

**APRENDIZAJE BASADO EN RETOS
EN CONTEXTOS
DE EMPRENDIMIENTOS SOCIALES**



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

APRENDIZAJE BASADO EN RETOS EN CONTEXTOS DE EMPRENDIMIENTOS SOCIALES

Claudia Möller Recondo
(directora)

Fundación Parque Científico Universidad de Valladolid
(coordinación general)





NOS
IMPULSA



FUESCYL
FUNDACIÓN UNIVERSIDADES
Y ENSEÑANZAS SUPERIORES
DE CASTILLA Y LEÓN



FONDO EUROPEO DE
DESARROLLO
REGIONAL



UNIÓN EUROPEA

Esta publicación se encuadra en el Plan TCUE 2021-2023,
y ha sido seleccionada en el marco de un programa operativo cofinanciado
por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) y la Junta de Castilla y León.

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Claudia Möller Recondo
© Fundación Parque Científico Universidad de Valladolid
(coordinación general)

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-309-0
Depósito legal: M. 29.241-2023

Impreso en España - *Printed in Spain*

Índice

| | |
|--|-----------|
| PRESENTACIÓN | 11 |
| INTRODUCCIÓN: UN MODELO DE APRENDIZAJE BASADO EN RETOS | 13 |
| <i>Claudia Möller Recondo</i> | |
| Bibliografía | 20 |
| 1. <i>El Aprendizaje Basado en Retos (ABR): un desafío para las políticas educativas</i> | 21 |
| <i>Pilar Garcés García</i> | |
| 1.1. Contextualización | 22 |
| 1.2. Objetivos | 25 |
| 1.3. Desarrollo del Reto | 27 |
| 1.4. Resultados | 29 |
| 1.5. Conclusiones | 30 |
| 1.6. Bibliografía | 31 |
| I RETO: <i>Salud mental, emprendimiento social, drones, emociones y neurociencia</i> | |
| 2. <i>Salidas de la anestesia: experiencias de atención interdisciplinaria en urgencias en salud mental</i> | 35 |
| <i>Cinthyá Battafarano y María Florencia Battistessa</i> | |
| 2.1. Salud mental en Argentina | 36 |
| 2.1.1. <i>El acontecer de una ley como apertura de posibles</i> | 37 |

| | |
|--|----|
| 2.2. Objetivos | 39 |
| 2.3. Implementación del dispositivo de Unidad de Atención en crisis | 39 |
| 2.3.1. <i>Identificación de patrones comunes dentro de las consultas en la UAC</i> | 39 |
| 2.3.2. <i>Interpelación, debate y articulación con otros trabajadores de la salud</i> | 40 |
| 2.3.3. <i>Trascender la lógica del tratamiento individual como única posibilidad de abordaje</i> | 41 |
| 2.3.4. <i>Inención de estrategias institucionales</i> | 41 |
| 2.4. Resultados | 42 |
| 2.5. Conclusiones | 43 |
| 2.6. Bibliografía | 44 |
| 3. <i>Salud mental, cultura y género</i> | 45 |
| <i>Concepción Unanue Cuesta</i> | |
| 3.1. Introducción | 45 |
| 3.2. Conceptualización | 46 |
| 3.2.1. <i>Salud mental dentro de sistemas culturales</i> | 46 |
| 3.2.2. <i>Salud mental y género</i> | 50 |
| 3.2.3. <i>Intersección de cultura y género en la salud mental</i> | 52 |
| 3.3. Conclusiones | 53 |
| 3.4. Bibliografía | 54 |
| 4. <i>Malestar psíquico grave y emancipación: propuestas alternativas desde la educación social</i> | 57 |
| <i>Irene González Aranda</i> | |
| 4.1. Resumen del proceso de aprendizaje | 57 |
| 4.2. Conceptos que deben utilizarse desde la educación social en salud mental | 58 |
| 4.3. Malestar psíquico y sociedad | 60 |
| 4.4. Propuesta alternativa al asistencialismo: acompañamiento en el emprendimiento | 61 |
| 4.5. Resultados obtenidos | 63 |
| 4.5.1. <i>Caso 1: resumen del proceso individual que se ha llevado a cabo</i> | 64 |
| 4.5.2. <i>Caso 2: resumen del proceso individual que se ha llevado a cabo</i> | 64 |
| 4.5.3. <i>Resultados generales</i> | 65 |
| 4.6. Conclusiones: “La emancipación: un loco deseo” | 66 |
| 4.7. Bibliografía | 67 |

| | |
|--|----|
| 5. Buenas prácticas y propuestas | 69 |
| 5.1. Radio Colifata | 70 |
| 5.2. Drone-Experience | 73 |
| 5.3. El Centro de Intervención Comunitaria, la Asociación Caleidoscopio y la propuesta de Pedro Cid | 74 |
| 5.4. Conclusiones | 79 |
| 5.5. Bibliografía | 80 |

II RETO:

***El mundo rural ante la despoblación: respuestas, apuestas
y propuestas desde y con el emprendimiento social***

| | |
|--|-----|
| 6. La silver economy como modelo de desarrollo en contextos de despoblación | 83 |
| <i>Ana Isabel Sánchez Iglesias</i> | |
| 6.1. Introducción | 83 |
| 6.2. El concepto <i>silver economy</i> | 84 |
| 6.3. El modelo objeto de estudio | 86 |
| 6.4. Zamora: “Territorio <i>silver</i> de referencia europea” | 89 |
| 6.4.1. <i>Objetivos de la estrategia</i> | 91 |
| 6.4.2. <i>Áreas de actuación</i> | 91 |
| 6.5. Resultados finales | 94 |
| 6.6. Bibliografía | 97 |
| 7. Cocreando contra la despoblación: una respuesta desde el emprendimiento social | 99 |
| <i>Miriam Lobato Herrero y Claudia Möller Recondo</i> | |
| 7.1. Introducción | 99 |
| 7.2. Contextualización | 100 |
| 7.2.1. <i>La despoblación: una realidad en aumento</i> | 101 |
| 7.2.2. <i>El envejecimiento: una oportunidad para emprender</i> ... | 102 |
| 7.3. Objetivos | 103 |
| 7.4. El Reto | 104 |
| 7.5. Metodología | 105 |
| 7.5.1. <i>El espacio y la muestra</i> | 105 |
| 7.5.2. <i>La metodología específica Lean</i> | 106 |
| 7.5.3. <i>Fases y herramientas</i> | 107 |
| 7.6. Resultados | 107 |
| 7.7. Conclusiones | 109 |
| 7.8. Bibliografía | 110 |

