



Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Carrera (Tesina)

**DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD
HACIA LA SALUD MENTAL
EN LA COMUNIDAD DEL BARRIO COSTA ESPERANZA**

*<<Un estudio de campo en un asentamiento informal
de la Provincia de Buenos Aires desde una narrativa comunal>>*

Profesor Tutor: **Lic. Seoane, Lucas H.**

Alumno: **Carmona, Mateo**

Matrícula: **402-21007** | ID: **13-4154**

Mails: **mateocarmona2411@gmail.com** |

mateo.carmona@comunidad.ub.edu.ar

Fecha de entrega: **Lunes 30 de mayo de 2022**



ÍNDICE

Abstract	3
Introducción	4
Presentación del tema	4
Problema	6
Preguntas de investigación	7
Relevancia y justificación	7
Objetivos generales y específicos	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Alcances y límites	9
Antecedentes	9
Estado del arte	12
Marco teórico	16
Metodología	26
Desarrollo	28
1. Instrumento de campo: Entrevista semidirigida	28
Figura 1	29
2. Problemas de salud mental, rol de usuarios/as y demanda insatisfecha	30
Problemática de adicciones por consumo de drogas y/o alcohol	30
Problemática de trastornos en niños/as	31
Problemática de consecuencias de violencia de género y violencia doméstica	32
Problemáticas asociadas a consecuencias de la pandemia por el covid-19 (depresión, agresión, ansiedad, soledad, adicciones, etc), no necesariamente estructurales	33
Rol autopercebido de usuario/a	33
Demanda insatisfecha	35
Desorientación en el pedido de ayuda	36
Malas experiencias vividas	38
El pasado versus el presente de la atención en el barrio	40



3. Disponibilidad a servicios de salud mental	41
Disponibilidad de servicios: ámbito público	42
Disponibilidad de servicios: ámbito privado	50
4. Barreras de acceso a servicios de salud mental	52
Barreras de acceso financieras	53
Barreras de acceso socioculturales	55
Barreras de acceso administrativas	58
Barreras de acceso geográficas	60
5. Predisposición a la acción colectiva	61
Importancia de la salud mental en el tiempo	61
Responsabilidad y predisposición a la acción colectiva	64
Conclusiones	68
Comentarios finales e implicación personal	71
Bibliografía	72
Anexo 1: Entrevistas transcritas	75
Entrevista a Wanda H.	75
Entrevista a Santiago T.	82
Entrevista a Beatriz H.	87
Entrevista a Nadia Q.	96
Entrevista a Miranda F.	101
Entrevista a Estefanía D.	106

ABSTRACT

El presente trabajo se enmarca fundamentalmente en dos grandes formas de sufrimiento, estigma y exclusión en el mundo en general pero en particular en la República Argentina: la de aquellas millones de personas que no disponen y/o no acceden a servicios de salud mental y la de aquellos millones que también se encuentran en situación de pobreza e informalidad urbana.

En el 2° semestre de 2021 el porcentaje de hogares por debajo de la Línea de Pobreza en la República Argentina fue del 27,9%; estos comprenden el 37,3% de la población estimada entonces. Como resultado provisorio del Censo Nacional del presente Mayo de 2022, hoy sabemos que somos unos 47,3 millones de habitantes; más de lo que se estimaba. Es habitual en el país que personas en situaciones de pobreza se encuentren viviendo en zonas urbanas informales, es decir, dentro de asentamientos informales (o barrios populares). Para mayo del 2022, existen unos 5.687 identificados en el territorio nacional. A estos contextos hay que entenderlos como estructurales, donde se insertan múltiples problemáticas tanto urbanas como sociales y económicas, que traman una compleja matriz. La disponibilidad y el acceso a la salud mental están dentro de la trama de problemáticas por atender: instituciones públicas distantes y saturadas, instituciones y profesionales privados no costeables, carencia de obras sociales y trabas administrativas para acceder a atención psicoterapéutica son sólo algunos de los impedimentos usuales que sufren las comunidades de asentamientos informales, como la del barrio Costa Esperanza (localidad de Loma Hermosa, partido de San Martín, Provincia de Buenos Aires).

La ausencia de sistemas de salud eficaces, perpetúa el círculo vicioso de pobreza y trastornos mentales. Que esta y otras comunidades puedan ser efectivamente integradas a la salud mental resulta un gran desafío por delante, empezando por tener información sobre ello. Es por esto que, desde la psicología y salud comunitarias como base, investigamos si la demanda insatisfecha de Costa Esperanza a servicios de salud mental se debe a un problema de disponibilidad, accesibilidad o de ambos en conjunto.

Palabras clave: pobreza; asentamiento informal; psicología comunitaria; salud comunitaria; salud mental; disponibilidad; accesibilidad; barrio Costa Esperanza; comunidad; actor social; narrativa; actitudes; representaciones sociales de la salud.

INTRODUCCIÓN

PRESENTACIÓN DEL TEMA

El derecho a la ciudad se define como el derecho de todos los habitantes, presentes y futuros, a ocupar, utilizar y producir ciudades justas, inclusivas y sostenibles, definido como un bien común esencial para la calidad de vida.

— ONU Hábitat (2016)

Un primer requisito para comenzar a solucionar el grave problema de los asentamientos informales, que trasciende su aspecto estrictamente habitacional y compromete todas las dimensiones de un hábitat sano y seguro, propio de quienes tienen asegurado el derecho a un espacio urbano digno, es conocer en profundidad la naturaleza y dimensión del fenómeno.

