términos de profesiones, formaciones específicas, años de antigüedad, cantidad de horas semanales de trabajo y modalidades contractuales.
- Relevar las valoraciones personales que hacen estos profesionales acerca de las dinámicas de trabajo que emergen en sus lugares de trabajo.
- Reconstruir una tipología de dinámicas de trabajo.

4- Hipótesis:

Asumimos como hipótesis de trabajo que:

- (1) Al caracterizar las dinámicas de trabajo en los dispositivos de atención, nos encontremos con altos grados de diversidad y heterogeneidad, y que los mismos son producto del interjuego dinámico entre factores de diferentes órdenes: políticos, sociales, culturales, institucionales, imaginarios, internos y externos respecto al campo de la salud mental.
- (2) Las relaciones correspondencia entre las prácticas de atención, las dinámicas de trabajo y las valoraciones personales de los profesionales que trabajan en esos dispositivos estén fuertemente influenciadas por sus imaginarios sociales respecto a la salud-enfermedad mental, el trabajo en salud mental, la valoración de la prevención-promoción y el trabajo en equipo.

5- Métodos y técnicas:

Se trata de una investigación descriptiva de tipo exploratorio-descriptiva y con diseño de casos múltiples, en tanto que se relevarán diferentes dispositivos de atención a la salud mental de la ciudad de Mar del Plata.

La investigación tendrá tres relevamientos: uno observacional, otro por entrevistas a informantes calificados y apoyo documental, y el tercero por escalas de valoración personal a profesionales que trabajan en los dispositivos relevados. El primero consistirá en observación densa de las prácticas de atención, implicando éstas tanto las acciones que llevan a cabo los profesionales que trabajan en los dispositivos como los usuarios de los mismos. El segundo consistirá en entrevistas a informantes calificados, a quienes se les preguntará sobre los aspectos formales de la organización de los dispositivos (servicios prestados, régimen de horarios, espacios de trabajo, producción de servicios, etc.) y, de ser pertinente, se les pedirá documentación institucional que permita apoyar los planteos de los entrevistados. Los informantes calificados serán seleccionados siguiendo procedimientos de muestreo teórico (Strauss, 1989) y asumiendo como criterios de inclusión: (1) que sean profesionales de la salud mental, es decir, que posean título habilitante para la práctica profesional de la salud mental clínica; y (2) que ocupen formalmente lugares de mando alto y/o intermedio en los dispositivos a relevar (directores, jefes, coordinadores, etc.).

El material recolectado de las observaciones, las entrevistas y el relevamiento documental será analizado siguiendo estrategias basadas en la triangulación metodológica (Flick, 1992) y en la teoría fundamentada (Strauss, Ibíd.): identificación de incidentes, codificación, conformación de familia de códigos y conformación de red conceptual. Respecto al tercer relevamiento, los profesionales a los que se aplicarán las escalas de valoración personal serán elegidos al azar (siempre dentro del universo de los casos múltiples) conformando una muestra extensa no probabilística. Las puntuaciones recolectadas serán analizadas mediante estrategias de estadística descriptiva y técnicas basadas en chi cuadrado. Los resultados del análisis descriptivo cuali y cuantitativo permitirán producir conocimiento bajo la forma de teoría sustantiva (Glasser & Strauss, Ibíd.) sobre la que se reconstruirá una tipología de dinámicas de trabajo emergentes de los dispositivos de atención relevados.

6- Lugar de realización de trabajo:

Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Mar del Plata.

7- Cronograma de actividades:

Actividad	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión y recopilación bibliográfica	X	X										
Elaboración del marco teórico		X	X									
Relevamiento observacional				X								
Elaboración de protocolo entrevista & Selección de informantes calificados					X	X						
Administración de entrevistas						X	X					
Análisis de entrevistas							X	X				
Administración de escalas de valoración personal									X			
Análisis de escalas de valoración personal									X	X		
Análisis triangulado documentos-entrevistas										X	X	

Redacción de informe final												X	X
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---

8- Bibliografía básica de referencia:

Ahumada Figueroa, L. (2004). Liderazgo y equipos de trabajo: una nueva forma de entender la dinámica organizacional. *Ciencias Sociales Online*, Septiembre 2004, Vol. I, N° 1 (53-63). Universidad de Viña del Mar- Chile.

Almirón, L. (2008) Construcción rizomática del concepto de Salud Mental. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Año XVII, Vol. 14, N° 4, junio de 2008, Pp. 64.

Dejours, C. (2000): "Psicodinámica del trabajo y vínculo social", en *Revista Actualidad Psicológica*, de mayo de 2000.

Deluze G & Guattari F. (2004) *Rizoma (Introducción)*. Fragmento del Libro "Mil Mesetas". España: Pre-Textos.

Díaz E. (2007). *Entre la tecnociencia y el deseo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Dicapua, M., Valentino, N. & Lagiú, E (2004). La gestión del malestar ¿del otro o del genio? Artículo publicado en "La trama de la Comunicación" Vol.9. Anuario del departamento de ciencias de la comunicación. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina. UNR Editora.

Flick, U. (1992) "Triangulation Revisited: Strategy of Validation or Alternative". En *The Journal for the Theory of Social Behaviour*. 22:2.

Garcia-Prieto, P., Bellard, E. & Schneider, S. (2003) Experiencing, diversity, conflict and emotions in teams. *Applied Psychology: An International Review*, 52(3), 413-440.

Goodwin, G.F., Burke, C.S., Wildman, J.L. & Salas, E. (2009). Team effectiveness in complex organizations: An overview. En E. Salas, G. F. Goodwin y Burke, C. S. (Eds.), *Team Effectiveness in Complex Organization* (pp. 3-16). Nueva York: Psychology Press.

Más, F. & Andriotti Romanin, E. (2004) "Salud Mental ¿Demasiados mapas para un mismo territorio? Comunicación presentada en las VI Jornadas de Sociología de la UBA: Buenos Aires. 22 de octubre.

Stolkiner, Alicia (2003). *De la epidemiología psiquiátrica a la investigación en el campo de la salud mental*. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XIV

Strauss, A. (1989): *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge University Press: New York.

Suárez, R. (2001) Salud-enfermedad una categoría a repensar desde la antropología. En R. Suárez (comp.), Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología. Bogotá: Universidad delos Andes. Pp. 11-21

Firma del supervisor

Firma de los alumnos

P/Área de investigación

Resultado de la evaluación

Fecha

Índice

1. Marco teórico	
2. Trabajo de campo.....	
2.1. Selección de casos	
2.2. Instrumento	
3. Análisis de datos.....	
3.1. Análisis intracategorías	
3.2. Análisis intercategorías	
4. Consideraciones finales	
4.1. Objetivos generales	
4.2. Objetivos específicos	
4.3. Hipótesis de trabajo	
4.4. Dificultades en la investigación	
5. Anexo metodológico	
6. Bibliografía.....	

Resumen del Informe de Investigación

La presente tesis de pre-grado se trata de una investigación de tipo exploratoria-descriptiva, en la que se relevaron diferentes dispositivos de atención a la salud mental, delimitando como campo de estudio la ciudad de Mar del Plata y, posteriormente, debido a dificultades en la gestión de casos, la ciudad de Necochea.

Los datos fueron recolectados mediante entrevistas profundas a informantes calificados, asumiendo como criterios de inclusión el ser profesionales de la salud mental y ocupar cargo jerárquico en la institución relevada.

Se caracterizó las dinámicas de trabajo que predominantemente se dan en los dispositivos según los tres niveles de atención, se caracterizó el perfil de los profesionales que en ellos trabajan y se reconstruyó una tipología según los dispositivos o instituciones pertenezcan al sistema educativo, al sistema de salud o a desarrollo social.

Palabras clave

Dinámicas de trabajo-Niveles de atención-Salud Mental.

Marco teórico

El presente trabajo de investigación es exploratorio-descriptivo en el cual se relevaron diferentes dispositivos de atención a la salud mental que operan en los tres niveles de atención, tanto en la ciudad de Mar del Plata como en Necochea con el fin de caracterizar las dinámicas de trabajo que se dan en dichos dispositivos. Se asumió el concepto de dinámicas de trabajo como emergentes resultantes del interjuego dinámico entre factores de diferentes órdenes: políticos, sociales, culturales, institucionales, imaginarios y el grado de organización, planificación, implementación y performance de esos dispositivos. Es decir, “la coordinación planificada de las actividades desempeñadas por los recursos humanos, para procurar el logro de un objetivo o propósito explícito y común” (Schein, 1990).

Se tomaron como dimensiones de las dinámicas de trabajo:

- Servicios: lugar desde donde se produce salud mental mediante intervenciones profesionales. El lugar puede ser institucional o particular. Aquí se incluyen cuáles son, cómo atienden y cuándo atienden.
- Recursos humanos: aquellas personas formadas específicamente para el trabajo y habilitados para intervenir en la producción de salud mental.
- Actividades que realizan: acciones específicas que llevan los agentes recursos humanos. Acciones institucionales que tienen el propósito de intercambiar, promover y desarrollar a los profesionales de la institución como un equipo de trabajo (Ahumada Figueroa, 2004) y, al mismo tiempo, que implica producción colectiva de salud mental. Se consideran: ateneos, congresos, seminarios internos, interconsulta.
- Sistema de atención: conjunto de los dispositivos que tiene una institución, y que pueden o no estar relacionados entre sí. Cuando hay relaciones, hablamos de “red” en el sentido de “red de trabajo” que, en el contexto de nuestra investigación, implica “trabajo en red de producción de salud mental”.
- Perfil de los recursos humanos: caracterización de los profesionales en términos de su carrera de grado, formación de grado, curriculum vitae.
- Cultura organizacional y prácticas de trabajo: el primer término hace referencia al sistema de significado compartido entre sus miembros y que distingue a una organización de las otras. En tanto, prácticas de trabajo

alude a procedimientos e intervenciones habilitadas dentro de las incumbencias profesionales relacionadas con la producción de salud mental.

- Articulación institucional: actividades institucionales. Estrategias asociadas y mancomunadas llevadas a cabo interinstitucionalmente, con diversos grados de programación.
- Valoración de los usuarios: perspectiva de las personas que consultan o se atienden en los servicios. Perspectiva hace referencia a la satisfacción, valoración de la calidad.

A su vez, se tuvieron en cuenta factores externos influyentes, tales como:

- Demanda: se entenderá operacionalmente por ella a las referencias que hacen los entrevistados de los motivos de consulta. En casos que sea posible, quizás se pueda acceder a registros de producción de servicios.
- Institucionales: recursos físicos, financiamiento, líneas de política institucional, estatutos.
- Salud de los trabajadores: “análisis de los procesos psíquicos intra e intersubjetivos movilizados por las presiones del trabajo” (Dejours, 2000). Carpetas médicas, agotamiento emocional.
- Culturales: hace alusión, por un lado, al concepto de clima laboral definido como “fenómeno circular en el que los resultados obtenidos por las organizaciones condiciona la percepción de los trabajadores, condicionan el clima de los empleados” (Arraigada, 2009). Y, por otro lado, al término de comunicación laboral, la cual es caracterizada del siguiente modo: “la forma en que se transmite la información, su claridad y la capacidad de las personas para comprenderla son importantes herramientas para una mejor productividad y una adecuada prevención de accidentes y enfermedades” (Parra, 2003).

Se delimitó como campo de estudio la ciudad de Mar del Plata y Necochea. Mar del Plata está ubicada a orillas del océano Atlántico, a 404 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Partido General de Pueyrredón tiene una superficie de 1453,44 km² y limita con los Partidos de Mar Chiquita, General Alvarado y Balcarce. La población estable es de 650.000 habitantes y el arribo de turistas anual supera los 8.000.000. Dentro de los sectores económicos tradicionales, la economía del Partido de General Pueyrredón, cuya ciudad cabecera es Mar del Plata, se encuentra liderada por el sector de servicios, en el

que se destaca la actividad turística que la convierte en la primera ciudad turística del país. A través de su cordón frutihortícola, Mar del Plata, además de autoabastecerse, provee de sus productos a la ciudad de Buenos Aires y a otras importantes de la región. Sus tierras se caracterizan por un alto contenido de materia orgánica y brindan amplias condiciones agroecológicas para el cultivo de cereales, oleaginosas, hortalizas y frutas, así como para la cría de ganado bovino y ovino. Como principal puerto pesquero del país, Mar del Plata desembarca toneladas anuales de pescado, que son procesadas en modernas plantas locales. La industria textil marplatense se caracteriza por la calidad y el diseño aplicado a sus productos. La actividad minera está relacionada con las canteras de cuarcita, también conocida como “piedra Mar del Plata”, que se comercializa para usos ornamentales, bloques para escolerado, etc. El enlace con el sector industrial lo constituye el Parque Industrial General Savio, donde se han radicado importantes empresas vinculadas a la alimentación, insumos médicos, metalurgia, plásticos, construcción y otros rubros de la industria (Sitio Oficial de la Municipalidad de Gral. De Pueyrredón). En tanto que, la ciudad de Necochea es cabecera del partido que lleva el mismo nombre, se encuentra en el sudeste de la provincia de Buenos Aires, a 528 km de la Capital Federal y a 131 km de Mar del Plata. Ocupa una superficie de 4791,57 km² y tiene 92.933 habitantes. Limita al sur con el Mar Argentino, al oeste con el Partido de San Cayetano, al noroeste con el Partido de Adolfo Gonzales Chaves, al norte con el Partido de Benito Juárez, al noreste con el Partido de Tandil y al este con el Partido de Lobería. El turismo es la principal actividad económica de la región, debido a que las playas necochenses reciben a miles de turistas cada año. Además del turismo, se destacan la agricultura, la ganadería, la pesca, la industria y el puerto de Quequén (Sitio Oficial de la Municipalidad de Necochea).