| | |
|---|-----|
| 8. Del asociacionismo a la informalidad: participación ciudadana juvenil en la provincia de Salamanca | 113 |
| <i>Elena Gil Moreno y Lara Willmott Amado</i> | |
| 8.1. Introducción | 113 |
| 8.2. Agentes involucrados en la participación en el Laboratorio de Emprendimiento Social | 113 |
| 8.3. La divulgación científica como estrategia: Asociación Profesional de Sociología de Castilla y León (SOCYL) | 116 |
| 8.4. Hacia un nuevo modelo de participación ciudadana y emprendimiento social: Colectivo Khora | 117 |
| 8.5. El papel del diagnóstico social | 117 |
| 8.6. El asociacionismo como modelo de participación ciudadana | 118 |
| 8.6.1. <i>El asociacionismo en cifras</i> | 119 |
| 8.7. La crisis del modelo clásico asociativo | 121 |
| 8.8. Las asociaciones de mujeres | 121 |
| 8.9. Hacia un modelo de participación juvenil | 122 |
| 8.10. Conclusiones | 124 |
| 8.11. Bibliografía | 125 |
| | |
| 9. Audiovisuales, educación y emprendimiento social | 127 |
| <i>Álvaro García Vergara</i> | |
| 9.1. Introducción | 127 |
| 9.2. Contextualización: los audiovisuales en la educación y en la FEyTS | 127 |
| 9.3. De herramienta testimonial a herramienta para el emprendimiento | 131 |
| 9.3.1. <i>Los inicios con el Laboratorio de Emprendimiento Social (hasta el I Reto)</i> | 132 |
| 9.3.2. <i>Consolidación de “los audiovisuales”</i> | 132 |
| 9.3.3. <i>La pandemia y la teleeducación (hasta el III Reto)</i> | 133 |
| 9.4. Pospandemia y futuros retos | 135 |
| 9.5. Bibliografía | 136 |
| | |
| 10. Buenas prácticas y propuestas | 139 |
| 10.1. Uno de los territorios más despoblados de Europa: la provincia de Teruel en la visión de una agente de desarrollo local | 140 |
| 10.2. <i>Me vuelvo al pueblo en El Arcón</i> | 142 |
| 10.3. Experiencias con el aceite | 143 |
| 10.4. Conclusiones | 144 |
| 10.5. Bibliografía | 146 |

III RETO:

***Turismo sostenible, inclusivo e identitario. Reflexiones
entre la vieja y la nueva normalidad de cara a la construcción
de destinos turísticos SABIOS***

| | |
|--|-----|
| 11. <i>Turismo consciente: ¿oportunidad o reto?</i> | 151 |
| <i>Silvia Aulet Serrallonga</i> | |
| 11.1. Introducción: el contexto | 151 |
| 11.2. ¿Qué es el turismo consciente? | 152 |
| 11.3. Dimensiones en el turismo consciente | 154 |
| <i>11.3.1. Dimensión personal</i> | 154 |
| <i>11.3.2. Dimensión social</i> | 155 |
| <i>11.3.3. Dimensión ambiental</i> | 156 |
| 11.4. El Reto, la mirada holística | 158 |
| 11.5. Reflexiones finales | 159 |
| 11.6. Bibliografía | 160 |
| | |
| 12. <i>Diversos caminos hacia el turismo accesible: del voluntariado hacia una serie de televisión</i> | 163 |
| <i>Pablo Zamora-Barrera</i> | |
| 12.1. Introducción | 163 |
| 12.2. Contextualización | 164 |
| <i>12.2.1. Adapta Surf Chile: un voluntariado universitario en deportes extremos adaptados</i> | 164 |
| <i>12.2.2. Des/adaptados: una propuesta audiovisual desde la experiencia del surf adaptado</i> | 165 |
| 12.3. Objetivos | 167 |
| 12.4. Desarrollo del III Reto | 167 |
| <i>12.4.1. El reto del “enfoque propositivo”: ¿cómo materiali- zamos el concepto de adaptados en el turismo accesi- ble durante el rodaje de la serie?</i> | 167 |
| <i>12.4.2. Etapas del III Reto</i> | 168 |
| <i>12.4.3. La fabricación digital como pieza clave del III Reto</i> | 169 |
| <i>12.4.4. Actores involucrados y sus roles en el III Reto</i> | 169 |
| 12.5. Resultados | 170 |
| <i>12.5.1. Hotel La Abeja</i> | 170 |
| <i>12.5.2. Reflexiones de sus participantes</i> | 171 |
| 12.6. Conclusiones | 174 |
| 12.7. Bibliografía | 176 |