— Oscar Oszlak (2016)

La compleja problemática de la informalidad en zonas urbanas es inabordable sin considerar la tan o más compleja problemática de la pobreza. Esta tarea es tan difícil de encarar como importante es hacerlo. Partimos de la base de entender que la pobreza significa estar sometido/a a privaciones injustas e inaceptables -materiales y/o simbólicas- que afectan el pleno desarrollo de las capacidades humanas y de integración social. Estas privaciones son fundamentalmente injustas ya que son violatorias de normas internacionales que han sido asumidas como requisitos de justicia social y sustentabilidad ambiental (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2002, 2004, 2009; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2001, 2017; tal como aparece en Bonfiglio, 2019). Y la pobreza como tal -privaciones injustas e inaceptables- la entendemos como un fenómeno social multidimensional que requiere para su abordaje enfoques multidisciplinarios, participativos -en cuanto a considerar las propias miradas de las comunidades atravesadas y otros actores involucrados- y amplios tanto en tiempos como en espacios de investigación. Al referirnos a la pobreza como “fenómeno social”, señalamos tanto al objeto afectado como al origen del fenómeno: las sociedades la padecen, así como la producen; en esa línea, entendemos que también son las responsables de interesarse por su abordaje desde acciones cívicas, desde su investigación científica y desde políticas públicas legislativas, sociales, económicas, urbanas y de salubridad, entre otras aproximaciones. Por otro lado, para abordajes de corte más cuantitativo y/o instrumentales, son necesarios indicadores como lo es la Línea de Pobreza (LP):

“a partir de los ingresos de los hogares, se establece si éstos tienen capacidad de satisfacer -por medio de la compra de bienes y servicios- un conjunto de necesidades alimentarias y no

alimentarias consideradas esenciales; el procedimiento parte de utilizar una Canasta Básica de Alimentos (CBA) y ampliarla con la inclusión de bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud etc.) con el fin de obtener el valor de la Canasta Básica Total (CBT)” (INDEC, 2016).

Este indicador traza una línea en ingresos que determina la situación de pobreza o de no pobreza. En el 2° semestre de 2021 el porcentaje de hogares por debajo de la Línea de Pobreza en la República Argentina fue del 27,9%; estos comprenden el 37,3% de la población estimada entonces. Como resultado provisorio del Censo Nacional del presente mes de mayo de 2022, hoy sabemos que somos unos 47,3 millones de habitantes; más de lo que se estimaba. Los indicadores mencionados registraron que en el 2° semestre de 2020 la pobreza alcanzó al 42% de las personas y al 31,6% de los hogares. Un año antes, en el 2° semestre de 2019 las cifras eran de 35,5% y 25,9%, respectivamente (INDEC, 2022, 2021, 2020 y 2019).

Es habitual en la República Argentina -así como en Latinoamérica- que personas en situaciones de pobreza o indigencia, se encuentren viviendo en zonas urbanas informales, es decir, dentro de asentamientos informales (o barrios populares), entendiendo a estos como:

“un conjunto de un mínimo de 8 familias agrupadas o contiguas, en donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo, ni acceso regular a al menos dos de los servicios básicos: agua corriente, energía eléctrica con medidor domiciliario y/o sistema de eliminación de excretas a través de la red de alcantarillado regular” (TECHO Argentina, 2016; ReNaBaP, 2019).

Por otro lado, estas tan duras condiciones de vida hay que entenderlas además dentro de una estructura de pobreza e informalidad más amplia, en donde se insertan múltiples problemáticas, tanto urbanas como sociales y económicas, habituales en estos contextos. Estas traman una compleja matriz, en donde cada variable afecta o puede ser afectada por otra. Para mencionar algunas de ellas, podemos encontrar: falta de pavimentación, dificultades en movilidad y transporte, falta de recolección formal de basura; falta de luminaria pública, inseguridad; construcciones precarias y no dignas, terrenos peligrosos (ej: poco asentados, inundables, contaminados), redes de servicios informales y riesgosas (ej: redes eléctricas auto-instaladas e inestables, redes de agua contaminadas); tráfico de drogas, consumos problemáticos, marginalización, prejuicio, discriminación y violencia institucional; niños y niñas en situación de vulneración de derechos (falta de disponibilidad o de acceso a la alimentación, educación y vivienda, situaciones de violencia familiar); mujeres

víctimas de violencia de género, embarazo adolescente, jóvenes, adultos y adultas con deserción escolar, desempleo, precarización laboral, condiciones laborales indignas; personas de tercera edad en situación de abandono, violencia familiar; casos en todo rango etario de falta de disponibilidad o de acceso a la alimentación, la vivienda, la educación, al reconocimiento de la identidad, a la justicia, a la salud, entre otras.

Por consiguiente, en la pobreza estructural y en la informalidad urbana, ninguna problemática resulta ajena a otras; el vasto campo de la psicología, área que nos compete, no es indiferente a esto: la falta de disponibilidad o de acceso (DyA) a la salud mental en todas sus formas es parte de esta matriz. Y en semejante contexto, la demanda está lejos de ser baja.