En lo que respecta a los servicios de salud mental en la ciudad de Mar del Plata, se hallan configurados de la siguiente manera: en atención primaria, la ciudad cuenta con 30 centros de salud, de los cuales 17 poseen servicio de salud mental; la atención secundaria se distribuye en los servicios del HIGA (Hospital Interzonal de Agudos) y el HIEMI (Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil); además la región cuenta con servicios de atención de las adicciones, C.P.A (Centro Provincial de Atención de las Adicciones) y S.E.M.D.A (Servicio Municipal de Atención de las Adicciones). En lo que respecta a su dinámica de funcionamiento, los hospitales provinciales atienden la demanda espontánea al mismo tiempo que reciben derivaciones de los hospitales municipales. (Más & Andriotti Romanin, 2004). Por su parte, la ciudad de Necochea cuenta, en lo que respecta a

atención primaria, con 15 centros de salud distribuidos en todo el distrito. El Equipo base de los CAPS cuenta con: enfermeras, médicos, asistente social, obstétricas, psicólogos, odontólogos, estimulación temprana y terapeuta ocupacional. La atención es por demanda programada y espontánea. El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 hs. Dependen de la Dirección de Atención Primaria de la Salud. En atención secundaria se hallan tres hospitales municipales: "Néstor Cattoni" de J.N. Fernández, "Dr. Emilio Ferreyra" de Necochea y "Dr. José Irúrzun" de Quequén. Dispone, asimismo, servicios de atención y prevención de las adicciones: C.P.A. "La Morada", el hospital municipal "Dr. Emilio Ferreyra" ofrece un consultorio de Salud Integral del adolescente y en el hogar de niñas Stella Maris se encuentra el Centro Preventivo Parroquial. En atención terciaria cuenta con el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Taraborelli" y la Clínica Privada Neuropsiquiátrica "José Ingenieros".

En la actualidad, y desde lo legal, en la República Argentina regula la Ley Nacional de Salud Mental 26657/09, la cual tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. En el marco de dicha ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. En cuanto al riesgo de daño o incapacidad, este sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado. En lo que respecta a los aspectos normativos de la presente, plantea que debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Asimismo, establece en el Capítulo IV "Derechos de las personas con padecimiento mental", entre otros, los siguientes: derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada gratuita, igualitaria y equitativa con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de la salud; derecho a conocer y preservar su identidad, grupos de pertenencia, genealogía e historia; derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención; derecho a tomar

decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades. Dicha ley plantea que los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones. Se considera a la internación como un recurso terapéutico restrictivo, debiendo ser lo más breve posible cumpliendo con los siguientes requisitos: evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales, uno de los cuales debe ser psicólogo o psiquiatra; búsqueda de datos referentes a la identidad y entorno familiar y el consentimiento informado de la persona o del representante legal. La persona internada bajo su consentimiento puede decidir por sí misma el abandono de la internación. En los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen más de 60 días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión y al juez, este último evaluará si la internación continúa teniendo carácter voluntario o debe considerarse involuntaria. En cuanto a las internaciones involuntarias, estas deben notificarse obligatoriamente al juez competente y al órgano de revisión. El juez notificado deberá: autorizar, requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos o denegarla. Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en evaluaciones interdisciplinarias. El artículo 482 del Código Civil establece: “no podrá ser privado de su libertad el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial”.

En síntesis, los puntos principales que establece la presente ley, entre otros, son: la internación como último recurso de carácter excepcional y en hospitales generales; promoción de nuevos dispositivos de atención en la comunidad: hospitales de día, casas de medio camino; derechos de las personas con padecimiento mentales, tales como, el derecho a recibir o rechazar asistencia y al consentimiento informado; el principio de presunción de capacidad de todas las personas; el abordaje interdisciplinario para abarcar los distintos aspectos del padecimiento psíquico; la estrategia intersectorial de trabajo, para dar respuestas también desde lo social, cultural, educativo, deportivo, laboral; la reformulación de los procedimientos de declaración de incapacidad.

Se puede observar en los diversos dispositivos de atención entrevistados que tanto la conformación de los equipos como los servicios que estos ofrecen son coherentes con lo que plantea normativamente la Ley Nacional de Salud Mental. La práctica de atención que

brindan los mismos, se enmarca dentro de un equipo interdisciplinario y/o desempeñan su labor de acuerdo a la modalidad de trabajo en “red”, es decir, de manera interinstitucional e interdisciplinaria, lo que implica la descentralización del lugar del psiquiatra y la incorporación de otras profesiones, generando modificaciones en las dinámicas de trabajo, por el mismo motivo que fue señalado con anterioridad (los equipos, en la actualidad, trabajan interdisciplinariamente, tomando las decisiones y planificando las estrategias a implementar de manera conjunta). Se observa que la práctica de atención se basa en el principio de presunción de capacidad de las personas, ya que las problemáticas son abordadas en el mismo individuo que la padece y respetando el principio del consentimiento informado.

Los antecedentes empíricos hallados en relación a equipos de trabajo, han sido realizados desde una perspectiva organizacional y no tanto en referencia a la salud mental ubicando, por ejemplo, un artículo publicado por González Romá y Peiró (2000), de la Universidad de Valencia, donde han investigado el clima en las organizaciones laborales y en los equipos de trabajo, en relación a perspectivas compartidas por un grupo de sujetos, sus correlatos e influencias. Por otro lado, los autores Gil, Rico y Sánchez-Manzanares (2008) de la Universidad de Madrid, han investigado la eficacia de los equipos de trabajo teniendo como uno de los objetivos ofrecer un conjunto de conclusiones y recomendaciones orientadas a la práctica profesional. En cuanto a artículos relacionados más directamente por lo aquí propuesto, se ha hallado uno en el cual se describe una modalidad de atención primaria a la salud mental denominada Asistencia Sanitaria Centrada en el Consultante (ASCC), la cual consiste en el trabajo interdisciplinario de atención a la salud mental en la comunidad, apoyándose en la atención primaria de la salud. Esta forma de promocionar y tratar los temas de salud y salud mental se caracteriza por considerar que los problemas de salud mental deben ser abordados entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental comunitarios. A su vez, deberán interrelacionarse con el resto de las redes asistenciales profesionalizadas de su medio, manteniendo un encuadre biopsicosocial, integral y no reducidamente psicologista (Revista Atención Primaria Open Access, 2000). Por otro lado, en el año 2000, Chile aplica el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría cuyas líneas de acción consisten en el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales. Este programa tiene un enfoque biopsicosocial, dando prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar la calidad de la

atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales. El plan tiene como propósito contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.

Contextuando la temática que nos atañe, entre los muchos esfuerzos realizados en las últimas décadas en la atención a las personas con dificultades en el campo de la salud mental, los dirigidos a cuidar de sus derechos y libertades han sido muy importantes. La dignidad de las personas y el respeto a sus derechos ha sido uno de los ejes de las políticas y prácticas profesionales, siendo especialmente necesario en la atención a las personas que, por su enfermedad o situación de vulnerabilidad y experiencias de vulneración, estaban especialmente expuestas a la esporádica o permanente conculcación de sus derechos. Desde mediados de la década del 50 hasta nuestros días vienen desplegándose toda una serie de procesos de transformación en el campo de la salud mental, que abarcan tanto propuestas de desmanicomialización y desinstitucionalización como de transformación institucional. La crítica hacia la institución manicomial ha estado centrada, fundamentalmente, en los efectos negativos del aislamiento sobre los pacientes o internados: la supresión de derechos humanos y civiles, cronificación, desocialización, pérdida de la propia identidad, de lazos sociales y autonomía, etc. Galende (1983) plantea que asistimos al menos a dos series visibles de hechos. Estos son: 1°- la llamada enfermedad mental es progresivamente “des-medicalizada” en su concepción social y técnica, y puesta progresivamente en relación con los hechos del lenguaje y la vida social; 2°- de un modo llamativo psicólogos y psiquiatras, en proporción no pequeña, elevan su autocrítica hasta denunciar su papel de “ajustadores” de los mecanismos sociales, y crean nuevas prácticas terapéuticas cuyos fundamentos no provienen ya de la medicina (Comunidad Terapéutica, Grupos, Psiquiatría Comunitaria, Psicoterapia Institucional, etc.). En relación a esto, plantea una breve referencia histórica de la crisis global de la psiquiatría:

- La psiquiatría de la razón iluminista.

Con Pinel entra el médico en el Asilo, y se da un paso fundamental en la asignación a la medicina del problema de la locura. Si el personaje del médico puede aislar la locura no es porque la conozca sino porque la domina; el médico ha sido en el Asilo desde un principio Padre y Juez, Familia y Ley, e interpreta los viejos ritos de Orden, Autoridad y Castigo. El tratamiento moral que funda Pinel consiste en las grandes figuras de la moral burguesa de la época: preservación de las relaciones padres-hijos, relación de responsabilidad entre falta-castigo, identidad entre la razón y el orden frente a la sinrazón y el desorden de la locura.

El hecho de que el tratamiento médico del loco se haya realizado en situación de encierro asoció inicialmente la psiquiatría con el manicomio. El Asilo fue la matriz de toda relación terapéutica ya que permitía en su organización interna sostener un saber que se ejerce como poder sobre el comportamiento de sujetos en condiciones especiales: encierro forzoso, celdas acolchadas, privación de sus ropas y objetos personales, métodos violentos de contención como el uso del chaleco de fuerza, la red, ligaduras a la cama, etc. Esta asociación de la institución manicomial, el saber psiquiátrico y el poder sobre el otro, es esencial a la relación de asistencia en la medicina mental y perdura en los asilos actuales.

El médico fue imbuido de una violencia legal que ejerce bajo una cobertura médico-científica. Violencia en el plano de los cuerpos: el maltrato al alienado se justifica bajo la idea de tratamiento.

La medicina mental del Siglo XIX, imbuida de un espíritu científico, se niega a aceptar su desconocimiento radical de la locura y queda ella misma encerrada en la función de excluir al loco de la vida social.

- El modelo anátomo-clínico y la psiquiatría positivista.

Sobre la segunda mitad del Siglo XIX los avances de la medicina general impulsan un nuevo ordenamiento de la locura en el plano del conocimiento, que llevan a la psiquiatría a la adopción del modelo anátomo-clínico. Se dan así las condiciones para el surgimiento de una psicología objetiva y una psiquiatría científicas.

Los psiquiatras se lanzan, siempre en las condiciones del encierro manicomial, a clasificar y ordenar lo patológico.

Al haber tomado el modelo de la medicina biológica como referencia para la psiquiatría se incorporó también su modelo de causalidad, sumergiendo a los psiquiatras en inacabables

debates sobre organogénesis versus psicogénesis, enfermedades de origen endógeno versus exógeno, innato versus adquirido, etc.

- La psicopatología fenomenológica.

K. Jaspers, filósofo ubicado en la corriente existencialista, publica en Heidelberg en 1913 su Psicopatología General. La obra de Jaspers trata de proveer a la psicopatología de una fundamentación teórica.

El desarrollo de las psicoterapias es dependiente de la fenomenología y del psicoanálisis, y aunque adoptado por los psiquiatras como el tratamiento moderno de la enfermedad mental, aleja progresivamente a sus practicantes de las categorías médicas que han sustentado la intervención psiquiátrica.

- La postguerra y la llamada revolución psiquiátrica.

Así como el reordenamiento que opera la Revolución Francesa en el campo de la locura, asociado al nombre de Pinel, está atravesado por la cuestión de la moral y la verdad, luego de la Segunda Guerra Mundial un nuevo ordenamiento se produce en este ámbito, cuyo centro es ahora el poder.

En cierto sentido se trata de hacer retornar a la locura al seno de lo humano, del cual la razón positivista la había excluido.

Fue en este ambiente en una psiquiatría que giraba hacia modelos grupales y de solidaridad comunitaria, donde se formaron Laing y Cooper y donde se gestó la antipsiquiatría inglesa en la década del sesenta. Pero este movimiento fue a la vez posible por los cambios políticos en la Inglaterra de postguerra.

La reforma inglesa hizo impacto en EEUU. En los años cincuenta hay en ese país un auge de las socioterapias y comienzan a multiplicarse las "Comunidades terapéuticas" definidas por Sánchez Vidal (1990) como un espacio social construido con fines terapéuticos. Un grupo artificial duradero y residencialmente localizable, pero con una finalidad terapéutica con respecto a problemas compartidos por sus residentes. La filosofía general de la Comunidad Terapéutica postula una intervención, de carácter comunitario, que proporcione los elementos y experiencias dirigidas a lograr la reinserción social del cliente en condiciones óptimas de autonomía personal e interacción positiva con su medio social. Su carácter alternativo e innovador es definido por, entre otras características: la participación activa del paciente y cambio de la relación convencional (asimétrica) médico-enfermo, la persona objeto de atención pasa a denominarse residente o usuario, para subrayar su

carácter de colaborador activo y, relevancia y hegemonía de la socioterapia. Nace en el contexto de un movimiento institucional en el campo de Salud Mental, como estrategia de tratamiento residencial de drogodependientes. Pretende ser una alternativa anti-profesional y anti-institucional. Contrariamente al modelo europeo, surge como reacción inmovilista frente a los intentos de apertura y democratización de los servicios sociales y salud mental. Con un sustento ideológico crítico, alimentado por los efectos de las instituciones psiquiátricas y por ideas de la anti-psiquiatría preconizaba la abolición de las instituciones y la ineficacia de los profesionales; enfatizando la resolución de los problemas a abordar a través de la autogestión institucional, la autoayuda y la ayuda mutua.