| | |
|---|-----|
| 13. <i>Aportes a la sociedad y retos en la educación del sector espacial</i> | 177 |
| <i>Gemma Villegas Díaz</i> | |
| 13.1. Cifras europeas sobre el sector espacial | 177 |
| 13.2. Contextualización, avances y aportaciones | 178 |
| 13.3. El sector espacial en el contexto educativo | 181 |
| 13.4. Objetivos | 182 |
| 13.5. Desarrollo del Reto | 183 |
| 13.6. Conclusiones | 185 |
| 13.7. Bibliografía | 186 |
| | |
| 14. <i>La tecnología y las experiencias, ingredientes del turismo del futuro</i> | 189 |
| <i>Elena Martín-Guerra y Héctor Baza</i> | |
| 14.1. Introducción | 189 |
| 14.1.1. <i>Nuevos modelos de turismo precovid y poscovid</i> | 189 |
| 14.2. Contextualización | 192 |
| 14.2.1. <i>La búsqueda de la diferenciación: el turismo identitario</i> | 192 |
| 14.2.2. <i>La experiencia como valor añadido</i> | 195 |
| 14.2.3. <i>La tecnología en el turismo, una herramienta aliada</i> | 196 |
| 14.3. Desarrollo del Reto | 198 |
| 14.3.1. <i>El nuevo perfil del consumidor</i> | 198 |
| 14.3.2. <i>Claves para un marketing turístico eficaz: la creatividad y nuevas técnicas de comunicación</i> | 199 |
| 14.4. Conclusiones | 203 |
| 14.5. Bibliografía | 204 |
| | |
| 15. <i>Buenas prácticas y propuestas</i> | 207 |
| 15.1. Un modelo alternativo de turismo para el interior: Interreg-MED-montañas emblemáticas mediterráneas como destinos de excelencia | 208 |
| 15.2. Reimaginando el turismo en Escocia | 210 |
| 15.3. Astroland | 212 |
| 15.4. Conclusiones | 214 |
| 15.5. Bibliografía | 215 |
| | |
| BIOGRAFÍAS | 217 |

2

Salidas de la anestesia: experiencias de atención interdisciplinaria en urgencias en salud mental

*Cinthya Battafarano
María Florencia Battistessa*

La salud pública se ha visto severamente afectada por la pandemia de la covid-19. Este fenómeno mundial nos ha interpelado como profesionales en la necesidad de búsqueda de horizontes epistémicos, que permitan acercarnos a esta nueva realidad y delinear metodologías acordes para intervenirla.

En este capítulo, pretendemos socializar los desafíos que se hicieron presentes al crear el dispositivo de Unidad de Atención en Crisis (UAC) en Salud Mental en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) “San Roque” de Gonnet, ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires.

El dispositivo de UAC comenzó a implementarse en septiembre 2021 en la Unidad de Salud Mental de dicho hospital, que al depender del Servicio de Clínica Médica nos lleva a una articulación permanente con ambos sectores. Nuestros roles convergen en el armado de un equipo interdisciplinario que aborda específicamente la urgencia en salud mental, intentando que esta circule en el cotidiano de la escena hospitalaria y más allá de este, que se hable, se revise y se construya de forma colectiva.

A la hora de intervenir partimos del acuerdo de contemplar la incidencia de la determinación social de la salud en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, intentando mantenernos sensibles a la condición humana, de clase, de género, de etnia y etaria, pero también al momento histórico-social que estamos atravesando. Así es como desde la demora necesaria para la escritura apuntamos a una relectura crítica de diferentes factores que significaron y significan movimientos institucionales, que implican para nosotras ensayar salidas de la anestesia de un sistema social que impulsa a permanecer en la quietud.

Recorrido que, a su vez, nos despierta diferentes interrogantes: ¿con qué tipo de urgencias nos encontramos?, ¿cómo las abordamos?, ¿cuál es nuestro posicionamiento como trabajadoras de la salud? y ¿cómo habitar los espacios colectivos desde el hospital?

2.1. Salud mental en Argentina

Desde fines de 1940, en América Latina, se ha cuestionado la función de las instituciones cerradas para el abordaje de las problemáticas en la salud mental, proceso que sufrió fuertes retrocesos en la dictadura militar y los gobiernos neoliberales. Esto ha conllevado múltiples efectos tanto en las prestaciones clínicas en el campo de la salud mental, así como en la formación de los profesionales.

La historia en Argentina también contiene avances y retrocesos, con planes y proyectos no cumplidos, con experiencias piloto que se llevaron a cabo parcialmente y de manera local. Será recién en el año 2010 que se promulga la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Dicho marco legal acompañado de otras reformas sustantivas –como el Código Civil Argentino–, en consonancia con la adhesión a la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, otras leyes y tratados internacionales y nacionales de relevancia en la temática, han aperturado un cambio de paradigma en las formas tradicionales de abordar las problemáticas pertinentes al mencionado campo de salud en nuestro país.

Hemos de destacar que dicho proceso es imposible de ser pensado sin la relevancia de la lucha de los movimientos y organizaciones sociales, que han puesto en agenda (y continúan haciéndolo) la necesidad de pensar la salud mental en términos integrales; habilitando una mirada sobre la capacidad de las personas, sus derechos, su autonomía, las formas en que las disciplinas deben cuidar, asistir y acompañar el padecimiento subjetivo y las responsabilidades que las instituciones de salud tienen en este sentido.

Estos movimientos, marcos normativos y explícitamente la Ley 26.657, incorporan la necesidad de abordajes interdisciplinarios en salud mental. Intento que viene a pluralizar un lugar hasta entonces comandado por el modelo médico hegemónico y centralizado en instituciones especializadas. La intención que podemos leer consiste en democratizar el poder y enriquecerlo con el saber de varias disciplinas idóneas en el tema, pero también llevar la atención de las problemáticas de la salud mental hacia diferentes efectores de salud. De allí, en 2021, la provincia de Buenos Aires propone la posibilidad de crear dispositivos, como la UAC, en hospitales generales, con el fin de descomprimir los abordajes ya existentes para la urgencia en salud mental, guardias en salud mental, al momento colapsadas.