Según el Relevamiento de Asentamientos Informales (RAI) publicado el 2016 por la OSC TECHO Argentina -cuyos datos relevó esta organización junto con la CTEP, Barrios de Pie, Cáritas Argentina y la CCC-, se identificaron un total de 3.826 asentamientos informales en los que para ese año residían aproximadamente 787.808 familias. Utilizando la media nacional de 4,6 miembros por cada hogar, se estimaba que al menos 3.623.916 personas (es decir, el 9,3% del total de la población, casi 1 de 10 personas) vivían en asentamientos informales en el territorio donde habita el 90% de la población argentina, según las mismas proyecciones del INDEC por provincia y departamentos para el año 2015 (TECHO Argentina, 2016). Tras el Decreto N°358/2017 en mayo de 2017, e incorporando conceptos y datos del RAI 2016, se crea el Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP). Según su portal web oficial, a finales de mayo del 2022 se declaran identificados 5.687 barrios populares (o asentamientos informales). Hasta hace pocos meses, esta cifra permanecía sin actualizaciones desde su publicación en 2016, cuando indicaba 4.416. El barrio Costa Esperanza (CE) es uno de esos miles. Está ubicado en el extremo oeste del partido de Gral. San Martín (Pcia. de Buenos Aires), en la localidad de Loma Hermosa, limítrofe al río Reconquista y a la autopista Camino del Buen Ayre, siendo esta última el espacio que lo separa del predio de la Coordinación Ecológica Área Metropolitana Sociedad del Estado (CEAMSE). Este barrio se fundó en el año 1998 tras una toma organizada de terrenos que trazó una trama urbana de calles y manzanas que al día de hoy permanecen. En el 2019 se estimaba la existencia de 3.244 domicilios (Organismo Provincial de Integración Social y Urbana -OPISU-, 2019) en sus aproximadamente 45 hectáreas. Dentro de la trama de problemáticas por atender, la disponibilidad y el acceso (DyA) a la salud mental son algunas de ellas: instituciones públicas distantes y saturadas, instituciones y profesionales privados no costeables, carencia de obras sociales y trabas administrativas en ellas son algunos de los impedimentos usuales que sufren los miembros de la comunidad de CE para acceder a atención psicoterapéutica en cualquiera de sus formas.

PROBLEMA

Desde la experiencia territorial y del contacto con la comunidad de Costa Esperanza, se hace evidente la existencia de una demanda insatisfecha a disponer y/o acceder a dispositivos de salud mental, ya sea desde el ámbito público o privado. Al tratarse de un barrio históricamente originado y sumido en la informalidad, así como suele suceder en otros asentamientos, el estado del arte en investigaciones de cualquier tipo es escaso; en cuanto a la disponibilidad y accesibilidad a la salud mental, por lo menos en este caso puntual, pareciera ser nulo. Que la comunidad del barrio pueda ser efectivamente integrada desde la DyA a la salud en todas sus aristas, incluyendo la mental, resulta un gran desafío por delante, empezando por tener información sobre ello. Para esto, las narraciones de la comunidad deben ser oídas y analizadas sus representaciones comunes (ideas, actitudes, formas de pensar, etc.), enmarcando el problema y sus posibles soluciones en su propio contexto.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Nos preguntamos entonces: ¿qué narrativas han elaborado y elaboran las personas de la comunidad del barrio de CE? O mejor dicho, ¿qué representaciones sociales (ideas comunes, actitudes, formas de pensar, etc.) están presentes en éstas (narrativas) sobre la disponibilidad y accesibilidad a servicios de salud mental circulan en su barrio? ¿Qué valoración actitudinal hay sobre estas?

Más aún, tales narrativas ¿son restrictivas o más bien son fuente y recurso de empoderamiento para que las personas del barrio sean usuarios activos del SSM?

Intentaremos responder a cada una de estas complejas preguntas a lo largo del presente trabajo.

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

La relevancia de esta investigación se deja entrever en la cita a Oszlak (2016) con la que se introdujo este trabajo. En consecuencia, en este trabajo se propone poner de manifiesto las representaciones sociales y actitudes de la comunidad de Costa Esperanza a través de sus narrativas sobre su experiencia ante la DyA de los integrantes de la comunidad del barrio Costa Esperanza en su función o no de usuarios de servicios de salud mental, explorar si en estos términos

la demanda puede o no satisfacerse, señalando a su vez las condiciones que determinan dicha DyA a servicios de salud mental según estas narrativas.

Desde el punto de vista teórico, es relevante la contribución de aportes en un campo de escasa información y de difícil acceso (siendo que las condiciones de informalidad y pobreza suelen aislar y marginalizar, invisibilizando las representaciones de quienes viven esto en primera persona), pudiendo surgir de este tanto nuevas ideas como interrogantes para futuros estudios. En cuanto a su impacto social, se espera orientar posibles acciones hacia mejoras y soluciones de estas complejas problemáticas.

Se justifica la modalidad elegida de estudio de campo tanto por la ausencia de datos específicos sobre CE (y sobre asentamientos informales en general) así como por el convencimiento de que la validación de las problemáticas que componen a la informalidad y a la pobreza estructural deben constatarse con la experiencia en primera persona de quienes las vivencian, en narrativas recopiladas en los contextos estudiados y propiciada por sus comunidades.

Motiva a este proyecto de investigación, la idea de que cada miembro de una comunidad azotada por la informalidad y la pobreza, es capaz de aportar conocimientos y acciones para el afrontamiento de estas difíciles problemáticas.

Por último, se piensa que el presente trabajo se halla justificado a razón de que tanto el estudio como el ejercicio profesional de la psicología en nuestro país está en relación directa no sólo con la salud mental de la población ciudadana sino además bajo la premisa indubitable de que la salud y su acceso, es un derecho de todo y toda ciudadana. Denunciar, comunicar e incluso intentar algún ensayo, por reducido o acotado que fuera, de resolución de problemas sobre el acceso y disponibilidad a los servicios de salud en general y de salud mental en particular, es un deber ético que forma parte de la integralidad de un profesional de la salud.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Explorar las narrativas en primera persona, por parte de actores sociales de la comunidad de Costa Esperanza, respecto de sus experiencias en torno a la disponibilidad y accesibilidad a servicios de salud mental [SSM] en su barrio.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Detectar en las narrativas exploradas la presencia o no del rol autopercibido de usuario de un SSM, en relación a una demanda insatisfecha del mismo.