De Charcot a Goffman la psiquiatría muestra su capacidad de producir su objeto. Todo este movimiento, que transita más por los carriles de las disciplinas sociológicas, aísla y pone en crisis la concepción médica de la enfermedad mental. Se crean en pocos años en varios Estados los llamados "Centros Comunitarios de Salud Mental"(Evaristo, 2000), cuyo objetivo es trasladar a la población misma las responsabilidades del tratamiento. El poder médico sobre la locura retrocede, pierde paulatinamente su hegemonía, y son otros discursos teóricos los encargados de volver a situar al loco en el universo de la cultura y la vida social (Castel, 2009).

En 1963, y como resultado de este movimiento, la Organización Mundial de la Salud, a través de su Comité de Expertos en Salud Mental, aprueba la recomendación de sus países miembros de considerar modelo prioritario de asistencia psiquiátrica a la Comunidad Terapéutica y, aunque muchos psiquiatras asimilan estos modelos terapéuticos, esencialmente sociopolíticos, manteniendo sus teorías médicas de la locura, el conflicto se instala necesariamente poniendo cada vez más distancia entre lo que dicen pensar de la enfermedad y lo que realmente ejercitan como práctica.

En la misma época en Italia la reforma sanitaria, impulsada por el Frente Democrático en el poder, no altera inicialmente la estructura psiquiátrica asilar. Basaglia, lleva a un debate en toda Italia sobre la cuestión de los hospitales psiquiátricos (Evaristo, op. cit.). Los partidos de izquierda se pronuncian en favor de Basaglia y apoyan su denuncia del modelo manicomial. La publicación de su libro "La Institución Negada" (1972) puede situarse como el comienzo del movimiento anti-psiquiátrico y anti-institucional italiano. Este movimiento no plantea una reforma de las estructuras teóricas prácticas o institucionales de la psiquiatría, es más, no es un movimiento que se despliega en el interior de lo psiquiátrico, se propone más bien la destrucción del poder médico sobre la locura y sus instituciones de internamiento.

Lo que se ha denominado modelo médico en psiquiatría (Galende, op. cit.) tiene su origen y sanción jurídica a partir de la Revolución Francesa. Sus características son:

- en el plano teórico la ubicación de lo patológico en un apartamiento de la razón, un desorden, que puede ser objetivado como un dato natural y por lo tanto pasible de un conocimiento positivo;
- en el plano de las prácticas terapéuticas se recubre de aspecto médico una intervención dirigida a segregar e internar a aquellos que no aceptan las reglas del conjunto, en el plano institucional se crea un sistema asistencial basado en el internamiento y puesto al servicio de la custodia del excluido.

Retomando la descripción del contexto actual, las instituciones de salud mental - el manicomio como paradigma – cumplen funciones productivas en lo social: por una parte, el padecimiento es procesado y patologizado, quedando reducido a un síntoma y suprimidas las causas sociales y culturales que están en el centro del sufrimiento humano; por otra parte, los conflictos mismos que aparecen en el escenario social son resignificados en términos de normalidad-anormalidad, exclusión-inclusión(Evaristo, op. cit.).

La reproducción manicomial no solamente se apoya en los avances científicos de la psiquiatría, la psicología, la genética, las neurociencias, sino que se sostiene en la propia práctica institucional cuyos soportes principales son el proceso de trabajo y la legitimación social y jurídica (Galende, op. cit.). El trabajador del campo de la salud mental, el profesional o técnico, no se constituye en un actor ajeno o neutral a este proceso sino, inversamente, es portador de lo instituido y juega un rol importante en la dimensión instituyente.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la lógica institucional se presenta, en nuestros días, como residuo de teorías y prácticas en las que se fundamentaron y legitimaron los dispositivos de control custodiales clásicos, pero, además, representan un núcleo de difusión de su lógica en otros espacios, proyectando en la sociedad un modelo de operatoria terapéutica - basado en la violencia y el aislamiento - y un modelo de normalidad (Goffman, 1972).

Al caracterizar la lógica institucional, se podría plantear que:

- “La tendencia a la objetivación se manifiesta de múltiples maneras en el campo de las prácticas en salud mental. La más evidente es el resurgimiento del biologismo. El increíble avance de las neurociencias, de la psicofarmacología y de la genética -

inobjetable en sí mismo- es transformado en una ideología objetivante que reduciría los padecimientos a disfunciones orgánicas individuales. Pero también esta tendencia actúa, de manera menos evidente, en prácticas que objetivan al descontextuar y negar la historicidad de las narrativas singulares, reduciendo los sujetos a estructuras abstractas intemporales. Estas representaciones operan en los agentes a partir de su ubicación en las instituciones” (Stolkiner, 2001).

- “Las reformas sectoriales en los sistemas de salud tendieron a su mercantilización. El lugar de sus agentes se vio fuertemente regimentado por normas tendientes a objetivos de eficiencia y la concentración de la ganancia en el sector se hizo básicamente a expensas de los ingresos de sus trabajadores y profesionales, y de una extrema precarización de sus condiciones de empleo. Trabajar como operadores de esos procesos, hacerlo interdisciplinariamente e inclusive incorporando saberes no disciplinarios se impone como una de las estrategias actuales en el campo de la salud mental” (Stolkiner, *Ibíd.*).
- “El encierro en instituciones totales había devenido en la práctica más frecuente de atención a aquellas personas cuyos comportamientos podían ser vividos como peligrosos; la evitación de esa supuesta amenaza era la razón para el ingreso en manicomios por encima de los efectos terapéuticos y reinsertores que cupiera esperar del paciente. La degradación de la persona y la pérdida de sus derechos de ciudadanía es el efecto directo de las barreras que las instituciones totales levantan entre el interior y el exterior (...) El estigma sigue siendo una huella difícil de limpiar y no solo entre la población ajena al campo de la salud mental. También muchos profesionales siguen creyendo que hay un cierto riesgo de peligrosidad en el trato con los pacientes (...)” (Leal Rubio, 2009).
- “La producción de “cronicidad” no es sino el dominio de lo organizativo y de la cultural institucional en el paradigma que sostiene la internación como instrumento de cura.
- La viabilidad de los soportes de la organización del proceso de trabajo es comprensible a partir de la producción y reproducción del proceso de dominación (poder); del proceso de alienación (desapropiación) y del proceso de mortificación (sufrimiento), instancias que si bien pueden ser analizadas en sí mismas, en la práctica constituyen todo un entramado. Los modos en que cristaliza el entrecruzamiento entre principios organizativos e intervenciones terapéuticas culmina naturalizando y ocultando los soportes del proceso de trabajo,

constituyéndose en fuente de padecimiento, sufrimiento y enfermedad” (Bialakowsky, Lusnichi, Rosendo, 2000).

Dada la situación peculiar que estamos atravesando por los riesgos a que nos exponen las condiciones y ambientes de trabajo, “el equipo de trabajo permite enfrentar el contexto inevitable del cambio, haciéndose parte de él” (Ahumada Figueroa, 2004). Los equipos de trabajo pueden ser definidos como: “una comunidad de personas que comparte significados y una(s) meta(s) común(es), cuyas acciones son interdependientes, situadas socio-históricamente, y en donde el sentido de pertenencia viene dado por la responsabilidad, el compromiso y la confianza que los miembros sienten de forma recíproca” (Ahumada Figueroa, *Ibíd.*).

“La institución y el grupo son, a su vez, lugares donde hacer posible un pensamiento nómada o transdisciplinar, que huye del encorsetamiento epistemológico y se muestra deseoso del rompimiento de fronteras históricas de saberes y poderes que tienden a una peligrosa reproducción” (Leal Rubio, *Ibíd.*).

Las múltiples modalidades de equipos de trabajo y de trabajo en equipo ya eran una forma de vida en las organizaciones desde los años 80 del siglo pasado. En ámbitos de actividad muy variados su utilización –y su efectividad– constituía un elemento clave en el logro de los objetivos, de la calidad y de la excelencia organizacional. Así, las estructuras –los equipos de trabajo– y los procesos –las modalidades de trabajo en equipo– se convirtieron en las piedras angulares de las organizaciones.

“Los equipos se utilizan cuando los errores acarrearán severas consecuencias; cuando la complejidad de las tareas excede la capacidad individual; cuando el contexto de tarea se encuentra poco definido, es ambiguo o muy estresante; cuando se requieren decisiones múltiples y rápidas; o cuando la vida de otras personas depende de la percepción colectiva de individuos expertos” (Alcover, Gil, Rico, 2011).

Los trabajadores cuentan con las defensas colectivas de oficio, entendiendo por ellas a las estrategias colectivas elaboradas por los trabajadores para luchar contra las distintas formas de sufrimiento y el miedo implícito en su tarea. Trabajar significa enfrentarse cotidianamente a ciertos peligros: el miedo, el aburrimiento, el sentimiento de injusticia, etc. Desde este punto de vista, el trabajo puede ser causante de sufrimiento psíquico y físico. En este sentido, el sufrimiento en el trabajo remite a un equilibrio inestable que no llega a ser enfermedad mental (como nosografía psiquiátrica típica) y que condensa los distintos

malestares productos de la situación de trabajo. Es en aquella brecha (entre el trabajo prescrito y la actividad concreta, frente a lo real) donde surgen los mecanismos de defensa -de elaboración y práctica colectivas- que re-niegan de la percepción del peligro inherente a su tarea (Dicapua, Valentino, Lagiú, 2004). Paradójicamente, en el mismo momento en que la automatización y la robotización permitían esperar la liberación del hombre, se ven aparecer en el seno mismo de las poblaciones activas nuevas patologías, llamadas de sobrecarga: agotamiento, problemas músculo-esqueléticos y lesiones por esfuerzos repetitivos, incluidas en tareas que no implican ninguna manipulación, consumo masivo de psicotrópicos y dependencias, tentativas de suicidio y más recientemente, suicidios hasta en los lugares de trabajo. Esto es totalmente nuevo. El centro de gravedad de la clínica se ha desplazado progresivamente desde análisis de las enfermedades mentales en el trabajo, hacia la investigación de las condiciones subjetivas de la normalidad. Este cambio de orientación condujo en 1992 a proponer el término de psicodinámica del trabajo para denominar "el análisis de los procesos psíquicos intra e intersubjetivos movilizados por las presiones del trabajo" La psicopatología del trabajo se plantea entonces como un capítulo particular de la psicodinámica del trabajo, el de las descompensaciones que marcan el fracaso de las defensas contra el sufrimiento en relación con el trabajo (Dejours, 2000).

Ahora más que nunca, los equipos y el trabajo en equipo resultan imprescindibles para la creación de configuraciones dinámicas y contingentes a las exigencias de los contextos. Pero al mismo tiempo, tanto su estructura como su funcionamiento, también resultan afectados por estas condiciones dinámicas. De este modo, los equipos se consideran simultáneamente como sujetos y objetos del cambio, o como sistemas de transformación y sistemas transformados.

Las características, competencias y disposiciones de los miembros sin duda son relevantes para el rendimiento y la efectividad de los equipos, pero las características y las condiciones dispensadas por los contextos organizacionales en los que se encuentran insertos son determinantes para que los miembros individualmente –y los equipos colectivamente– desplieguen sus potencialidades y logren sus objetivos. En las sociedades del conocimiento sumamente complejas y dinámicas en las que vivimos es probable que un número cada vez mayor de tareas y de respuestas a situaciones y problemas imprevistos dependan de los equipos y del trabajo colaborativo (Alcover, Gil, Rico, *Ibíd.*).

Trabajo de campo

Selección de casos.

Para la selección de casos se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Pertenencia a un sub-campo de la salud mental (educación, salud, comunitaria).
- Sector público, privado y tercer sector.

En el diseño inicial de esta investigación, se había delimitado como campo para la selección de casos a la ciudad de Mar del Plata, pero dadas las dificultades en relación a la factibilidad de obtener los casos teóricamente determinados, se incluyó la ciudad de Necochea, manteniendo los mismos criterios de selección y conservando el objetivo de completar la muestra teórica.

Instrumento.

El instrumento administrado consistió en entrevista semi-estructurada. Las preguntas que se realizaron en cada uno de los tramos estuvieron sujetas a modificaciones en base a las especificidades del dispositivo de atención al cual se administró. Pese a estas variaciones, el mantener tramos comunes, permitió la comparabilidad entre los distintos dispositivos de atención.

Se utilizó este instrumento debido a que se trata de una investigación descriptiva de tipo exploratorio-descriptiva transversal y con muestra intensiva.