La modalidad de abordaje que se intenta implementar aboga por la integración en la comunidad: tal como expresa el artículo 9 de la Ley 26.657 Nacional de Salud Mental “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera

del ámbito de internamiento hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial” (Ley 26.657: 17). En este sentido, y acorde a lo manifestado en el artículo 14 de dicho marco legal, la internación hospitalaria en salud mental, se considera un “recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Ley 26.657: 21). Por lo cual, se desprende la necesidad de orientar la atención en salud mental hacia el lazo social a través de dispositivos alternativos al internamiento, así como también de la capacitación de recursos humanos con el fin de viabilizar los objetivos propuestos.

De modo que, si bien contamos con una ley que se inscribe en cambios paradigmáticos, sabemos que mucho aún está por ser modificado o creado, y surgen avatares que nos obligan a leer que más allá del argumento teórico que la sustenta, en las prácticas se encuentran arraigados elementos éticos, ideológicos y políticos condescendientes con un determinado proyecto de sociedad capitalista y patriarcal. “El cambio de paradigma no transforma *per se*, sino que implica un proceso previo pero también uno posterior de producción social para mudar las prácticas” (López, 2013: 16).

Las lógicas manicomiales y paternalistas se han mantenido a lo largo del tiempo y exceden a los conocidos neuropsiquiátricos. La cronificación como proceso de perpetuación de tratamientos destinados a suprimir síntomas, y la institucionalización como encierro de personas con patologías que no son funcionales “en el afuera”, ubica a las personas usuarias del sistema de salud mental como un resto que necesita ser separado, sobremedicalizado, infantilizado *ad eternum*. Procesos invisibilizados que impactan directamente en la vida cotidiana, implicando deterioro afectivo, cognitivo, descenso de la autoestima y autovalimiento, etcétera.

Sin embargo, la realidad no cambia de un momento a otro, es necesario generar procesos contrahegemónicos –aspecto que nos comanda como trabajadoras en salud pública y en salud mental en particular– e identificar las lógicas instituidas para crear alternativas desde una perspectiva de derechos.

De modo que nos preguntamos: ¿cómo transformar lógicas en las que prima la exclusión en lógicas que integren en la comunidad?, ¿cómo trascender lo asistencial?, ¿cómo incluir una perspectiva de prevención y promoción de la salud? y ¿cómo transversalizar un análisis que implique una cuestión legal, sociopolítica, científica, técnica, ética?

2.1.1. El acontecer de una ley como apertura de posibles

A partir de la mencionada Ley 26.657, se intentan implementar diferentes formas de abordar la salud mental, por ejemplo, erradicando la idea de enfermo, enferma o enferme por la de persona con padecimiento mental. Además, se incorpora

a las adicciones como problemática que compete a este campo, acompañándose de reformas institucionales, particularmente en relación con el cese de los internamientos prolongados, a pesar de que aún continúan siendo una opción terapéutica en el país.

Podemos entender que todos estos movimientos han instalado un acontecimiento que apertura nuevos posibles. “El acontecimiento muestra lo que una época tiene de intolerable, pero también hace emerger nuevas posibilidades de vida. Esta nueva distribución de los posibles y de los deseos abre a su vez un proceso de experimentación y de creación. Hay que experimentar lo que implica la mutación de la subjetividad y crear los agenciamientos, dispositivos e instituciones que sean capaces de desplegar estas nuevas posibilidades de vida” (Lazaratto, 2006: 44).

Desde allí pensar los escenarios actuales de intervención en salud mental, implica contemplar tanto la singularidad de quien padece como su dimensión histórico-social, que se entrecruza con una desigualdad estructural que atraviesa el sistema social en el que vivimos, lo cual se expresa en diferentes formas de malestar. ¿Cómo pensar los posibles en este entrecruzamiento?

Para contestar a este interrogante, creemos necesario valorar el contenido crítico que posee la Ley 26.657, pero también tener en cuenta sus vínculos con elementos ideológicos y políticos que sustentan un determinado proyecto de sociedad. “Según una inspiración bergsoniana, Giles Deleuze opone el par conceptual creación de los posibles/consumación, al par posible/realización” (Lazaratto, 2006: 48). Entonces, ¿cómo imaginar lo posible desconociendo los determinantes estructurales?

Michalewicz sostiene que “somos así testigos privilegiados de cómo los modos actuales de organización social se encarnan como padecimiento para un gran número de personas, así como de las consecuencias devastadoras en su subjetividad” (Michalewicz, 2016: 7).

En nuestros roles profesionales el marco legal nos exige abordajes necesariamente interdisciplinarios e intersectoriales. Sumado a que, si bien se prevé el desarrollo de políticas públicas integrales que logren articular las distintas áreas implicadas (salud, desarrollo social, educación, etc.), no termina de implementarse aún en la realidad, generando que nuestro horizonte de posibles muchas veces resulte desarticulado. A lo que se le agrega otra “complicación” de la práctica concreta: ¿cómo trascender de intervenciones aisladas a intervenciones en el marco de un proceso terapéutico?

Además, identificamos que existe una apelación a la focalización en las personas desde perspectivas individualistas e individualizantes y “aquí se franquea el espacio para la psicologización de las relaciones sociales” (Netto, 1997: 37). Lo que genera una tendencia a que el tratamiento ambulatorio individual sea uno de los únicos caminos posibles de abordaje ante problemáticas en salud mental. Sesgo histórico que requiere por “paciente” un tiempo de consulta y un número de sesiones prolongado, generalmente con frecuencia semanal, que puede tomar

la forma del conocido control social para el mantenimiento del orden. En clave interdisciplinaria consideramos que la generalización de esta modalidad de prestación, como única alternativa posible ante el malestar, lo que hace es “reducir el ejercicio profesional rico y enriquecido por un complejo de mediaciones que compone la realidad a la aplicación de medidas terapéuticas (catárticas) buscando diluir las tensiones apremiantes de las problemáticas, despolitizándolas” (Guerra, 2015: 41).