Explorar la presencia de representaciones sociales comunes en la comunidad, que guíen u orienten la acción por parte de las personas en torno a la disponibilidad y accesibilidad a los SSM.

Analizar las actitudes preponderantes presentes en tales experiencias narradas, según la valoración de las mismas.

ALCANCES Y LÍMITES

La presente investigación se construye con base en el campo de la psicología y salud comunitarias, con un enfoque a favor de las políticas sanitarias participativas y que integran los cuidados de la salud mental a la atención básica, así como el incremento y redistribución territorial de los servicios, lo cual permite descentralizar la atención de la institución hospitalaria y constituye un proceso de mejora de la disponibilidad y accesibilidad de estos (Gerlero et al., 2011).

Abarcaremos conceptos como la informalidad urbana, la pobreza, las diferencias entre disponibilidad y accesibilidad, barreras de acceso, definiciones de comunidad según la psicología social comunitaria, actores sociales, narraciones (o relatos), actitudes y representaciones sociales, desde la información teórica disponible sobre dichos conceptos y desde un trabajo exploratorio aplicativo en un asentamiento informal y una comunidad en concreto. Este estudio de campo se circunscribe a recabar y analizar información pertinente a la comunidad del barrio Costa Esperanza, asumiendo la existencia de una demanda insatisfecha de servicios de salud mental desde su observación previa en la experiencia en territorio. En esa línea, pondremos foco en generar datos desde las narrativas sobre la DyA a servicios de salud mental vía entrevistas semiestructuradas.

No entrevistaremos personas por fuera de la comunidad elegida ni por fuera de los territorios que circunscriben al asentamiento informal de CE. Tampoco emparejaremos resultados con los de otros estudios afines, tanto por la falta de estos como por la importancia dada a entender los problemas, necesidades y estrategias locales de cada comunidad.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2001 un reconocido informe sobre la salud en el mundo, anticipando hace ya más de 2 décadas lo que actualmente es una reconocida pandemia mundial. Y no hablamos del azote de un virus. Sus primeras líneas advierten:

Se estima que en el mundo unas 450 millones de personas sufren trastornos mentales o neurológicos o problemas psicosociales como los relacionados con el abuso de alcohol y drogas. Muchas de ellas sufren en silencio; muchas sufren solas; muchas nunca reciben tratamiento alguno. Entre el sufrimiento y las perspectivas de tratamiento se erigen las barreras del estigma, los prejuicios, la vergüenza y la exclusión.

El presente trabajo pretende exponer, fundamentalmente, dos grandes formas de sufrimiento, estigma y exclusión en el mundo y en el país en el que nos encontramos: la de aquellas millones de personas que no disponen o no acceden a la salud mental y la de aquellas millones que también se encuentran en situación de pobreza e informalidad urbana. Las alarmantes cifras de personas padeciendo estas condiciones, la alta comorbilidad de lo uno con lo otro y la injusticia social que ambas implican, ameritan comprender qué recorridos se hicieron y qué posturas se adoptaron hasta ahora sobre estas problemáticas, en orden de entender qué caminos quedan por recorrer.

En sus publicaciones sobre el proceso histórico de la salud mental, Liccioni (2000) afirma que esta última “es, ante todo, una cuestión de bienestar económico y político. [...] Las inmutables estructuras políticas y económicas -tanto nacionales como regionales- contribuyen a la perpetuación de la pobreza, el hambre y la desesperación [...]”. Para la autora, “la salud mental está íntimamente ligada a la calidad de vida y a las condiciones psico-socio-económicas y culturales”.

Liccioni (2000) identifica a la época de la Segunda Guerra Mundial como “‘madrina’ de la ‘Revolución Psiquiátrica’ de los años ‘50’”. Con la legitimación en esa década de la OMS a través de sus recomendaciones a los Estados miembros y, a partir de los años ‘60, con el aval de casi todos los Estados miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se implanta así el campo de la Salud Mental. Y en línea con esto, “el ‘padrino’ fue el llamado Estado Benefactor, que garantizaría la solidaridad estatal, los derechos sociales y la protección social de los riesgos, para atenuar las desigualdades reales en la vida social”. El Estado garantizaba un principio de igualdad entre todos los ciudadanos, ya que la cobertura de las adversidades no debía diferenciar entre los individuos según su posición económica o su ingreso; también de equidad y de justicia porque aseguraba cierta integración social al atenuar las desigualdades en la sociedad real (Liccioni, 2000). Siguiendo la

crítica al proceso histórico que la autora realiza, desde los años '80 "el triunfo de las políticas neoconservadoras generó nuevas iniciativas de ataque al conjunto de las 'conquistas sociales' que se habían desarrollado desde el llamado Estado Benefactor, produciendo un cambio profundo en las condiciones sociales y en la vida de los individuos".

En noviembre del año 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) auspició la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas, Venezuela. Roses Periago, ex-directora de la OPS, pública a nombre de la organización en 2009 que dicha conferencia marcó un hito histórico en el camino de la reforma y modernización de los servicios de salud mental en la región latinoamericana: "La Declaración de Caracas enfatizó que la atención centrada en el hospital psiquiátrico debía ser sustituida por un modelo de base comunitaria, descentralizado, participativo e integral".