En cuanto al protocolo que se confeccionó para la administración de la entrevista, se tomó como tramos los siguientes:

1. Demanda.

2. Servicio: los ejes a tener en cuenta fueron:

- cuáles con los servicios ofrecidos
- cómo atienden (en grupo, individualmente)
- cuándo atienden: días, horario

- descripción de los servicios ofrecidos
- ¿realizan actividades articuladas con otra institución? En caso de ser una respuesta afirmativa:
 - ¿de qué tipo?
 - ¿en qué consisten?
 - ¿con qué frecuencia?
 - ¿es abierta a la comunidad?

3. Recursos Humanos: aquí se indagó sobre:

- Con cuánto personal cuentan
- ¿cuáles son?
- ¿qué función cumplen?
- ¿realizan actividades de formación fuera del horario laboral? En caso de ser afirmativo:
 - ¿en qué consisten?
 - ¿Entre el personal realizan actividades en conjunto? En caso de ser positivo:
 - ¿en qué consiste?
 - ¿con qué frecuencia?

4. Dinámicas de trabajo: en este tramo, se relevó información en referencia a:

- ¿qué actividades realizan entre el equipo/ personal? (ateneos, congresos, espacios de intercambio)
- ¿Cómo es el clima laboral?
- En cuanto a la comunicación laboral, ¿Qué me podrías contar?
- ¿logran los objetivos planteados? (tanto los personales como los institucionales). En caso de ser una respuesta negativa:
 - ¿cuáles son los motivos que lo impiden?
- ¿Logran implementar lo planificado?
- ¿Qué modificaciones realizaría en el funcionamiento del dispositivo de atención?

Análisis de datos

Análisis intracategorías.

A. Demanda

En su mayoría los dispositivos de atención que fueron entrevistados dieron por resultado que el tipo de demanda es:

- ü Espontánea
- ü Por derivación: de médicos de diversas disciplinas, de escuelas, social, centros de salud, de organismos de justicia.
- ü Recomendación.
- ü En el caso de la ONG a través de las campañas de difusión realizadas, consultas mediante medios virtuales y derivación por parte de la comisaría de mujer.
- ü Se observan excepciones en cuanto al tipo de demanda que reciben, tanto, el jardín de infantes y maternal, como, el taller protegido y el programa social de Desarrollo Social. En el primero la demanda consiste en A) asesoramiento, hacia docentes, con respecto al abordaje de situaciones que se presentan a diario en niños que padecen diversas patologías, tales como, Síndrome de Down, Síndrome de West, TGD, psicosis infantil, distrofia muscular, Asperger; B) modalidad de comunicación con los padres de los niños; C) orientación, evaluación, resolución de problemas y apoyo integral a alumnos, familiares y docentes. En tanto en el taller protegido, el tipo de demanda que reciben provienen de “necesidades paternas” (“padres de edad avanzada que no pueden solos con sus hijos”) y ocupar a jóvenes con discapacidades que no pueden desempeñar actividades competitivas. Por último, en el caso particular del programa social de Desarrollo Social, la demanda se halla determinada a priori por el mismo programa social, identificando dos poblaciones: trabajadores en situación de vulnerabilidad y adultos mayores.

B. Dispositivos de atención

Dependiendo de la especificidad del dispositivo al cual se le realizó la entrevista y al nivel de atención que corresponda, cada dispositivo en particular cuenta con características diferentes.

ü Dispositivos de atención que corresponden al *nivel primario de atención*.

- Centro de Salud: aquí los casos se abordan individualmente, pero se mantiene una continua comunicación interdisciplinaria. Asimismo, se implementan estrategias de abordaje en red con otras instituciones, tales como, escuelas, red barrial, S.L.P.P.D.N. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a 14 horas. En tanto el servicio de psicología se ofrece dos veces semanales.
- Programa social de Desarrollo Social: el programa cuenta con tres dispositivos que se hallan relacionados: 1) grupo de reflexión, 2) dictado de clases teóricas y 3) supervisión de prácticas domiciliarias e institucionales. El horario de trabajo es de 6 horas semanales. Duración del programa: 6 meses.

ü Dispositivos de atención que corresponden al *nivel secundario de atención*.

- Centro Terapéutico Psicofísico: en este dispositivo los casos se abordan en forma individual, a excepción de los casos de discapacidad que se realizan en forma interdisciplinaria. Se trabaja en forma paralela con otras instituciones, como por ejemplo, escuelas, Centros de Día, con el objetivo de coordinar estrategias. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a 20 horas. Los servicios ofrecidos son: psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, terapia ocupacional, kinesiología, diversas técnicas, tales como, floortime, integración sensorial.

ü Dispositivos de atención que corresponden al *nivel primario y secundario de atención*.

- Jardín de infantes y maternal: ofrece las siguientes asignaturas música, inglés, expresión artística, gimnasia y, también, comedor. Las docentes integradoras concurren a la institución dos veces por semana entre 15 y 30 minutos. Y el criterio de integración que sostiene dicho jardín es desde lo social, teniendo como objetivo, que los niños continúen la escolaridad, en los casos de ser así posible, en una escuela normal sin ser estigmatizados.

ü Dispositivos de atención que corresponden al *nivel secundario y terciario de atención*.

- Hospital General Municipal: cuenta con consultorio externo, interconsulta en sala y equipo de rehabilitación conformado por: fonoaudióloga, psicólogas, médica fisiatra, terapeuta ocupacional, kinesiólogos. Los horarios de atención son: en consultorio externo, la profesional a cargo debe cumplir 24 horas mensuales, a las cuales distribuye en su mayoría en la tarde. En cuanto al equipo de rehabilitación su horario de atención es de lunes a viernes de 8 a 11 horas.

ü Dispositivos de atención que corresponden al *nivel primario, secundario y terciario de atención*.

- Escuela Primaria: los servicios ofrecidos por el E.O.E. (Equipo de Orientación Escolar) son: orientación a padres y docentes, talleres según las necesidades del grupo en el cual se realizan (como por ejemplo: talleres de convivencia, de lecto-escritura, orientación vocacional). Atención dentro del horario escolar: turno mañana de 8 a 12 horas y turno tarde de 13 a 17 horas.
- Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos del Niño/a y adolescentes: los casos se abordan en red. El horario de atención es de 8 a 14 horas.
- Centro Provincial para las Adicciones: los servicios ofrecidos en este dispositivo son: entrevista de admisión, reunión familiar sin el consumidor, reunión de grupo. Aquí se trabaja en red y en conjunto con el otro C.P.A. de la localidad de Necochea. El horario de atención es de lunes a viernes de 9 a 17 horas.
- O.N.G.: brinda los siguientes dispositivos: a) atención directa que consiste en atención legal, psicológica y social; b) trabajos en prevención, tales como, talleres, cursos, charlas informativas; c) campañas de difusión; d) coordinación de la mesa local. Su horario de atención es de lunes a viernes de 8 a 20 horas. Como el trabajo es voluntario, cada profesional dispone de su posibilidad horaria.

- ü Dispositivos de atención que corresponden al *nivel primario y terciario de atención*.
- Taller Protegido: la ONG cuenta con tres servicios: 1) centro de día, 2) hogar y 3) taller protegido. Los puestos de trabajo otorgados a los operarios y el tiempo dedicado son personalizados, por lo cual, en algunos casos los jóvenes trabajan individualmente y, en otros, en circuitos de trabajo.

Teniendo en cuenta las diferencias de los dispositivos entre sí, mantienen como denominador común el abordaje en red con otras instituciones, como así también, comunicarse, en forma constante, interdisciplinariamente.

C. Profesionales, trabajadores.

D. Formación profesional.

En la totalidad de los dispositivos entrevistados se observa un alto grado de profesionalización, actualizándose, permanentemente, mediante pos grados y capacitaciones. Excepto en el jardín de infantes y maternal donde las docentes que se encuentran a cargo de la sala no cuentan con formación adecuada para hacer frente a las patologías que padecen los niños que concurren a esta institución, por lo cual se encuentran “sobrecargadas”, manifiestan “picos de estrés”.

E. Actividades (incluye: articulaciones con otras instituciones y/o entre el equipo/personal)

En la mayoría de los dispositivos entrevistados el equipo de profesionales realiza actividades en forma conjunta, siendo estas: ateneos, presentación de casos, supervisiones, congresos. Como así también, actividades abiertas a la comunidad, es decir, charlas informativas y de difusión, talleres de diversas temáticas dependiendo de la especificidad del grupo al cual será destinado, jornadas, etc. El equipo de profesionales se reúne con una frecuencia que oscila desde semanalmente, quincenalmente o mensualmente hasta reuniones más espaciadas temporalmente. Sin embargo, mantienen comunicación constante a través de canales informales de comunicación. A su vez, trabajan en red con otras instituciones, como por ejemplo escuelas, centros de salud,

centros de día, entre otros, con el fin de coordinar las estrategias a implementar en cada caso en particular.

F. Comunicación organizacional

En cuanto a la comunicación organizacional los informantes clave la han descrito como “fluida”, “buena”, “con respeto y tolerancia”. Si bien cada dispositivo cuenta formalmente con tiempos pautados de reuniones de equipo, también, suelen comunicarse entre sí novedades, entrevistas realizadas, talleres y otras actividades por medios espontáneos, tales como “encuentros ocasionales en la cocina”, “cuadernos y agendas de comunicación interna”. A excepción del jardín de infantes y maternal, en el cual el informante clave la describió como “no buena”, manteniendo comunicación solo con la directora y no entre las docentes.

G. Factores inhibidores

En la mayoría de los casos relevados se destacó como principal factor inhibidor a la familia, expresado de diversas maneras, por ejemplo: “los padres que no cooperan ni ayudan con las estrategias implementadas para el logro de objetivos”, “la familia y la justicia”, “resistencias familiares”. Otras causantes inhibidoras son “las particularidades del caso”, “falta de organización, comunicación y tiempo”, “los paros dificultan la coordinación de actividades las cuales deben ser reprogramadas”, “abandono del tratamiento”, “condicionantes externos que resultan frustrantes tales como realidades socio-económicas”, “caos político municipal”, “dificultades para ubicar un podólogo profesional”.

H. Clima laboral

En términos generales el clima laboral es “bueno”, excepto el jardín de infantes y maternal donde el clima laboral es “competitivo”, “no se le otorga importancia a la función de las

maestras integradoras a quienes se las critica, se las menosprecia". Cada maestra "expresa omnipotencia", "no necesitan del resto". La crítica es dirigida entre las mismas docentes, hacia la directora y vicedirectora. La inserción de la residente en la institución ha sido "buena", "todos la consultan", "como algo mesiánico".

I. Modalidad de abordaje

Más allá de las particularidades de los dispositivos en cuanto al abordaje de caso, se puede observar que en la mayoría de ellos se abordan individualmente, manteniendo comunicación interdisciplinaria constante y trabajando en red con otras instituciones. En el taller protegido, en algunos casos, los operarios trabajan individualmente y, en otros, en circuitos de trabajo dependiendo de las capacidades y limitaciones de cada caso en particular para la realización de la tarea. Los profesionales coordinan y supervisan las actividades. Las terapistas ocupacionales observan a los operarios en los puestos de trabajo en cuanto a la adaptación a este, intereses y capacidades. En el hospital general los casos se abordan con dos modalidades distintas: 1) interconsulta en sala: a la psicóloga a cargo del dispositivo consultorio externo, los médicos le dejan anotaciones de qué paciente de sala tiene que entrevistar comentándole sobre el caso, o si no se encuentran dichos médicos en la institución, son las enfermeras quienes se encargan de informarle. O suele suceder, que los pacientes concurren a psicoterapia con la orden efectuada por el médico. 2) Equipo de rehabilitación: la médica fisiatra es quien realiza la entrevista de admisión y recomienda qué tratamiento es el adecuado para ese caso particular. La psicóloga administra una batería de tests adecuada para el caso y realiza un pronóstico. El resto de los profesionales, aborda el caso según las recomendaciones de la médica fisiatra. Y en el programa social de Desarrollo Social: el staff docente tiene a cargo el dictado de clases teóricas; la coordinadora pedagógica gestiona las evaluaciones y la coordinación docente en relación al material bibliográfico necesario y programación de temas a dictar; las coordinadoras grupales gestionan el grupo de reflexión y coordinan las prácticas domiciliarias e institucionales y el coordinador general es el encargado de la macrogestión del programa (difusión, gestión de instituciones, etc).

J. Modificaciones

Solo tres de los casos entrevistados manifestaron que no realizarían modificaciones, los restantes expresaron las siguientes modificaciones:

- Jardín de infantes y maternal: Conformación del E.O.E., capacitación en discapacidad a las docentes de nivel inicial e implementar otras estrategias de aprendizaje focalizadas en los niños con diferentes síndromes.
- Centro de Salud: El informante clave manifiesta la necesidad de un cambio en cuanto a su relación laboral con los centros de salud, ya que trabaja en dos (dos días semanales en cada uno), en los cuales hay mucha demanda y dispone de poco tiempo.
- S.L.P.D.N.: Inclusión de recursos humanos y económicos y erradicar el viejo paradigma de la Ley de Patronato.
- C.P.A.: Las modificaciones deben ser continuas, por lo cual el equipo de profesionales está en constante debate y cuestionamiento.
- O.N.G.: Lograr la obtención del programa de atención local para los casos de urgencia y conseguir emprendimientos para que las víctimas se reinseren social y económicamente.
- Hospital General Municipal: Que el dispositivo consultorio externo cuente con un lugar edilicio propio.
- Programa social de Desarrollo Social: actualizar el contenido bibliográfico y extender la duración del programa.