Es en línea con lo anterior que en la atención a las problemáticas que se nos presentan como demanda en el dispositivo de UAC pensamos la intervención interdisciplinaria como un momento en el marco de un proceso de atención en salud, apostamos por abordajes comunitarios, y consideramos fundamental la referencia y articulación tanto interinstitucional con otros efectores, como intrainstitucional con otros servicios y unidades del Hospital. Por ejemplo, con el Servicio Social, apuntando a un seguimiento de la situación, dando continuidad a la intervención en la urgencia, que se vincula a acciones puntuales y concretas.

2.2. Objetivos

1. Analizar críticamente el dispositivo de UAC en el Hospital San Roque de Gonnet, enmarcándonos en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.
2. Jerarquizar otras modalidades de abordaje en salud mental, más allá de tratamientos individuales del sufrimiento, a través de una perspectiva de derechos.
3. Visibilizar los alcances y los límites de la interdisciplina y la intersectorialidad.

2.3. Implementación del dispositivo de Unidad de Atención en crisis

Nuestro desafío principal ha sido y es la creación de un equipo interdisciplinario que aborde las urgencias en salud mental. Ante ello identificamos cuatro líneas de acción a partir de las cuales desarrollamos estrategias posibles a fin de ampliar miradas que desborden la asistencia de lo agudo, a la vez que nos permitan repensarla.

2.3.1. Identificación de patrones comunes dentro de las consultas en la UAC

Partimos de analizar la demanda que ingresa al dispositivo y visualizamos que el mayor número de consultantes se compone de mujeres y cuerpos feminizados con padecimientos que resultan insoportables y requieren intervención desde

el sistema de salud. Encontrándose gran cantidad de las problemáticas en salud mental asociadas a violencias por razones de género.

El aislamiento, el silenciamiento, la sumisión, la exclusión de la esfera pública por razones de género, son algunas de las manifestaciones del patriarcado que se presentan de diversas maneras en el dispositivo. Si a esas exclusiones y maltratos, les agregamos las que competen a los llamados *enfermos psiquiátricos*, las violencias se recrudecen multiplicando el malestar en la vida cotidiana de muchas personas, que solo en pocas ocasiones acceden a consultas en salud.

2.3.2. Interpelación, debate y articulación con otros trabajadores de la salud

El análisis de la primera línea de acción nos impulsó a generar una lectura del entrecruzamiento de las situaciones de violencia de género y las problemáticas en salud mental, que sumado a de los efectos de la pandemia, nos llevó a formar parte de espacios de debate colectivo dentro del hospital:

- *Comité Intersectorial de Género(s) y Salud (CIGESA)*. Creado el 8 de marzo de 2021. Intenta visibilizar que las violencias constituyen un problema de salud pública que la institución debe abordar con dispositivos y estrategias específicas. Conformado por representantes de la mayoría de los sectores del hospital con el fin de construir políticas transversales intrahospitalarias y a mediano plazo a la planificación extramuros.
- *Mesa Intersectorial de Salud Mental*. Conformada a partir de septiembre y octubre del 2021 dentro de la institución hospitalaria, con representantes de los sectores de enfermería, salud mental, legales, dirección, trabajo social, clínica médica y SAPS (Servicio de Área Programática y Redes en Salud); ante la necesidad de pensar nuestro trabajo con otros, intercambiar saberes y experiencias en equipo que posibiliten el debate crítico y la invención de estrategias colectivas, tanto para el abordaje de situaciones que se nos presentan, como para el fortalecimiento de dispositivos existentes (o por crear) que atañen a la salud mental dentro y fuera del hospital.

De modo que la perspectiva integral de la salud y el trabajo en equipo se constituyen en herramientas fundacionales de la UAC, llevándonos a la articulación y análisis permanente. F. Ulloa (2013) hace una diferenciación que nos resulta clave, entre trabajar en el hospital y trabajar con el hospital. Acordando con él, entendemos la importancia de trabajar con los diferentes actores que integran los equipos asistenciales, en términos tanto de procesos transferenciales como de referencia-contrarreferencia, que posibilite el debate crítico y visibilice la necesidad de armar equipo para la práctica en común.

2.3.3. Trascender la lógica del tratamiento individual como única posibilidad de abordaje

En este punto, volvemos al interrogante que transversaliza el escrito: ¿cómo evitar la sobrecarga de las instituciones sanitarias con tratamientos individuales por salud mental a fines de dispensar una atención de máxima calidad a cada persona?

Coincidimos con Matusевичius en que “debemos abordar los problemas como problemas colectivos. Más allá de los dispositivos institucionales que promuevan un abordaje individual-familiar del problema, es nuestra tarea conocer ese padecimiento, como expresión del problema social que se encuentra por detrás. En consecuencia, tiene que ser colectivo e integral, tiene que necesariamente ser pensado en su dimensión comunitaria y en su dimensión política, para articular una propuesta de intervención que alcance mayores niveles de eficacia” (2014: 200). Por lo tanto, se vuelve necesario establecer una alianza estratégica con las personas usuarias, en diálogo y articulación con los procesos organizativos que forman parte de las comunidades que habitan.

Partiendo del análisis de demandas que se multiplican y se vuelven similares, debatimos la necesidad de articular con dispositivos grupales que sobrepasen los límites de la urgencia, pero también lo acotado de los tratamientos individuales. Conocemos la potencia para alojar el padecimiento y relanzar actos de salud que tienen el armado de un común, que, centrado en la promoción del lazo social y la construcción de redes de apoyo, podría resultar fundamental para enfrentar los efectos del individualismo generalizado. Deuda histórica del sistema de salud que consideramos necesaria hacerla pasar también por fuera de la institución hospitalaria, pero en articulación con esta.