Para el año 2000, en la Cumbre del Milenio convocada por la ONU, se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), para que se alcanzaran el año 2015. Saracena y Fleischmann (2009, dentro de la mencionada publicación de la OPS) exponen que teniendo en cuenta las diversas formas de comorbilidad entre los trastornos mentales y la pobreza, resulta sorprendente que la salud mental no forme parte de los ODM y siga siendo un tema muy desatendido en el mundo. "Con respecto al objetivo 1 del ODM 'erradicar la pobreza extrema y el hambre', se ha demostrado que los trastornos mentales son mucho más comunes entre las personas pobres y que, a su vez, aumentan la pobreza". Liccioni (2000), el mismo año en el que se establecen los ODM, afirmaba:

La pobreza y el estancamiento económico repercuten directa e indirectamente en la salud mental y el bienestar de las poblaciones. La pobreza se traduce en hambre y desnutrición, condiciones inadecuadas de vivienda, mayores riesgos de enfermedad y, a menudo, servicios de salud limitados. El hacinamiento urbano y las condiciones laborales inapropiadas pueden ser causa de ansiedad, depresión y estrés crónico y, al mismo tiempo, pueden tener un efecto nocivo en la calidad de la vida de las familias y comunidades.

Los trastornos mentales constituyen un creciente problema de salud en el mundo y en especial en el continente americano. Resulta indudable que el desarrollo de la atención de salud mental en América Latina y el Caribe ha tenido que enfrentar diferentes limitaciones y dificultades (Roses Periago, 2009). El impacto de las enfermedades mentales, tanto para la persona afectada como para sus familiares y la sociedad en general, es muy alto, no solo en términos emocionales, sino también financieros (Minoletti y Zaccaria, 2005). Se calcula que el gasto ocasionado por estos

trastornos puede equivaler a 3-4% del Producto Nacional Bruto (PNB) de los países desarrollados (OMS, 2004; Concha et al. 1993).

ESTADO DEL ARTE

Cuando nos preguntamos sobre la disponibilidad y accesibilidad a la salud mental sea de grandes poblaciones o de comunidades, indisolublemente nos preguntamos por las políticas públicas sobre esta temática. Tomando a Henao et al. (2016), en su investigación sobre el estado del arte de las políticas públicas de salud mental vigentes en Sudamérica, en la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI varios países de la región latinoamericana como Colombia, Paraguay, Ecuador, Uruguay, Brasil, Perú y Argentina “elaboraron una política pública de salud mental, situación que obedece a un contexto mundial, donde las organizaciones internacionales de salud (OPS y OMS) y los Estados Nacionales empiezan a reconsiderar la salud mental como un derecho”. Como ya se expuso, este avance se evidencia en la primera década del año 2000 cuando la OPS apoya los procesos de reforma que se venían presentando en la región en el campo de la salud mental, “estimulando a los países a desarrollar programas nacionales de salud mental y a modernizar la legislación y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familiares” (Henao et al., 2016; OPS, 2007).

A pesar de las nuevas legislaciones, de la presión de los organismos internacionales y a la prevalencia de los trastornos mentales, en el 2007 un 46% de los países suramericanos le asignaban a la salud mental entre el 2 y el 5% del presupuesto sanitario, y un 30% le adjudican menos del 2% (Caldas de Almeida, 2007; tal como aparece en Henao et al., 2016). Dicha deficiencia presupuestal afecta especialmente a los grupos más vulnerables (niños/as, mujeres, adultos/as mayores, víctimas de desastres, poblaciones indígenas, y en especial cuando estos grupos se encuentran en situación de pobreza y/o informalidad urbana), “quienes pocas veces encuentran respuestas adecuadas para sus necesidades específicas de atención en salud mental” (Rodríguez et al., 2007; tal como aparece en Henao et al., 2016).

Los gobiernos deben formular e implementar políticas públicas en materia de salud mental, en las que se puedan establecer programas para la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales con mayor prevalencia poblacional, con el fin de mejorar la calidad de vida y el desarrollo humano de las comunidades (Henao et al., 2016). En el caso de la Argentina, es desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N°26.657, en Diciembre 2010, que contamos con una legislación afín a las tendencias regionales y mundiales. Siguiendo con los estudios de Henao et al. (2016) sobre las políticas públicas de salud mental vigentes en sudamérica:

En el caso de Argentina la política de salud mental emerge a partir de reconocer la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas. Además, la política de salud mental en Argentina denomina al paciente objeto de intervención: 'personas con padecimiento mental'. En esta no se habla de tratamientos sino de 'procesos de atención'. Por lo cual la problemática reconocida radica en la necesidad de acciones de atención primaria en salud, el resguardo ético de la atención por la baja calidad administrativa y la baja producción de información sanitaria.

Finalmente, los autores expresan que “de los siete países suramericanos con política de salud mental, [...] Argentina no cumple con ninguna categoría” con las que realizan su análisis (es decir, carecería de ellas), a saber: 1) concepto de salud mental, objeto; 2) objetivos generales y 3) específicos; 4) población blanco; 5) recursos económicos, humanos y materiales; 6) principios; 7) estrategias, acciones y metas (Henaó et al., 2016).

A pesar de estas conclusiones, la LNSM expresa en su artículo 1° que esta “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 que se encuentran en el territorio nacional [...]”. A su vez, el art. 3° esclarece los componentes que determinan el proceso de salud mental, ya citados por Henaó et al. (2016). En esta línea, el art. 7° reconoce derechos a las “personas con padecimiento mental” (población blanco por la cual la ley se declara), entre los que cabe destacar el “a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud” y el “d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”, entre otros 14 derechos. En cuanto a las estrategias, acciones y metas, es destacable el art. 11°, por el cual la Autoridad de Aplicación (el Ministerio de Salud de la Nación -MSN-) debe promover, en coordinación con áreas multisectoriales, que se implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria (consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental; casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas, entre otros). En línea con estas estrategias, acciones y metas enfocadas a una atención en salud mental comunitaria,

se dictaminan dos ambiciosos objetivos: la sustitución progresiva (en 10 años hasta el 2020) y definitiva de manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes (art. 27°), así como el progresivo incremento (en hasta 3 años) en las partidas presupuestarias destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10% del presupuesto total de salud (art. 32°).