Análisis intercategorías.

Durante las últimas décadas se ha resaltado el papel que juega el cambio en las organizaciones. La turbulencia del entorno, caracterizada por cambios discontinuos e impredecibles, ha contribuido a provocar un cuestionamiento de las premisas utilizadas para entender el funcionamiento organizacional.

(...) El principal desafío para las empresas y organizaciones hoy en día, es la creación de una cultura y un clima que facilite el aprendizaje organizacional y la gestión del conocimiento (Ahumada Figueroa, 2004).

El clima organizacional “es un fenómeno circular en el que los resultados obtenidos por las organizaciones condiciona la percepción de los trabajadores, condicionan el clima de trabajo de los empleados” (Arraigada, 2009). Por su parte el autor Alonzo (2009), denomina al clima laboral como un “fenómeno contextual de influencia, que traspasa el umbral de lo individual y resulta el producto de las sucesivas interacciones entre los individuos y una organización” (...). A la manera de como lo plantea Silva Vázquez (1996), el concepto de clima debe ser considerado como un concepto psicosocial, configurado como nexo y articulación mediadora entre las estructuras y procesos organizacionales, y los comportamientos de los individuos y grupos. Retomando a Alonzo (2009, *Ibíd.*), dicho autor plantea a modo de síntesis, que el clima laboral consiste en la presencia de datos objetivos cuya ponderación valorativa se la dan los individuos que observan, perciben, interpretan, sienten y actúan, es decir, aquellos que construyen cognitivamente la realidad. Caracteriza el clima organizacional como expresiones grupales de la relación que las personas establecen con las organizaciones.

La forma en que se transmite la información, su claridad y la capacidad de las personas para comprenderla son importantes herramientas para una mejor productividad y una adecuada prevención de accidentes y enfermedades. La comunicación también es un aspecto esencial de la convivencia humana y, en ese sentido, el espacio de trabajo es un

lugar de convivencia entre personas, donde se crean redes de apoyo, amistades, se forman y fortalecen familias, entre otras importantes consecuencias de este carácter social del trabajo. Por lo mismo, favorecer la comunicación en el trabajo mejora la satisfacción (Parra, 2003).

A continuación se realizará un análisis inter-categorías en forma de díadas y tríada, por el motivo de observar, en el procesamiento de datos, la influencia significativa que mantienen entre sí. Las cuales, a su vez, sintetizan y describen las dinámicas de trabajo, objeto de estudio de la presente investigación.

Díada comunicación organizacional y clima laboral: se ha observado una influencia recíproca entre estas dos categorías, pudiéndose vislumbrar que ante buen clima laboral daba por resultado buena comunicación organizacional, y a la inversa.

Con respecto a la comunicación, los dispositivos de atención a la salud mental cuentan con canales formales e informales. Entre los primeros, se hallarían las reuniones pautas por el equipo, las cuales rondan entre semanalmente hasta mensualmente y, agendas y cuadernos de circulación interna, donde se notifican las novedades y actividades realizadas. En cuanto a los canales informales de comunicación, se encontrarían los encuentros casuales en sitios del lugar de trabajo, llamados telefónicos, etc. Un dato que ha sido común en el relato de los informantes clave ha sido la caracterización de esta, la suelen describir como “fluida”, “buena”, existencia de “respeto” y “tolerancia”.

En relación al clima laboral ha sido descrito como “bueno”, “armónico”, “sin presiones”. Al momento de indagar sobre esta cuestión ha sido generalizada, en los informantes clave”, una expresión de alegría, de distensión, respondiendo rápidamente que el clima organizacional es bueno.

Díada comunicación organizacional y modalidad de abordaje: en los dispositivos de atención entrevistados en que prevalecía una “buena” y “fluida” comunicación organizacional, se observó que el abordaje de casos se realizaba, si bien en forma individual, manteniendo comunicación interdisciplinaria constantemente. Lo cual es posible por la efectividad en la comunicación que mantienen el equipo de profesionales entre sí.

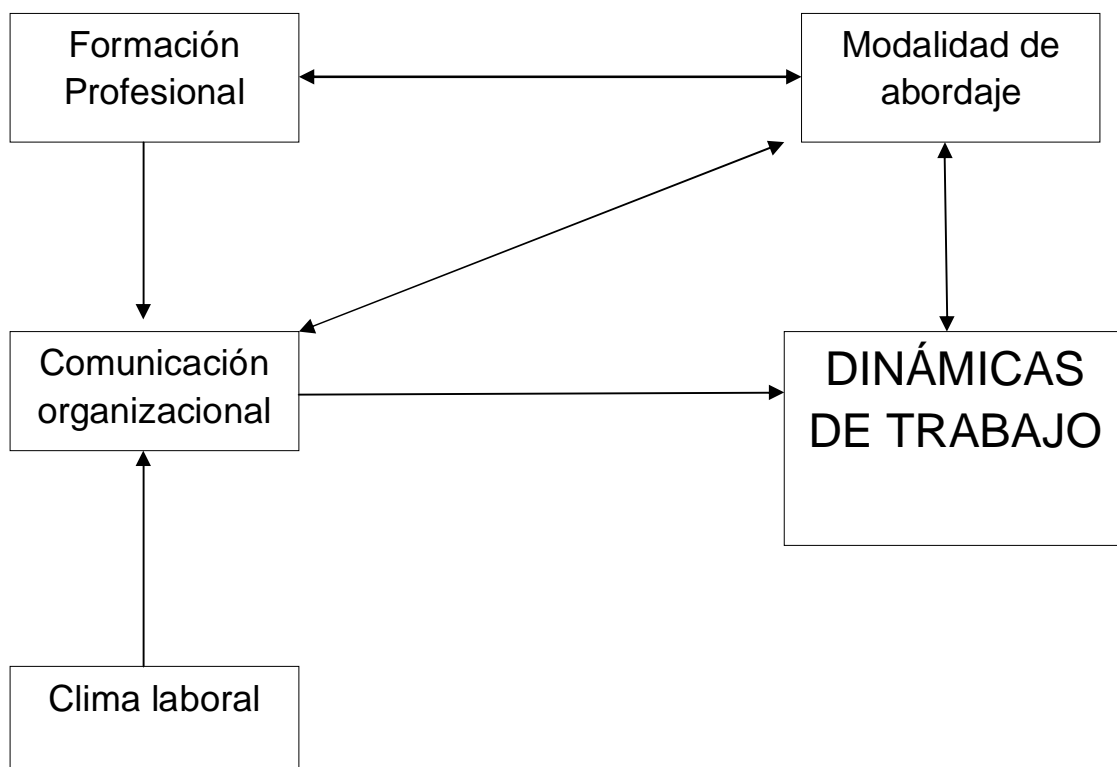
Como Aquino & Otros (1993) plantean “el éxito de todos los sectores de la organización dependerá en gran medida de una buena comunicación. Las comunicaciones son un instrumento importantísimo que se incorpora en la empresa para proyectar su imagen,

integrar el personal y afianzar sus relaciones. Los beneficios de una comunicación efectiva son:

- Para la empresa: la vincula con los medios externos, establece el diálogo a través de caminos de doble curso, difunde sus realizaciones, proyecta su imagen.
- Para el personal: brinda confianza, aumenta la información, permite su participación, ayuda a la integración, aumenta su poder de decisión, evita rumores y confusiones, facilita su evaluación por niveles superiores, permite recoger las inquietudes y pensamientos referidos a su quehacer laboral”.

Formación profesional, comunicación organizacional y modalidad de abordaje. el personal que conforma los dispositivos de atención entrevistados se caracterizan por poseer un alto grado de profesionalización. Motivo por el cual, ante la presentación de un caso puede el equipo profesional abordarlo desde varios ámbitos. Este alto grado de profesionalización como, así también, de actualización mediante capacitaciones, especializaciones y pos grados, podría deberse a una necesidad de estar capacitado y “preparado” para afrontar las demandas actuales, las cuales han sido caracterizadas por los informantes clave como “complejas” y “pesadas”. Se podría inferir que la modalidad de abordaje en equipo es posibilitada por la buena comunicación y fluidez de la misma, ya que se ha detectado un caso donde ni la comunicación laboral ni el clima organizacional es bueno, sino contrariamente, competitivo, y donde, a su vez, el personal no está capacitado, se observa como resultado “competitividad”, “sobrecarga” en el personal y dificultades en el logro de lo planificado debido a la “falta de organización, comunicación y tiempo”.

Esquemáticamente, la relación entre las categorías mencionadas anteriormente, podría ser representada del siguiente modo:



Consideraciones finales

Objetivos generales.

La presente investigación plantea como objetivo general describir las dinámicas de trabajo que se dan en los dispositivos institucionalizados pertenecientes al sistema público de servicios de atención a la salud mental en Mar del Plata, entendiendo por dinámica de trabajo el grado de organización, planificación, implementación y performance de esos dispositivos.

A lo largo de este año de investigación se logró concretar dicho objetivo general, pudiendo describir las dinámicas de trabajo que se dan en los dispositivos institucionalizados pertenecientes al sistema público del siguiente modo: dada la complejidad de las problemáticas sociales que se presentan en cada dispositivo de atención, y si bien los profesionales que conforman el equipo los abordan individualmente, las estrategias a implementar se realizan interdisciplinariamente e interinstitucionalmente, es decir, en red, manteniendo los profesionales de diferentes ámbitos comunicación constante entre sí. Lograrían cumplir lo planificado, y al implementar las estrategias se tiene en cuenta la particularidad del caso. En relación a lo anteriormente mencionado, los entrevistados han mencionado que existen en su práctica ciertos factores inhibidores para la concreción de los objetivos que se plantean, tanto personales como institucionales, siendo principalmente de índole familiar: no prestando colaboración ni ayuda en relación al tratamiento de su familiar, resistencias familiares.

Con respecto al perfil del personal que conforman los diversos dispositivos, se caracterizan por poseer un alto grado de profesionalización, es decir, personas con título de grado (universitarios) correspondientes a diferentes carreras de salud y sociales, y actualizando sus conocimientos mediante capacitaciones, especializaciones y pos grados.

Objetivos específicos.

Los objetivos específicos que se plantearon en este trabajo de investigación son los siguientes:

- ✓ Describir los dispositivos locales de atención a la salud mental, en términos de su grado de organización, su planificación, su implementación y su performance.

En términos generales, se ha podido observar a lo largo de las entrevistas realizadas, que los dispositivos de atención poseen un alto grado de organización, en cuanto a qué profesional se le asigna el caso, la modalidad de abordaje, a quién contactar, dependiendo del caso particular, pautan reuniones de equipo para debatir las estrategias a seguir para el abordaje del caso. A su vez, existen canales informales de comunicación mediante los que transmiten las novedades, las entrevistas realizadas, etc. Por lo general, logran cumplir lo planificado a nivel personal e institucional existiendo, de todos modos, factores inhibidores que obstaculizan el logro de los mismos. En cuanto al personal, se caracterizan por un alto grado de profesionalización y actualización en la profesión respectiva.

- ✓ Caracterizar el perfil de los profesionales que en ellos trabajan, en términos de profesiones, formaciones específicas, años de antigüedad, cantidad de horas semanales de trabajo y modalidades contractuales.

Como anteriormente se hizo mención, se observa un alto grado de profesionalización en quienes conforman los dispositivos relevados, habiendo profesionales de la psicología, psicopedagogía, medicina, terapia ocupacional, docentes integradoras, docentes de nivel inicial, fonoaudiología, kinesiología, abogacía, acompañantes terapéuticos, enfermería, entre otros. Todos los profesionales realizan, extra-laboralmente, actividades de capacitación, especialización y pos grados en diferentes instituciones formadoras. El

horario de atención es de lunes a viernes oscilando la cantidad de horas semanales entre un mínimo de 30 horas hasta un máximo de 70 horas.

- ✓ Relevar las valoraciones personales que hacen estos profesionales acerca de las dinámicas de trabajo que emergen en sus lugares de trabajo.

Los informantes clave han destacado: el buen clima laboral, de respeto y tolerancia, comunicación organizacional fluida, la efectividad del trabajo en equipo, el logro de los objetivos planteados y la mitad, aproximadamente, no ha considerado necesario realizar modificaciones en el dispositivo de atención, lo cual es un indicador de la eficacia del dispositivo.

- ✓ Reconstruir una tipología de dinámicas de trabajo.

Tipo I: dispositivos o instituciones pertenecientes al sistema educativo.