2.3.4. Invención de estrategias institucionales

Al ser la UAC un dispositivo reciente, no contamos, en la institución donde prestamos servicios, con un lugar específico para su implementación, oscilando entre consultorios de Guardia de Clínica Médica, consultorios de la Unidad de Salud Mental y Sala de Internación de Cuidados Generales, ubicado en el tercer piso (teniendo en cuenta que el Hospital San Roque trabaja las instancias de internamiento por cuidados progresivos).

Nos topamos así con deficiencias estructurales tanto en relación con lo edilicio como con la capacitación interna en materia de salud mental. De allí se han desprendido diferentes intervenciones como capacitaciones al personal de la guardia general, capacitaciones al personal de enfermería, reuniones y escritura de proyectos de adecuación, creación de protocolos y flujogramas, etcétera.

Cabe aclarar que al momento actual el dispositivo de UAC en el HIGA San Roque, no cuenta con profesional de psiquiatría de forma permanente, lo cual sí

sucede con psicología y trabajo social. Ante dicha ausencia, inicialmente contamos con la disposición tanto de la jefa de la Unidad de Salud Mental, como de algunos profesionales de psiquiatría que cumplen diferentes funciones en el hospital. En los últimos meses se generó un acuerdo institucional para habilitar una rotación de los residentes de 4to año de la carrera de Psiquiatría que posibilita de forma transitoria completar el equipo interdisciplinario, así como la formación en servicio, contemplando tanto el aumento de las demandas como la complejidad de las presentaciones de los malestares que fuimos recepcionando.

A través de cada línea de acción pretendemos conocer nuestros alcances, pero también nuestras limitaciones. Nos acompaña en ello como escudo, la interdisciplina, como víspera de construcción de saberes y salidas comunes, a su vez cuidadosa de la especificidad de cada profesión.

2.4. Resultados

A un año y medio de la implementación del dispositivo de UAC, hemos incorporado como herramienta metodológica la estadística, a fin de construir datos que nos permitan realizar un análisis detenido y acorde a la demanda, así como leer retrospectivamente nuestra labor y mejorarla. Por lo cual, a continuación, desarrollaremos lo recabado durante el año 2022 y 2023, detallando las fortalezas y obstáculos que se generaron.

Durante el año 2022 el 76% de la demanda de asistencia al dispositivo provino de mujeres e identidades feminizadas, siendo el 63% mujeres adultas, mayores de 18 años y el 13% adolescentes. Dentro de este porcentaje nos encontramos con que el 19% de las causas explícitas de asistencia al hospital han sido producto de situaciones de violencia de género con manifestaciones físicas, aunque es de destacar que muchas mujeres ingresan con una manifestación diferente (intento de autoeliminación, ansiedad, crisis de angustia, descompensación psicótica), pero a través de la atención y escucha se detectan sus motivos de consulta asociados a violencias por razones de género.

En febrero de 2023, las consultas han aumentado en cantidad respecto al año anterior (se duplicaron respecto a febrero 2022) y se observa que las presentaciones son cada vez más graves. Al momento actual, el 88% de las consultas provienen de mujeres entre 19 y 40 años de edad. El motivo de consulta más frecuente son las conductas de autoagresividad (intentos de suicidio, autolesiones, cortes), luego le sigue el consumo problemático de sustancias asociados a padecimientos mentales, descompensaciones de cuadros psicopatológicos graves y pedidos de evaluación por juzgados. Y el número de internamientos por salud mental también está en aumento, así como los reinternamientos. Llegando a principios del mes de marzo 2023 a ocupar 1 de cada 3 camas de la guardia general.

En este punto, cabe destacar que formamos parte de un Hospital Interzonal, lo cual genera que la población que mayormente demanda atención provenga de la considerada área programática (barrios que rodean al Hospital), y en menor medida de barrios que se encuentran más alejados, pero dentro de la ciudad de La Plata; representando un 70% de las consultas totales.

Además, contamos con un porcentaje de demanda de ciudades aledañas dentro de la provincia de Buenos Aires, el 30% de las personas que han recibido asistencia por la UAC han sido de Florencio Varela y Berazategui; localidades del conurbano bonaerense con las cuales realizamos un trabajo de articulación y derivación cuando es posible y en muchas oportunidades es una vez más el hospital y particularmente la Unidad de Salud Mental quien absorbe esa demanda de continuidad de cuidados.

Por su parte, una de las falencias, al momento importante, dentro del Hospital San Roque es el no poseer dispositivos como Guardia de Salud Mental y Hospital de Día con los cuales articular durante los internamientos y luego de estas, configurándose estas últimas como un tiempo de pasividad para las personas dentro del nosocomio y en muchos momentos a cargo del personal de clínica médica o enfermería. Además, en la ciudad de La Plata no abundan dichos dispositivos en el ámbito público y los existentes se encuentran con una sobredemanda. Ausencias o falencias que al persistir podrían injerir en la eficacia de los internamientos breves y la inclusión en la comunidad, aumentando el número de los internamientos desarticulados con la comunidad, así como los retiros voluntarios con contraindicación durante el proceso de atención.

Sin embargo, consideramos importante tener en cuenta que los reinternamientos en salud mental constituyen un resultado esperable en el intento de buscar alternativas a los internamientos prolongados. Sumando a que el aumento de la referencia con el dispositivo de urgencia, en muchas oportunidades confundido por sus similitudes con el dispositivo de guardia en salud mental, podría ser un factor determinante en el incremento tanto de los internamientos en salud mental como de las consultas ambulatorias en Urgencias. Y que es a partir del trabajo colectivo tanto en materia de violencia de género como de salud mental en el hospital, que se produjo un aumento en la detección y asistencia de dichas situaciones. De lo que se desprende el imperativo ético de continuar trabajando en dicha línea, apuntar a darle continuidad a los cuidados, y posicionarnos desde una perspectiva de género que se entrecruce con nuestro posicionamiento respecto al sufrimiento humano y los abordajes en salud mental.