Respecto a esta última meta, investigaciones y reclamos recientes de la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ, 2016) informan que:

No se puede conocer con precisión cuánto dinero se gasta en salud mental debido a: a) la escasa transparencia, claridad y precisión sobre cuánto y cómo se gasta en salud mental; b) el bajo nivel de desagregación en las partidas presupuestarias, la falta de precisión en la descripción de los programas, áreas y actividades en las cuentas de inversión; y c) la falta de precisión en las respuestas del Estado y los organismos a requerimientos de acceso a la información pública.

En esta línea, la ACIJ (2016) concluye que no han podido evaluar el porcentaje certero que el Estado destinaría del presupuesto de salud a la salud mental: “Con la información presupuestaria disponible -que no refleja todo el presupuesto destinado a actividades de salud mental- se concluiría que el porcentaje destinado a salud mental entre 2010 y 2014 nunca superó el 3%”. Claro está, lejos del 10% previsto para finales de ese período.

Por otro lado, retomando la otra gran meta de la LNSM N° 26.657, en septiembre de 2019 la ACIJ publicaba:

El 1 de agosto de 2019, la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación presentó los resultados del 1° Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (CNSM) realizado en los establecimientos de internación monovalente en salud mental públicos y privados de todo el país durante 2018 y 2019. [...] La OMS afirmó que por sus pobres resultados clínicos, sus altos costos y las violaciones de derechos humanos que se producen en ellos, los hospitales psiquiátricos representan el uso menos deseable de los escasos recursos disponibles destinados a salud mental, y sostuvo que sin buenos servicios comunitarios, las personas terminan en instituciones inhumanas o terminan desamparadas y viviendo en las calles. [...] Los datos arrojados [...] constituyen un paso importante para el

diseño e implementación de políticas públicas, pero evidencian la posición marginal que este tema ha ocupado en la política pública.

Si así se muestran los índices de las partidas presupuestarias y de la sustitución de establecimientos de internación monovalentes por servicios de atención comunitarios, es inevitable preguntarnos por la disponibilidad y la accesibilidad a la salud mental de los grupos más vulnerables, en particular por las millones de personas en situación de pobreza y por las miles de comunidades de asentamientos informales de nuestro país. La investigación de Gerlero et al. (2010) realizado en algunas provincias argentinas, reveló desigualdades en la provisión de cuidados de salud mental, expresando fuertes inequidades en el cuidado y protección entre los distintos grupos sociales y en las dificultades de acceso y obtención de prestaciones continuadas, en función de la carencia de disponibilidad de servicios específicos de atención primaria y modelos descentralizados de atención. Y en Gerlero et al. (2011) sobre salud mental y atención primaria en grandes conglomerados urbanos de la Argentina, los autores concebían accesibilidad como “la capacidad de obtener cuidados de salud de modo fácil y conveniente en caso necesario”.

De acuerdo con la OMS (2013), el derecho a la salud abarca cuatro elementos, con los cuales garantiza que la política pública sea integral y su impacto sea completo en la atención de las necesidades sanitarias de la población: a) *Disponibilidad* (número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud); b) *Accesibilidad* (para toda la población, física, económica e informativamente); c) *Aceptabilidad* (ética médica, aceptación de culturas e identidades); y d) *Calidad* (atención y condición apropiada).

Otra manera de conceptualizar *accesibilidad* es definirla como la articulación o ajuste entre las características de la oferta (es decir, del sistema de salud y sus profesionales disponibles) y las características y necesidades de la demanda, pudiendo existir barreras que limiten la posibilidad de acceder a una atención satisfactoria en el ámbito de la salud. Estas *barreras de acceso* son entendidas como aquellos factores que se colocan entre los usuarios y los servicios, obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria (Comes & Stolkiner, 2004).

En otra línea, Clementino (2010) dimensiona a la *accesibilidad* en a) *sociocultural* (percepción de la salud, representación de la enfermedad; sin asumir que el problema son las creencias o la cultura de los beneficiarios, sino las dificultades para la articulación entre estas y las estructuras de sentido en la que se basan los servicios de salud y sus profesionales); b) *accesibilidad geográfica* (distancia a efector de salud); c) *financiera* (disponibilidad económica para cubrir el gasto); y d) *administrativa* (barreras burocráticas establecidas).

Sánchez-Torres (2017), en cuanto al concepto de *disponibilidad*, refiere a “que exista la condición para que las personas, sin distinción, puedan satisfacer su necesidad de atención médica [...], contar con centros de atención médica, servicios de salud y personal que atienda las necesidades de la población. Y sobre la accesibilidad, integrando lo ya visto, afirma que se puede abordar bajo tres vertientes: “a) Como parte del proceso de implementación de la política pública; b) como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS (2013) [tal como acabamos de ver]; y c) como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda”. Realiza una revisión bibliográfica sobre los determinantes de acceso a los servicios de salud, concluyendo que “son tres elementos básicos bajo los cuales el debate teórico ha girado para comprender los elementos que interactúan al momento de que la persona tiene la necesidad de atención”, a saber: *barreras de acceso* económicas, geográficas y culturales. Y al hablar de las *dimensiones que componen a la accesibilidad*, las agrupa en cinco: 1) económicos (niveles de ingreso, costos), 2) culturales sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad, ocupación, etnia, religión, otros), 3) geográficos (distancia física, proximidad y distribución de los servicios), 4) seguridad (facilidad de trasladarse, llegar e ingresar sin contratiempos) y 5) organizacionales (administración y gestión de servicios). En el sentido estricto de una concepción integral de la accesibilidad, se puede señalar como la convergencia de los diferentes factores, todos como parte de un mismo contexto”, cerrará la autora.