Los dispositivos o instituciones pertenecientes a la tipología del tipo I, se caracterizan por pertenecer al sector de servicios educativo y poseen un bajo nivel de trabajo en equipo, pero mantienen en común la implementación de estrategias interinstitucionales, tales como, charlas informativas, talleres, jornadas recreativas, etc. En cuanto al tipo de demanda que reciben, éstas provienen tanto del mismo dispositivo o institución como fuera de ellos y sus intervenciones consisten en: asesoramiento, orientación, resolución de problemas, entre otras. Ofrecen una amplia variedad de servicios, por ejemplo, materias curriculares y extracurriculares, talleres según la demanda, personalización de tareas, etc. El personal que conforman los dispositivos o instituciones de la presente tipología, se caracteriza por poseer tanto un alto nivel de profesionalización como, asimismo, con niveles terciarios, contando con: fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, psicopedagogía, orientadoras educacionales, sociales y del aprendizaje, maestras de nivel inicial, especiales e integradoras. A excepción de uno de ellos, dicho personal no realiza actividades de formación profesional, como por ejemplo, capacitaciones, especializaciones, pos grados, etc. En relación a la comunicación organizacional, en general, se la ha caracterizado como “buena”, manteniendo reuniones de equipo programadas, o canales

informales, tales como, cuadernos de comunicación interna, agendas donde se informan las actividades realizadas, actas institucionales. Con respecto al clima organizacional, en líneas generales se lo ha definido como “bueno, fluido”, menos en uno que se lo define como “competitivo”. En lo que respecta a los factores que obstaculizan la concreción de los objetivos planteados los informantes hacen mención a: falta de organización, comunicación y tiempo, como también, los paros docentes que dificultan la coordinación de actividades. El abordaje de la demanda es en conjunto, realizando orientaciones tanto a padres como a docentes, coordinando y supervisando las actividades, etc. En referencia a las modificaciones que los informantes realizarían en los dispositivos o instituciones, en general, tendieron a mostrar conformidad con el funcionamiento actual de sus organizaciones.

Tipo II: dispositivos o instituciones pertenecientes al sistema de salud.

Los dispositivos o instituciones pertenecientes a la tipología del tipo II presentan como rasgos en común el pertenecer al sector de servicios de salud y la procedencia de la demanda: espontánea; por derivación de: un profesional, de la escuela, de organismos de justicia; por recomendación, etc. En general, los casos se atienden individualmente aunque, según refieren los informantes, se trabaja en “red”, es decir, de manera conjunta entre el equipo que conforma el dispositivo o institución y otras instituciones, dicho de otro modo, interinstitucionalmente, manteniendo una continua comunicación interdisciplinaria y según niveles de atención; primaria (APS), secundaria (atención general) y terciaria (atención específica y/o rehabilitaciones). El equipo que conforma cada uno de los dispositivos e instituciones entrevistadas que pertenecen a esta tipología se caracteriza por poseer un alto nivel de profesionalización, contando con servicios de: psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, terapeuta ocupacional, kinesiología, médicos clínicos, obstetras, nutrición, trabajadoras sociales, abogadas, quienes realizan actualización continua mediante: capacitaciones, especializaciones, pos grados. A su vez, cuentan con servicios efectuados por operadores técnicos, como por ejemplo, enfermería, acompañantes terapéuticos, operador socio-terapéutico. Los informantes plantean, discursivamente, la realización de actividades en equipo programadas con cierta periodicidad, tales como, ateneos, presentación de casos, supervisiones, jornadas, encuentros informativos, etc. La implementación de estrategias es en red a través del trabajo en conjunto con escuelas, centros de día, redes barriales, proponiendo actividades

abiertas a la comunidad, por ejemplo: programas de embarazo, campañas de vacunación, proyectos de lectura cuando es con otras instituciones de salud son intrasectoriales y cuando es con instituciones de otro sector, como el educativo, es intersectorial. Esta característica del trabajo en red, interinstitucionalmente e interdisciplinariamente, ha sido destacada en reiteradas oportunidades por todos los entrevistados, asimismo, la comunicación constante interdisciplinaria. En cuanto a la comunicación organizacional es definida, en general, como “buena, fluida”, mediante canales formales e informales de comunicación. Dentro de los primeros, se encontrarían las reuniones de equipo, y dentro de los segundos, reuniones espontáneas e informales (a través de llamados telefónicos, encuentros casuales, anotaciones). Plantean como factores inhibidores del logro de los objetivos: resistencias familiares, abandono de tratamiento, la justicia. Una característica que ha sido homogénea en las entrevistas realizadas es la definición del clima laboral como: “bueno, fluido, respeto, tolerancia”. Con respecto a la posible realización de modificaciones en los dispositivos o instituciones donde se desempeñan los entrevistados plantean la inclusión de recursos humanos y económicos, un lugar edilicio propio, estabilidad laboral.

Tipo III: dispositivos o instituciones pertenecientes a desarrollo social:

Los dispositivos o instituciones incluidas en la tipología del tipo III pertenecen al sector de Desarrollo y/o Asistencia Social. Como característica común de la demanda, la misma se halla determinada previamente: en uno de ellos, serían los trabajadores en situación de vulnerabilidad y adultos mayores que requieren cuidados domiciliarios, en el otro, atención de violencia y abuso sexual contra mujeres, niños/as y/o adolescentes, aunque también, aquí las demandas provienen de manera espontánea, por referencia, mediante campañas de difusión, derivación, etc. Ambos dispositivos ofrecen los siguientes servicios: atención directa (psicológica, social y/o legal), trabajos en prevención, coordinación de la mesa local, grupo de reflexión, dictado de clases teóricas y, en su función de formación de recursos humanos, supervisión de prácticas domiciliarias e institucionales. Se caracterizan por estar conformados por un personal con alto nivel de profesionalización (abogados, psicólogos, fonoaudiólogos, arquitectos, etc.), con formación de postgrados y capacitaciones en la temática competente. En cuanto a la modalidad de trabajo, se podría decir que se lleva a cabo en equipo, de manera conjunta, en lo que se refiere a la planificación, coordinación y gestión de los servicios; el abordaje de problemáticas se

efectúa en red, es decir, interdisciplinariamente e interinstitucionalmente. En uno de los dispositivos, se realiza una entrevista de admisión, luego se discute interdisciplinariamente el caso y, posteriormente, se asigna al profesional que corresponda. En el otro, se observa una alta división de tareas a ser llevadas a cabo: por un lado, el staff docente tiene a cargo el dictado de clases teóricas; por el otro, la coordinadora pedagógica gestiona las evaluaciones y coordina al staff docente en relación al material bibliográfico necesario y programación de temas a dictar; por último, las coordinadoras grupales gestionan el grupo de reflexión y coordinan las prácticas domiciliarias e institucionales, mientras que el coordinador general es el encargado de la macrogestión del programa (difusión, gestión de instituciones, etc). Con respecto a la comunicación organizacional, la misma es definida como “buena, constante” por medio de canales formales (reuniones semanales, ateneos) y canales informales (llamados telefónicos, e-mails, etc.). Los informantes de ambos dispositivos plantean como factores inhibidores: realidades socio-económicas vulnerables, abandono de tratamiento, recaídas y/o deserción, caos político municipal. Los informantes caracterizan al clima organizacional donde se desempeñan profesionalmente como “muy bueno”, “buena relación entre quienes conforman el equipo, y entre estos y los cursantes”. Y aluden que realizarían las siguientes modificaciones: lograr la obtención del programa de atención local para los casos de urgencia, conseguir emprendimientos para que las víctimas se reinserten social y económicamente, actualizar el contenido bibliográfico, extender la duración del programa formativo.

Hipótesis de trabajo.

Las hipótesis de trabajo asumidas son:

- Ø Al caracterizar las dinámicas de trabajo en los dispositivos de atención, nos encontraremos con altos grados de diversidad y heterogeneidad, y que los mismos son producto del interjuego dinámico entre factores de diferentes órdenes: políticos, sociales, culturales, institucionales, imaginarios, internos y externos respecto al campo de la salud mental.

Esta hipótesis de trabajo ha probado su valor hermenéutico, observando altos grados de diversidad y heterogeneidad de profesiones, lo cual podría ser debido a las demandas que deben abordar los distintos dispositivos de atención y de los diferentes órdenes que deben tener en cuenta a la hora de implementar las estrategias planificadas.

Ø Las relaciones de correspondencia entre las prácticas de atención, las dinámicas de trabajo y las valoraciones personales de los profesionales que trabajan en esos dispositivos estén fuertemente influenciadas por sus imaginarios sociales respecto a la salud-enfermedad mental, el trabajo en salud mental, la valoración de la prevención-promoción y el trabajo en equipo.

Esta hipótesis de trabajo también ha probado su valor hermenéutico, observando en los relatos de entrevistados la correspondencia entre las prácticas de atención llevadas a cabo, las dinámicas de trabajo y las valoraciones personales donde expresan la modalidad de abordaje en equipo para enfrentar la complejidad de los casos que se presentan, teniendo en cuenta al momento de planificar las estrategias los condicionantes sociales, y expresan la realización de actividades de prevención-promoción, tales como, charlas de difusión e informativas.

Dificultades en la investigación.

Durante la realización de esta investigación, surgieron numerosas dificultades:

- La que se podría denominar la “gran” dificultad que nos acompañó a lo largo de este trabajo de investigación fue el hecho de residir en otra localidad. A pesar de que la distancia no es significativa, tan solo 127 km o dos horas en colectivo, ha sido un factor de complicación.
- En relación a lo anterior, en esta localidad, Necochea, no contamos con una biblioteca que disponga de material científico para la realización de una tesis de pre-grado. Y al no tener no programados viajes a la ciudad de Mar del Plata, no pude hacer uso de la biblioteca universitaria como considero hubiera sido necesario.

- Como consecuencia de lo anterior, los tiempos en la realización de esta investigación han sido otros, en el sentido de que significan pérdidas de tiempo o escollos para la tarea en cuestión.
- Una dificultad que ha resultado significativa fue el cambio de campo en el que se llevó a cabo el relevamiento empírico de esta investigación. En un principio, se delimitó como campo de estudio la ciudad de Mar del Plata, pero debido a las dificultades que se fueron presentando en la gestión de casos, se incorporó Necochea, respetando los mismos criterios de selección utilizados para con los casos de la ciudad de Mar del Plata. Dificultades que podrían ser consecuencia del cierre de año. Para los dispositivos que investigamos, que tienen actividades de cierre, gestiones asociadas y nuevas planificaciones para el año que viene.
- La mayor dificultad que hemos atravesado y que ha cambiado la propuesta de investigación original se produjo al momento de llevar a cabo las instancias de evaluación: 1) observación densa de las prácticas de atención y 2) escalas de valoración personal, ya que nos hemos encontrados con varios escollos que escaparon a nuestro control. Hacemos referencia a dificultades institucionales, más precisamente, dificultades en relación a “tiempos institucionales que aludieron los informantes cuando fueron consultados por la posibilidad”. Esto ocasionó un gran cambio en la investigación propuesta originalmente, contando ahora sólo con una fuente: la perspectiva de los actores, es decir, de los agentes humanos entrevistados, quedando representada la dinámica de trabajo de los dispositivos de atención a la salud mental, sólo por la información proporcionada por ellos. Como consecuencia de lo mencionado anteriormente, se incluyó en la entrevista a los informantes una pregunta que indagara sobre la valoración personal del dispositivo de atención a la salud mental, debido a la imposibilidad de aplicar la escala de valoración personal a 50 casos aproximadamente por no contar, los profesionales, con disponibilidad de tiempo.

Esta dificultad aludida por los informantes en relación a “tiempos institucionales” ha sido verificada al momento de concretar el encuentro para realizar la entrevista. Los profesionales cuentan con escaso tiempo disponible debido a que se encuentran sobrepasados de trabajo. He sido citada, por ejemplo, en el horario en que un paciente no concurriría a su espacio clínico, en el consultorio privado del profesional entrevistado, momentos antes de la llegada de los pacientes.

Lo dicho anteriormente, trajo aparejado como consecuencia la imposibilidad de realizar la observación densa de las prácticas de atención y aplicar la escala de valoración personal, debiendo realizar, a cada informante, una entrevista profunda, para recabar mediante ella, la mayor información posible. Asimismo, por no haber sido posible cumplir con las instancias de evaluación prometidas por los motivos señalados, ya que la escala debería ser aplicada a 50 casos aproximadamente, implicó como consecuencia la imposibilidad de triangular datos cuantitativos y cualitativos.

Anexo metodológico

DISPOSITIVO DE ATENCION	INFORMANTE CLAVE	NIVEL DE ATENCION
1) Jardín de infantes y maternal (privado)	Residente de pre grado en el ámbito de Psicología Educacional	Primario y secundario
2) Centro Terapéutico Psicofísico (privado)	Lic. en fonoaudiología	Secundario
3) Escuela Primaria (pública)	Lic. en Psicopedagogía.	Primario, secundario y terciario.
4) Taller Protegido	Lic. en Terapia Ocupacional.	Primario y terciario
5) Centro de Salud	Lic. en Psicología	Primario
6) Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos del Niño/a y/o adolescentes	Lic. en Psicología	Primario, secundario, terciario
7) Centro Provincial para las Adicciones.	Lic. en Psicología	Primario, secundario, terciario
8) ONG (prevención contra la violencia hacia mujeres, niños/as y adolescentes)	Abogada	Primario, secundario, terciario
9) Hospital General	Lic. en Psicología	Secundario, terciario

Municipal		
10) Programa Social de Desarrollo Social	Lic. en Trabajo Social	Primario

Categorías de análisis:

- A. Demanda.
- B. Dispositivos de atención.
- C. Profesionales, trabajadores.
- D. Formación profesional.
- E. Actividades.
- F. Comunicación organizacional.
- G. Factores inhibidores.
- H. Clima laboral.
- I. Modalidad de abordaje.
- J. Modificaciones a realizar en el dispositivo

	A. DEMANDA
1) Jardín de infantes y maternal	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento sobre cómo manejar casos particulares que surgen a diario en niños con Síndrome de Down, Síndrome de West, TGD, psicosis infantil, distrofia muscular, Asperger. - Cómo comunicarse con la familia sobre el comportamiento de sus hijos. - Orientación, evaluación, resolución de problemas y apoyo integral a alumnos, familiares y docentes.
2) Centro terapéutico psicofísico	<ul style="list-style-type: none"> - Espontánea por parte de los padres. - Por derivación de pediatras. - Por derivación de neurólogos. - Por derivación de la escuela. - Por recomendación de ex pacientes.
3) E.P.	<ul style="list-style-type: none"> - Desde la misma escuela. - Desde los docentes.
4) Taller Protegido	<ul style="list-style-type: none"> - Ocupar a los jóvenes con discapacidades que no pueden realizar actividades competitivas. - Por necesidad paterna. - Padres de edad avanzada que no pueden solos con sus hijos.
5) Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Espontánea. - Por derivación de las escuelas. - Derivación social.