2.5. Conclusiones

La letra escrita de la Ley 26.657 Nacional de Salud Mental nos confronta de forma permanente con lo complejo que va a resultar su proceso de implementación.

Asimismo, nos encontramos con los alcances de un cambio de paradigma en la atención en salud mental, aunque también con sus límites y con sus adversidades.

En la práctica los abordajes en salud mental continúan impregnados con lógicas manicomiales que, al combinarse con ausencias de recursos, presupuestos e infraestructura, implican dificultades fácticas y contradicciones. Y el sistema de salud se continúa enfocando en diagnósticos basados en grillas de normalidad y desvío. Nos preguntamos hasta qué punto dichas nominaciones no reproducen otros encierros.

Trabajo en equipo, interdisciplina, armado de redes, articulaciones interinstitucionales e intersectoriales, abordaje familiar, comunitario y territorial son algunas de las líneas que nos comandan. Allí ejercitar nuevas cercanías se nos presenta como un reto, poroso a los acontecimientos, pero también a las necesidades humanas más básicas. No queremos ser un eslabón que invisibiliza cómo las cuestiones sociales (de clase, de género, de etnia) producen y reproducen infinidad de padecimientos mentales.

En este sentido, creemos preciso poner de relieve el rol del Estado como protagonista en el acceso al derecho a la salud integral de las personas. Así como también cuidar y fortalecer las conquistas actuales, afianzarlas y mantenerlas, frente a una sociedad que permanentemente pone en jaque a quienes no revisten parámetros de “normalidad” para mantenerlos en pie de desigualdad.

Por último, consideramos que ejercitar “salidas de la anestesia” implica no solo hacer visible lo anteriormente desplegado sino apuntar tanto a colectivizar demandas que se reiteran y a apostar por intervenciones cuidadas y locales que garanticen el acceso a los derechos a las personas usuarias del sistema de salud mental.

2.6. Bibliografía

- GUERRA, Y. (2015). La fuerza histórica-ontológica y analítica de los fundamentos. *Trabajo social: fundamentos y contemporaneidad*.
- LAZZARATTO, M. (2006). *Políticas del acontecimiento*. Tinta limón.
- LEY 26.657 Nacional de Salud Mental, 25 de noviembre de 2010, Argentina.
- LÓPEZ, A. (2013). Proceso de reforma legal e institucional en materia de infancia: una historia de tensiones entramadas. En M. CHAVES y E. FIDALGO ZEBALLOS (coords.) *Políticas de infancia y juventud. Producir sujetos y construir Estado*. Espacio.
- MATUSEVICIUS, J. (2016). Intervención Profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales. *Procesos de intervención en Trabajo social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico*.
- MICHALEWICZ, A. (2016). Casos sociales ¿qué rol implican para los profesionales de salud mental? *Prácticas en Salud Mental: entre la hospitalidad y el hospitalismo*. Noveduc.
- NETTO, J. P. (1997). *Capitalismo monopolista y Servicio Social*. Cortez Editora.
- ULLOA, F. (2013). *Salud ele-Mental con toda la mar detrás*. Libros del Zorzal.

3

Salud mental, cultura y género

Concepción Unanue Cuesta

3.1. Introducción

La salud mental es un componente esencial de la salud general y el bienestar de una persona. La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2021). Sin embargo, la salud mental no se ve afectada solo por factores biológicos y psicológicos, sino también por factores como la cultura y el género.

El impacto de la cultura y el género en la salud mental es un tema de creciente interés y preocupación en el campo de la salud mental. La cultura y el género influyen en la forma en que las personas perciben y responden a los síntomas de los problemas mentales, así como en la forma en que se les diagnostica y trata. Además, la cultura y el género pueden influir en la experiencia de la discriminación y el acceso a servicios de salud mental.

En este capítulo, se revisará el impacto de la cultura y el género en la salud mental. Se discutirán los diferentes factores culturales y de género que pueden afectar la salud mental de las personas y se enfatizará en las recomendaciones para mejorar la atención de la salud mental para todos los individuos, independientemente de su cultura o género.

La salud mental es un concepto complejo y multifacético que abarca una variedad de factores emocionales, psicológicos y sociales que afectan el bienestar general. La cultura y el género son dos factores que se han identificado como componentes

críticos para dar forma a la experiencia de salud mental de un individuo. La intersección de cultura y género puede tener implicaciones significativas para el diagnóstico, tratamiento y manejo general de los problemas de salud mental.

3.2. Conceptualización

Antes de revisar el impacto de la cultura y el género en la salud mental, es importante definir algunos conceptos clave. La cultura se refiere al conjunto de creencias, valores, prácticas y tradiciones compartidas por un grupo de personas (OMS, 2021). La cultura puede incluir aspectos como la religión, la raza, la etnia, la nacionalidad y la lengua. El género, por otro lado, se refiere a las características sociales y culturales que se asocian con la masculinidad y la feminidad (OMS, 2021). El género es una construcción social y puede variar entre diferentes culturas y sociedades, y, de hecho, varía.

La salud mental se refiere a un estado de bienestar emocional, psicológico y social en el que una persona puede funcionar de manera efectiva en su entorno y manejar el estrés y las tensiones normales de la vida diaria (OMS, 2021). Los problemas mentales, por otro lado, se refieren a afecciones que afectan la forma en que una persona piensa, siente y se ve.

Veremos brevemente algunos conceptos clave de manera muy sencilla, a pesar de que cada uno de estos conceptos, bien podría ocupar un artículo entero:

- *Salud mental.* Estado de bienestar emocional, psicológico y social en el que la persona puede funcionar adecuadamente y enfrentar los desafíos de la vida.
- *Cultura.* Conjunto de prácticas, valores, creencias y costumbres compartidas por una comunidad.
- *Género.* Características sociales, culturales y psicológicas asociadas a la identidad sexual y la orientación sexual.
- *Trastorno mental.* Alteración emocional o de conducta que causa malestar o deterioro en la vida de la persona.
- *Estigma.* Prejuicio o discriminación hacia las personas con problemas de salud mental.