MARCO TEÓRICO

La presente investigación toma a la *psicología y salud comunitarias* como base. Desde allí, coincidimos con San Martín & Pastor (1988):

Se puede hablar de “salud comunitaria” cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas a través de los programas locales de salud. En realidad, lo que llamamos “salud comunitaria” es el programa de salud pública local, planificado sobre la base de los problemas y necesidades de cada comunidad, ejecutado con la participación de la comunidad. Se trata de una estrategia para aplicar localmente los programas de salud pública, y no de una especialidad nueva de la salud pública, y menos de la medicina.

En esa misma línea, tomamos a Liccioni (2000), que afirma que “numerosos problemas sociales se caracterizan por su especificidad regional y cultural. Por eso, las estrategias más exitosas para mejorar las condiciones económicas y sociales básicas, [...] se despliegan habitualmente en el plano comunitario antes que en el nivel nacional”. La autora desarrolla sobre dos razones para ello: 1) la posibilidad de reconocer los puntos fuertes y los recursos propios utilizables para poner en marcha muchos programas locales; y 2) los programas que tienen en cuenta las tradiciones y valores culturales del lugar son, generalmente, más satisfactorios que los que desatienden las realidades y los intereses de las localidades. Entonces, nos mostramos a favor de las políticas sanitarias que promueven e integran los cuidados de la salud mental a la atención básica, (Gerlero et al., 2011) inclinándonos por un “incremento y redistribución territorial de los servicios”, lo cual “permite descentralizar la atención de la institución hospitalaria y constituye un proceso clave para mejorar la accesibilidad geográfica, cultural, organizacional, económica y social de las personas con problemas mentales”.

La salud mental de la población está influida por factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al sector salud: las políticas gubernamentales tienen una influencia sobre muchos de estos factores y pueden tener efectos tanto negativos como positivos en la salud mental (OMS, 2001; en Rodríguez, 2009). “La *correlación entre trastornos mentales y pobreza*¹ puede describirse mejor si se considera como un círculo vicioso” (OMS, 2003b; en Sarraceno & Fleischmann, 2009). Por una parte, los trastornos mentales generan costos relacionados con el tratamiento a largo plazo y con la pérdida de productividad, factores que contribuyen a la pobreza; por otro lado, se admite que la inseguridad, el nivel educativo bajo, las condiciones de vivienda inadecuadas y la desnutrición contribuyen a la aparición de trastornos mentales. En síntesis, la ausencia de sistemas de salud eficaces, perpetúa el círculo vicioso de pobreza y trastornos mentales (Sarraceno & Fleischmann, 2009).

La atención integral requiere que haya *disponibilidad* de servicios para responder a las necesidades de salud de la población, incluidas las acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y apoyo para el autocuidado (Hartz, 2004; en Gerlero et al., 2011), lo que implica “contar con centros de atención médica, servicios de salud y personal que atienda las necesidades de la población”, Sánchez-Torres (2017).

Tomaremos la conceptualización sobre *barreras de acceso* de Comes & Stolkiner (2004), entendiéndolas como aquellos factores que se colocan entre los usuarios y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria. Y a lo largo de la investigación en campo, nos acompañarán las *dimensiones de la accesibilidad* que distingue Clementino (2010): a) accesibilidad sociocultural -dificultades de articulación entre creencias y cultura de usuarios y las estructuras de sentido de los servicios de salud y sus profesionales-, b) geográfica

¹ Estas palabras no están destacadas en *cursiva* en el texto original.

-distancia a efector de salud-, c) financiera -disponibilidad económica para cubrir el gasto- y d) administrativa -barreras burocráticas establecidas-.

Hemos mencionado ya el concepto (y numerosos ejemplos) de *problema social*. Este es clásicamente cómo “una condición que afecta a un número significativamente considerable de personas, de un modo considerado inconveniente y que según se cree debe corregirse mediante la acción social colectiva” (Horton y Leslie, 1955, en Suárez, 1989). De esta se extrae que un problema social implica distintas dimensiones:

1. Una condición negativa para un número grande de personas: “Esta dimensión es la que la caracteriza como problema social y la distingue de los problemas individuales y de los problemas grupales” (Suárez, 1989).
2. Esta condición es negativa porque afecta de forma indeseable: “se puede plantear como una significativa discrepancia entre un estándar de deseabilidad y alguna situación real observada como problemática” (op. cit.).
3. Genera una percepción de que hay una posibilidad (e incluso un deber) de acción social colectiva: “Horton et al. plantean que se debe visualizar algún tipo de conocimiento tecnológico disponible que permita formular un conjunto de propuestas de solución alternativas, que probablemente encontrarán las visiones, creencias e intereses de los diversos actores involucrados” (op. cit.).

¿A quiénes afecta y quienes pueden actuar de forma colectiva? Este “gran número de personas en una sociedad” apela a otro concepto hartamente utilizado al cual le debemos una definición: una problemática social acontece dentro de una *comunidad*. Nótese que una problemática social, por definición, no acontece sobre un territorio específico, al menos no necesariamente. Krause (2001), en su texto *Hacia una redefinición del concepto de comunidad*, discute justamente con la tradición o concepción clásica de la Psicología Comunitaria sobre comunidad: la autora objeta que la condición de que haya un territorio delimitado para definir a una comunidad es accesorio, así como objeta la existencia de un ideal universal que defina -verticalmente- a una comunidad. Denuncia estas ideas clásicas de *territorialidad* e *idealidad* como inútiles, no éticas y anacrónicas para el siglo XXI. En cambio, la autora sí distingue tres condiciones necesarias para el concepto teórico: A. *Pertenencia* (subjektivamente “sentirse parte de”, “identificado con”); B. *Interrelación* (comunicación, interdependencia e influencia mutua de sus miembros, donde no es necesario un territorio compartido ya que la comunicación -y hoy más que nunca- no se limita al cara a cara); y C. *Cultura común* (existencia de significados compartidos, pensamientos y valores comunes, acciones significativas y cotidianas -es decir, no en tradiciones muertas o cristalizadas-).