6) S.L.P.P.D.N.	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamentalmente, desde la escuela. - Desde los Centros de Salud. - Presentaciones espontáneas. - Desde asesoría de menores (en su minoría).
7) C.P.A.	<ul style="list-style-type: none"> - Espontánea. - Por un familiar. - Por un organismo de justicia. - Desde la escuela. - Desde el Centro de Salud. - Desde el hospital.
8) ONG	<ul style="list-style-type: none"> - Atención de violencia y abuso sexual contra mujeres, niños/as y adolescentes. - Espontánea. - Por derivación: de la comisaría de la mujer, de los Centros de Salud, colegios, juzgado y fiscalía. - Por recomendaciones. - A través de ex pacientes. - Por campañas de difusión. - Consultas mediante medios virtuales.
9) Hospital General Municipal	<ul style="list-style-type: none"> - Espontánea. - Derivación por parte de médicos y organismos judiciales.
10) Programa Social de Desarrollo Social	<p>Se halla determinada a priori por el mismo programa social, identificando dos poblaciones: trabajadores en situación de vulnerabilidad y adultos mayores.</p>

	B. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN
1) Jardín de infantes y maternal	<ul style="list-style-type: none"> - Música, inglés, expresión artística, gimnasia, comedor. - Docentes integradoras: concurren dos veces por semana entre 15 y 30 minutos. - La institución cuenta con un criterio de integración desde lo social, teniendo como objetivo, que los niños continúen la escolaridad, en los casos de ser así posible, en una escuela normal sin ser estigmatizados.
2) Centro terapéutico psicofísico	<ul style="list-style-type: none"> - Se atiende de lunes a viernes de 8 a 20 horas. - Psicología. - Psicopedagogía. - Fonoaudiología. - Terapia Ocupacional. - Kinesiología. - Integración sensorial. - Floortime. - Los casos se abordan en forma individual, a excepción, de los casos de discapacidad que se realiza en forma interdisciplinaria.
3) E.P.	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación a docentes. - Orientación a padres. - Talleres según las necesidades de cada grupo, por ejemplo talleres de convivencia, de lecto-escritura, de

	<p>orientación vocacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en red con otras instituciones, tales como escuelas especiales, S.L.P.P.D.N., salas y sociedades de fomento. - La atención se realiza desde el E.O.E., el cual se conforma por dos O.A. (Orientadora de Aprendizaje), una O.E. (Orientadora Educacional) y una O.S. (Orientadora Social). - Se brinda atención dentro del horario escolar: turno mañana de 8 a 12 horas y, turno tarde de 13 a 17 horas.
4) Taller Protegido	<p>La ONG cuenta con tres servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taller protegido. - Centro de Día. - Hogar. - Los puestos de trabajo y el tiempo dedicado son personalizados, por lo cual, en algunos casos los jóvenes trabajan individualmente y, en otros, en circuitos de trabajo. - El taller permanece abierto de lunes a viernes en el horario de 7 a 17:30 horas.
5) Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Los casos se abordan individualmente, pero mantienen comunicación interdisciplinaria. - El horario de atención es de lunes a sábado de 8 a 14 horas. - El servicio de psicología es brindado dos veces por semana.
6) S.L.P.P.D.N.	<ul style="list-style-type: none"> - Los casos se atienden en red. - El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a 14 horas.
7) C.P.A.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista de admisión. - Reunión familiar sin el consumidor. - Reunión de grupo. - Se atiende de lunes a viernes de 9 a 17 horas. - Se trabaja en red y en conjunto con el otro C.P.A. de la

	localidad de Necochea.
8) ONG	<ul style="list-style-type: none"> - Atención directa: la cual consiste en atención psicológica, legal y social. - Trabajos en prevención (talleres, cursos, charlas informativas). - Campañas de difusión. - Coordinación de la mesa local contra la violencia hacia las mujeres (conformada por Secretaría de Desarrollo Social, C.P.A., comisaría de la mujer, educación, Centros de Salud, Secretaría de Salud, justicia: juzgado de familia, fiscalía temática). - Se atiende de lunes a viernes de 8 a 20 horas. Como es trabajo voluntario cada profesional dispone de su posibilidad horaria.
9) Hospital General Municipal	<ul style="list-style-type: none"> - Consultorio externo. - Equipo de rehabilitación conformado por psicóloga, fonoaudióloga, médica fisiatra, terapeuta ocupacional, kinesiólogos. - Interconsulta en sala: cuando los médicos observan en un paciente algo del orden psicológico, se contactan con la psicóloga.
10) Programa Social de Desarrollo Social	<p>El programa cuenta con tres dispositivos que se hallan relacionados: 1) grupo de reflexión, 2) dictado de clases teóricas y 3) supervisión de prácticas domiciliarias e institucionales.</p> <p>El horario de trabajo es de 6 horas semanales.</p> <p>Duración del programa: 6 meses.</p>

	C. PROFESIONALES Y TRABAJADORES
1) Jardín de infantes y maternal	<ul style="list-style-type: none"> - 8 maestras de nivel inicial. - 2 maestras integradoras. - Directora y vicedirectora. - 2 preceptoras.
2) Centro terapéutico psicofísico	<ul style="list-style-type: none"> - 6 fonoaudiólogas. - 6 terapistas ocupacionales. - 3 kinesiólogas. - 6 psicopedagogas. - 4 psicólogas. - 1 secretaria.
3) E.P.	<ul style="list-style-type: none"> - 1 orientadora social. - 1 orientadora educacional. - 2 orientadoras de aprendizaje.
4) Taller Protegido	<ul style="list-style-type: none"> - 3 terapistas ocupacionales. - 1 maestra especial. - 1 supervisora de bolsas de polietileno. - 1 supervisora de mermeladas. - 1 profesor de arte. - 1 directora.
5) Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - 1 médico clínico. - 2 trabajadoras sociales. - 3 enfermeras. - 1 psicóloga.

	<ul style="list-style-type: none"> - 1 nutricionista. - 1 obstetra. - 1 promotora de salud. - 1 administrativa.
6) S.L.P.P.D.N.	<ul style="list-style-type: none"> - 2 trabajadoras sociales. - 1 delegada. - 2 psicólogas. - 2 secretarias. - 2 acompañantes terapéuticos.
7) C.P.A.	<ul style="list-style-type: none"> - 4 psicólogos. - 1 operador socio-terapéutico. - 1 médico clínico. - 1 abogada. - 1 trabajador social.
8) ONG	<ul style="list-style-type: none"> - 1 administrativa. - 2 trabajadoras sociales. - 2 abogadas. - 5 psicólogas.
9) Hospital General Municipal	<ul style="list-style-type: none"> - 2 psicólogas. - 1 médica fisiatra. - 1 terapeuta ocupacional. - 4 kinesiólogos. - 1 terapeuta ocupacional. - Consultorio externo: la psicóloga a cargo de éste debe cumplir 24 horas mensuales, atendiendo, por lo general, de tarde. - El equipo de rehabilitación atiende de lunes a viernes de 8 a 11 horas.
10) Programa Social de Desarrollo Social	<p>Este programa es conformado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un grupo de coordinadores: 1 coordinador general (Lic. en psicología y especialista en gerontología), 1 coordinadora pedagógica (Lic. en ciencias de la educación) y 2 coordinadores grupales (una psicóloga y una trabajadora social).

	<p>- Un staff de 12 docentes de diversas disciplinas: trabajo social, medicina, terapeuta ocupacional, fisiatra, fonoaudiología, nutricionista, odontología, podología, psicología, arquitectura, enfermería, abogacía, profesorado de educación física.</p>
--	--

	D. FORMACIÓN PROFESIONAL
1) Jardín de infantes y maternal	Las docentes de nivel inicial no cuentan con formación adecuada para hacer frente a las patologías que padecen los niños que concurren a esta institución, por lo cual se encuentran “sobrecargadas”, manifiestan “picos de estrés”.
2) Centro terapéutico psicofísico	Todos los profesionales que conforman el equipo de este centro terapéutico psicofísico realizan actividades de capacitación específicas de cada área.
3) E.P.	En esta institución no se realizan actividades de formación.
4) Taller Protegido	Realizan capacitaciones y cuentan con asesoramiento empresarial debido a que producen y comercializan diversos productos.
5) Centro de Salud	Realizan capacitaciones.
6) S.L.P.P.D.N.	Realizan capacitaciones.
7) C.P.A.	Realizan pos grado, especializaciones y capacitaciones.
8) ONG	Realizan capacitaciones y pos grado.
9) Hospital General Municipal	Realizan capacitaciones en forma particular, no contempladas por el hospital.
10) Programa Social de Desarrollo Social	La mayoría de los coordinadores y del staff docente realizan pos grados sistemáticos en la temática. Y hacen alusión a la práctica y la experiencia en la atención de adultos mayores como un factor importante.

	E. ACTIVIDADES (incluye: articulaciones con otras instituciones y/o entre el equipo/personal)
1) Jardín de infantes y maternal	<ul style="list-style-type: none"> - Aquí no se realizan actividades en equipo. - Se realizan actividades en conjunto con un hogar de ancianos, las cuales consisten en recreación y talleres de pintura. Las docentes, directora y residente acompañan a los niños. La frecuencia de realización es cada 15 días. Los padres están invitados.
2) Centro terapéutico psicofísico	<ul style="list-style-type: none"> - El equipo profesional realiza ateneos cada 15 días. - Se trabaja en forma paralela con otra institución, como puede ser la escuela, un Centro de Día. Según la necesidad del caso particular, se realizan observaciones del desenvolvimiento del niño en el jardín. El trabajo en paralelo tiene como objetivo coordinar estrategias.
3) E.P.	<ul style="list-style-type: none"> - Se trabaja en red con otras instituciones tales como escuelas especiales, S.L.P.P.D.N., salas y sociedades de fomento. - No se realizan actividades en conjunto, "cada una atiende su rol". - El E.O.E. se reúne con la Inspectora del sector en Plenarios, cada 2 o 3 meses.
4) Taller Protegido	<ul style="list-style-type: none"> - No realizan actividades en equipo. - Los operarios dan charlas en escuelas sobre reciclaje,

	<p>a su vez, realizan actividades de difusión e informativas, como así también, de asesoramiento a otros talleres con respecto a los emprendimientos que aquí realizan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las actividades realizadas son abiertas a la comunidad. Al mismo tiempo, ésta aporta botellas plásticas para ser reutilizadas en el taller. - Reciben visitas de todo el país. - Los operarios realizan actividades extra-laborales tales como educación física, folklore, expresión corporal y fútbol. Consisten en dos horas semanales. Es opcional. - Los operarios realizan actividades de producción y de servicios: atención del carrusel, ventas, confección de bolsas de polietileno, artesanías, mermeladas y enfardados de plásticos clasificados.
5) Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Realizan actividades con escuelas, como por ejemplo, talleres de sexualidad. - Actividades en conjunto con la red barrial. - Proyecto de lectura. - Abordaje a grupos familiares. - Programas de embarazo. - Campañas de vacunación. - Todas estas actividades son abiertas a la comunidad. - Entre el equipo de profesionales realizan ateneos, presentación de casos, reunión de equipo, las cuales son mensuales.
6) S.L.P.P.D.N.	<ul style="list-style-type: none"> - Las actividades que se realizan con otras instituciones tienen por fin garantizar los derechos del niño, resguardo, contención y restitución de los derechos. Se trabaja conjuntamente con instituciones públicas y privadas, y con todos los recursos que ofrece la comunidad. Se trabaja en red manteniendo comunicación constante (co-responsabilidad).