3.2.1. Salud mental dentro de sistemas culturales

La cultura puede tener un impacto significativo en la salud mental de las personas. En muchas culturas, existe un estigma asociado a los problemas mentales que puede llevar a la discriminación y a la exclusión social de las personas que los padecen (Wang *et al.*, 2018). Además, los síntomas de los problemas mentales pueden ser

interpretados de manera diferente según la cultura, lo que puede dificultar el diagnóstico y el tratamiento (Kirmayer *et al.*, 2011).

Pero, por otro lado, la cultura también puede ser un recurso importante para la salud mental. Las prácticas culturales tradicionales, como la meditación, la oración y los rituales, pueden tener un efecto positivo en la salud mental al proporcionar un sentido de conexión y significado (Sachs-Ericsson *et al.*, 2014).

La cultura es un constructo complejo que se refiere a la totalidad de las formas de vida de una sociedad, incluyendo sus sistemas de creencias, valores, costumbres, lenguaje, arte, religión, leyes, tecnología, economía y organización política (Hofstede, 2011). La cultura influye en cómo las personas perciben y experimentan el mundo, incluyendo su salud y enfermedad mental.

La cultura engloba las creencias, valores, costumbres, normas y tradiciones que comparten las personas que pertenecen a una comunidad específica. La cultura puede influir en cómo se entiende y se maneja la salud mental. Por ejemplo, en algunas culturas, la salud mental se considera un problema privado y se evita hablar de ello en público. Además, algunas culturas pueden tener estereotipos negativos sobre la salud mental, lo que puede hacer que las personas no busquen ayuda o acompañamiento.

La cultura puede influir en la salud mental de varias maneras, incluida la formación de creencias y actitudes individuales hacia la enfermedad mental, la determinación de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud mental y la influencia en la expresión e interpretación de los síntomas de salud mental. Por ejemplo, las creencias culturales sobre la salud mental pueden afectar a cómo las personas perciben y buscan tratamiento para problemas de salud mental. Algunas culturas pueden estigmatizar la salud mental y considerarla una debilidad o una vergüenza, lo que puede hacer que las personas eviten buscar ayuda. Del mismo modo, algunas culturas pueden enfatizar la importancia de la familia y la comunidad sobre el individuo, lo que puede influir en cómo las personas manejan el estrés y la ansiedad.

Las creencias culturales sobre la salud mental pueden influir en cómo las personas experimentan y comprenden sus síntomas. Por ejemplo, en algunas culturas, los problemas mentales se atribuyen a causas espirituales o sobrenaturales, mientras que, en otras, se consideran problemas biológicos o psicológicos. Estas diferencias pueden llevar a que algunas personas rechacen el diagnóstico o el tratamiento médico.

La comprensión de la enfermedad mental varía entre diferentes culturas, lo que puede influir en las actitudes hacia la salud mental, su estigmatización y las formas en que se aborda el tratamiento. Por ejemplo, en algunas culturas la enfermedad mental se ve como una manifestación de un desequilibrio entre la mente y el cuerpo, mientras que en otras se entiende como un problema social o espiritual (Kleinman, 1988). Estas diferencias culturales pueden afectar tanto el diagnóstico como el tratamiento de los problemas mentales.

A continuación se muestran algunos ejemplos de cómo la cultura influye en la salud mental:

- Un ejemplo de cómo la cultura puede influir en la salud mental es el concepto de *locura* en la cultura yoruba de Nigeria. En esta cultura, se cree que la locura es causada por espíritus malignos que han poseído a la persona. Como resultado, algunas personas pueden buscar tratamiento a través de curanderos o líderes religiosos en lugar de profesionales de la salud mental occidentales.
- Un estudio realizado por Kleinman (1988) en China mostró cómo los problemas de salud mental eran vistos como una cuestión social más que individual. En la cultura china, la salud mental es vista como una función de la relación entre la persona y su entorno social. Por lo tanto, los problemas de salud mental se tratan a través de intervenciones que involucran a la familia y la comunidad, en lugar de únicamente en el individuo.
- Otro ejemplo de cómo la cultura puede influir en la salud mental es el caso de las culturas colectivistas versus las individualistas. En las culturas colectivistas, se enfatiza el valor del grupo y el bienestar colectivo, mientras que en las culturas individualistas se enfatiza el valor de la autonomía y el individualismo. Estos valores culturales pueden influir en cómo las personas perciben y afrontan los problemas de salud mental.

El acceso a los servicios de salud mental también puede verse afectado por factores culturales, incluidas las barreras del idioma, la falta de competencia cultural entre los profesionales de la salud mental y las diferencias en las percepciones culturales de la atención de la salud mental.

Las barreras a los servicios de salud mental varían en función de la cultura, las normas sociales y las creencias en diferentes comunidades. Algunas de las barreras más comunes que se presentan en diferentes culturas incluyen:

- a) *Estigma*. El estigma en torno a la salud mental es un problema común en muchas culturas. Algunas personas pueden sentir vergüenza o miedo de buscar ayuda para sus problemas de salud mental debido a la estigmatización que rodea a estas condiciones.
- b) *Creencias culturales*. Las creencias culturales y religiosas pueden influir en la forma en que se perciben los problemas de salud mental y las opciones de tratamiento. En algunas culturas, por ejemplo, los problemas de salud mental se ven como un signo de debilidad o falta de fe, lo que puede desalentarse a las personas a buscar ayuda.
- c) *Falta de acceso a servicios*. En algunas culturas y comunidades, los servicios de salud mental pueden estar limitados o no estar disponibles