	<ul style="list-style-type: none"> - Charlas de derechos en escuelas, brindan protocolos de intervención en escuelas y en SADOP. - Entre el equipo, mensualmente, se realizan ateneos y presentación de caso.
7) C.P.A.	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizan reuniones de equipo una vez por semana. - Supervisiones. - Jornadas. - Encuentros informativos. - Se trabaja en red.
8) ONG	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajan en red. - El equipo de profesionales se reúne una vez por semana, a excepción de los casos de urgencia debiendo reunirse en el momento, actuando el dispositivo de mesa local, el cual es interdisciplinario e interinstitucional. En estas reuniones se presentan los casos, pensando en las estrategias a implementar, a quién se debe contactar y realizando supervisiones.
9) Hospital General Municipal	<ul style="list-style-type: none"> - La psicóloga del consultorio externo remarca, en reiteradas oportunidades, que su trabajo es "solitario". - El equipo de rehabilitación aborda los casos de forma conjunta, dependiendo de las particularidades del mismo. Se reúnen mensualmente.
10) Programa Social de Desarrollo Social	<p>La planificación, coordinación y gestión del programa es realizada en conjunto por la coordinación local del programa. Se trabaja en equipo.</p>

	F. COMUNICACIÓN (canales tanto formales como informales)
1) Jardín de infantes y maternal	En esta institución la comunicación no es buena, sólo se comunican con la directora, no entre las docentes.
2) Centro terapéutico psicofísico	La comunicación es “fluida”, se intentan reunir mensualmente, caso contrario, se comunican, espontáneamente, en la cocina.
3) E.P.	La comunicación organizacional es buena. Cuentan con un cuaderno de comunicación interna en el que se anotan las noticias más importantes. Además, tienen una agenda por turno en la que se anota las entrevistas realizadas, talleres y otras actividades.
4) Taller Protegido	La comunicación organizacional es buena. Las reuniones de equipo están programadas una vez cada 15 días, pero a veces no se concretan por razones laborales.
5) Centro de Salud	Buena comunicación organizacional. Se discuten los trabajos en equipo. Las reuniones están pautadas una vez por mes, pero no suelen ser con esta frecuencia debido a complicaciones horarias de quienes conforman el equipo.
6) S.L.P.P.D.N.	Buena comunicación organizacional, existe respeto y tolerancia ante las diversas opiniones en los debates de casos.

7) C.P.A.	La comunicación organizacional es “fluida”. Se realizan reuniones semanales y, también, se comunican de manera espontánea e informal.
8) ONG	La comunicación organizacional es muy buena, mediante reuniones formales (semanales) e informales.
9) Hospital General Municipal	<ul style="list-style-type: none"> - La comunicación organizacional es fluida. - Los médicos dejan anotaciones sobre casos que deben ser abordados por el equipo de rehabilitación o por la psicóloga en consultorio externo. Además de este medio de comunicación, el equipo se reúne mensualmente.
10) Programa Social de Desarrollo Social	Es buena, constante, mediante llamados telefónicos, por correo electrónico.

	G. FACTORES INHIBIDORES
1) Jardín de infantes y maternal	No se logran los objetivos institucionales por falta de organización, comunicación y tiempo, por ejemplo no se llevan a cabo los actos planeados ni las reuniones con padres los cuales deben ser reprogramados.
2) Centro terapéutico psicofísico	Los obstáculos más importantes que se presentan en los tratamientos son los padres que no cooperan ni ayudan con las estrategias implementadas para el logro de los objetivos.
3) E.P.	Los paros dificultan la coordinación de actividades las cuales deben ser reprogramadas.
4) Taller Protegido	-----
5) Centro de Salud	La familia y la justicia obstaculizan el logro de los objetivos terapéuticos.
6) S.L.P.P.D.N.	Resistencias familiares.
7) C.P.A.	El logro de los objetivos se encuentra sujeto a las particularidades del caso.
8) ONG	Condicionantes externos que resultan frustrantes tales como realidades socio-económicas, la víctima deja de concurrir a la institución, reconciliación con la pareja violenta, entre otros.
9) Hospital General Municipal	<ul style="list-style-type: none"> - Resistencias familiares. - Abandono del tratamiento.
10) Programa	Caos político municipal por el cual, a un corto tiempo de

Social de Desarrollo Social	iniciarse el dictado de programa, se vio en duda el lugar físico en cual se llevaría a cabo, lo que pudo ser solucionado en un breve lapso de tiempo. Por otro lado, dificultades para ubicar un podólogo profesional.
-----------------------------------	--

H. CLIMA LABORAL	
1) Jardín de infantes y maternal	El clima laboral es competitivo, no se le otorga importancia a la función de las maestras integradoras a quienes se las “critica”, se las “menosprecia”. Cada maestra “expresa omnipotencia”, “no necesitan del resto”. La crítica es dirigida entre las mismas docentes, hacia la directora y vicedirectora. La inserción de la residente en la institución ha sido buena, “todos la consultan”, “como algo mesiánico”.
2) Centro terapéutico psicofísico	Es armónico, distendido, sin presiones ni jerarquías, “las cabezas del equipo” son las dueñas del lugar físico.
3) E.P.	El clima laboral es bueno, cada una “atiende” su rol.
4) Taller Protegido	Es bueno, fluido.
5) Centro de Salud	Buen clima laboral, se trabaja en equipo.
6) S.L.P.P.D.N.	Buen clima de trabajo, reina el respeto y la tolerancia.
7) C.P.A.	Muy bueno.
8) ONG	Muy bueno.
9) Hospital General Municipal	Buen clima laboral.
10) Programa Social de Desarrollo	Buena relación entre los coordinadores, como asimismo, entre éstos y el staff docente. Y todos ellos con los cursantes.

Social	
--------	--

	I. ODALIDAD DE ABORDAJE
1) Jardín de infantes y maternal	Abordan las problemáticas conjuntamente entre las docentes integradoras, docentes de nivel inicial, directora y residente.
2) Centro terapéutico psicofísico	Los casos se abordan individualmente, a excepción de los casos de discapacidad en los que se trabaja interdisciplinariamente.
3) E.P.	<p>-</p> <p>partir de la demanda (proveniente de la escuela, observación áulica por parte del E.O.E. o de los docentes) se cita a los padres para comentarles las dificultades que presenta el niño/a y orientarlos según el caso particular. Por lo general, el abordaje es en equipo, el E.O.E. junto al docente del alumno/a en cuestión.</p> <p>-</p> <p>a orientación a docentes se realiza dentro del aula, o si plantea alguna situación específica.</p> <p>-</p>

	<p>a orientación a padres se realiza individualmente, previa citación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - los talleres se realizan según las necesidades de cada grupo. - la articulación con otras redes se realiza a través de reuniones a las que concurre la orientadora social. - la articulación con escuelas especiales se realizan en casos en que hay alumnos/as integrales. - La articulación con el S.L.P.P.D.N. se realiza en los casos en que hay dificultades en las cuales la familia no se ocupa, luego de, varias entrevistas con los padres, si no se observan cambios y los niños tienen riesgo social o pedagógico, se informa al S.L.P.P.D.N. También en situaciones de violencia. - las articulaciones con las salas y sociedades de fomento se utilizan en los casos de derivación a profesionales externos o apoyo escolar.
4) Taller Protegido	<p>En algunos casos los operarios trabajan individualmente y, en otros, en circuitos de trabajo dependiendo de las capacidades y limitaciones de cada caso en particular para la realización de la tarea. Los profesionales</p>

	<p>coordinan y supervisan las actividades. Las terapistas ocupacionales observan a los operarios en los puestos de trabajo en cuanto a la adaptación a este, intereses y capacidades.</p>
5) Centro de Salud	<p>Los casos se abordan individualmente, pero mantienen comunicación interdisciplinaria constante y en red.</p>
6) S.L.P.P.D.N.	<p>Los casos se abordan individualmente y en red. Se mantiene comunicación constante.</p>
7) C.P.A.	<p>Los casos se abordan individualmente y las estrategias se implementan en red.</p>
8) NG	<ul style="list-style-type: none"> - nte un caso, se realiza una entrevista de admisión a cargo de la trabajadora social, excepto en casos de abuso que la realiza la psicóloga. Dependiendo la particularidad del caso, se incluye una abogada. Luego de la entrevista de admisión, el equipo de profesionales discute el caso y se asigna el caso a la profesional que corresponda. - ependiendo del caso, se trabaja en red.
9) ospital General Municipal	<ul style="list-style-type: none"> - Interconsulta en sala: a la psicóloga a cargo del dispositivo consultorio externo, los médicos le dejan anotaciones de qué paciente de sala tiene que entrevistar comentándole sobre el caso, o si no se encuentran dichos médicos en la institución, son

	<p>las enfermeras quienes se encargan de informarle. O suele suceder, que los pacientes concurren a psicoterapia con la orden efectuada por el médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo de rehabilitación: la médica fisiatra es quien realiza la entrevista de admisión y recomienda qué tratamiento es el adecuado para ese caso particular. La psicóloga administra una batería de tests adecuada para el caso y realiza un pronóstico. El resto de los profesionales, aborda el caso según las recomendaciones de la médica fisiatra.
<p>10) Programa Social de Desarrollo Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El staff docente tiene a cargo el dictado de clases teóricas. - La coordinadora pedagógica gestiona las evaluaciones y la coordinación docente en relación al material bibliográfico necesario y programación de temas a dictar. - Las coordinadoras grupales gestionan el grupo de reflexión y coordinan las prácticas domiciliarias e institucionales. - En cuanto al coordinador general es el encargado de la macrogestión del programa (difusión, gestión de instituciones, etc).

	J. MODIFICACIONES EN EL DISPOSITIVO
1) Jardín de infantes y maternal	<ul style="list-style-type: none"> - Información del E.O.E. - Capacitación en discapacidad a las docentes de nivel inicial. - Implementar otras estrategias de aprendizaje focalizadas en los niños con diferentes síndromes.
2) Centro terapéutico psicofísico	-----
3) E.P.	-----
4) Taller Protegido	-----
5) Centro de Salud	Aquí se hace alusión a la relación laboral

	<p>personal que mantiene el informante clave con el Centro de Salud, ya que trabaja en dos Centros de Salud (dos días semanales en cada uno), en los cuales hay mucha demanda y dispone de poco tiempo.</p>
6) S.L.P.P.D.N.	<ul style="list-style-type: none"> - inclusión de recursos humanos y económicos. - erradicar el viejo paradigma de la Ley de Patronato.
7) C.P.A.	<p>Las modificaciones deben ser continuas, por lo cual el equipo de profesionales está en constante debate y cuestionamiento.</p>
8) NG	<ul style="list-style-type: none"> - lograr la obtención del programa de atención local para los casos de urgencia. - conseguir emprendimientos para que las víctimas se reinseren social y económicamente.
9) Hospital General Municipal	<ul style="list-style-type: none"> - que el dispositivo consultorio externo cuente con un lugar edilicio propio.
10) Programa Social de Desarrollo Social	<ul style="list-style-type: none"> -Actualizar el contenido bibliográfico. -Extender la duración del programa.

Bibliografía

- Ahumada Figueroa, L. (2004). Liderazgo y equipos de trabajo: una nueva forma de entender la dinámica organizacional. *Ciencias Sociales Online*, Septiembre 2004, Vol. 1, N° 1 (53-63). Universidad de Viña del Mar- Chile.
- Alcover, C., Gil, F., Rico, R. (2011). Equipos de trabajo en contextos organizacionales: dinámicas de cambio, adaptación y aprendizaje en entornos flexibles. Universidad Rey Juan Carlos. Universidad Autónoma de Madrid. Universidad Complutense de Madrid. *Papeles del psicólogo*, 2011. Vol. 32 (1), pp. 7-16.
- Alonzo, C. (2009). Clima laboral y contrato psicológico: dos aportes de la psicología en la gestión humana de las organizaciones. III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo. Buenos Aires, Argentina.
- Aquino, J. & Otros (1993). Recursos Humanos. Capítulo 10: Comunicación. Editorial Macchi, Buenos Aires.
- Arraigada, M. (2009). La nueva cultura del trabajo. Ficha de circulación interna, cátedra de Psicología Laboral.
- Basaglia, F. (1972). La institución negada. Barral Editores.
- Bialakowsky, A., Lusnichi, C., Rosendo, E. (2000) Padecimiento, trabajo e institución manicomial. *Revista Acta Psiquiátrica de América Latina*, Vol. 46, N°3, Set. 2000.
- Castel, R. (2009). El orden psiquiátrico. Editorial Nueva Visión.
- Dejours, C. (2000). Psicodinámica del trabajo y vínculo social. En: *Revista Actualidad Psicológica*. Mayo 2000.
- Dicapua, A., Valentino, N., Laigú, E. (2004). La gestión del malestar ¿del otro o del ajeno? Artículo publicado en *La Trama de la Comunicación*. Vol. 9. Anuario del Departamento de Ciencias de la Comunicación. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina. UNR Editora.
- Evaristo, P. (2000). *Psiquiatría y Salud Mental*. Editorial Asterios: Tiestre (Italia).
- Galende, E. (1983). La crisis del Modelo Médico en Psiquiatría. *Cuadernos Médicos Sociales* N° 23. Marzo de 1983.
- Goffman, E. (1972). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Leal Rubio, J. (2009) Violencia, maltrato y sufrimiento en las instituciones. *Revista Española de Neuropsiquiatría Profesionales de Salud Mental (REN)*.
- Leal Rubio, J. (2009). Violencia, maltrato y sufrimiento en las instituciones. En: *Revista Española de Neuropsiquiatría Profesionales de Salud Mental*.

Parra, M. (2003). Conceptos básicos en salud laboral. Oficina Internacional de Trabajo. Central Universitaria de Trabajadores de Chile. Primera edición 2003.

Sánchez Vidal, A. (1990). Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención. Parte II: Concepto y ámbito. Capítulo 12: La Comunidad Terapéutica. Barcelona EUB.

Silva Vázquez, M. (1996). El clima en las organizaciones. Barcelona: Editorial Universitaria de Barcelona-España.

Sitio Oficial de la Municipalidad de Gral. De Pueyrredón (www.mardelplata.gov.ar)

Sitio Oficial de la Municipalidad de Necochea (www.necochea.gov.ar)

Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en Salud Mental. Revista Actualidad Psicológica, Año XXVI-Nº 293. Buenos Aires.