Debemos tomar aquí una postura y decir que estamos alineados con el análisis de Krause. Si bien no venimos apoyándonos en un “ideal universal” que defina a la comunidad de interés en este estudio, hemos hecho numerosas menciones a un territorio geopolíticamente delimitado -el del barrio Costa Esperanza en el partido Gral. San Martín- para referirnos a nuestra comunidad en cuestión. Como se dijo, se toma a la territorialidad como una condición accesorio: por fines meramente prácticos nos limitaremos a indagar dentro de dicho territorio pero no por eso reducimos a la comunidad a este, sino simplemente lo utilizamos de accesorio que facilita la selección de la muestra de nuestro trabajo de campo. Por otro lado, las condiciones materiales de este territorio sí nos son de interés porque inevitablemente son variables que también componen las problemáticas sociales puntualmente implicadas en este estudio (faltas de disponibilidad y barreras de accesibilidad a servicios de salud mental). Estas condiciones materiales pueden extenderse (y lo hacen) por fuera de los límites físicos del barrio, hacia asentamientos informales vecinos -como lo son los barrios Costa del Lago u 8 de Mayo, por ejemplo-, así como también puede mutar la perspectiva y narración sobre estas según la cultura común de comunidades vecinas. La comunidad “de Costa Esperanza” tiene, más allá del accesorio práctico del territorio en cuestión, sentido de *pertenencia*, *interrelación* y una *cultura común* propia, donde sus miembros se sienten parte, se influyen mutuamente y comparten significados, pensamientos, valores, perspectivas y acciones significativas en lo cotidiano.

Tenemos a nuestra comunidad, entendemos lo que la convierte en tal y sus límites, pero ¿cómo indagamos sobre ella y su realidad? ¿Por dónde empezamos? Ahí entran en juego los *actores sociales*. Veamos algunas aproximaciones teóricas de diversos autores, que tomamos como complementarias entre sí: Robirosa, Caldarelli y Lapalma (1990) afirman que un actor social: “puede ser un individuo, un grupo, una organización o una institución de cualquier tipo -una empresa, un organismo de gobierno, una organización de la comunidad, etc”. Aquí cabe aclarar que en este trabajo nos interesarán actores sociales representados por individuos, pero a su vez varios de ellos/as son líderes y/o voceros/as de organizaciones comunitarias. Los autores distinguen de un actor social que “lo que [lo] caracteriza o identifica [...] es su posición particular en ese escenario, su papel, su rol -lo que hace o podría hacer él- y sus propósitos o intereses respecto de ese escenario o lo que se procesa en él...” (Robirosa et al., 1990). Esto último nos es particularmente útil tanto a la hora de identificar a los actores sociales que nos ayudarán a adentrarnos en la problemática en cuestión, así como también a entender su postura subjetiva y única partiendo de entender que esta se da según dichos propósitos e intereses y una posición/rol particular en su escenario. Por otro lado, Testa (1995) nos aporta que un actor social: “es aquel que tiene capacidad de acumular poder para instalar un tema en la agenda pública, y lograr incidir de algún modo en la discusión y tratamiento del mismo”, destacando aquí su importancia a la hora de organizar la acción social colectiva -recordamos la noción de problemas sociales de Horton y Leslie (1955)- y de influenciar representaciones sociales y actitudes -conceptos fundamentales para esta investigación que abordaremos a continuación-. Es

quizás Matus (1992) quien mejor capta y sintetiza estas otras definiciones en simultáneo: para él un actor social: “es una personalidad, una organización o una agrupación humana que en forma estable o transitoria tiene capacidad de acumular fuerza, desarrollar intereses y necesidades, y actuar produciendo hechos en situación”.

La noción de *representación social* (Moscovici, 1961; Jodelet, 1986) nos proveerá de un objeto de análisis a la hora de escuchar a nuestra comunidad en cuestión expresarse sobre su DyA a servicios de salud mental. Este concepto nace en la sociología bajo el título de *representación colectiva* de Durkheim (1898)² y es rescatado y teorizado por Moscovici (1961) bajo la psicología social de corriente sociológica europea (en contraposición a la psicología social de corriente psicológica estadounidense y su estandarte: la noción de *actitud*, que tocaremos más adelante). Jodelet (1986), alumna y colaboradora cercana de Moscovici, desarrolla para nosotros la noción de representación social de la siguiente manera:

“En tanto que fenómenos, las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto”, (p. 472).

Siguiendo a la autora, este concepto implica una forma de conocimiento que tiene, al menos, las siguientes aristas:

- A. Es una *forma de conocimiento social*: “una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, [...] la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen”, donde lo social interviene de varias formas: “a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos, [...] de la comunicación (entre ellos) [...]; de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; [...] de los códigos, valores e ideologías relacionadas con las posiciones y pertenencias sociales específicas” (Jodelet, 1986).

² “Para Durkheim (1898) las representaciones colectivas son formas de conocimiento o ideación construidas socialmente y que no pueden explicarse como epifenómenos de la vida individual o recurriendo a una psicología individual. Según Moscovici (1961), el concepto de representación social difiere del de representación colectiva en que el primero tiene un carácter más dinámico” (Alvaro, 2009).

- B. Este conocimiento social es a su vez *socialmente elaborado y compartido*: “Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social” (op. cit.).
- C. Es un *conocimiento práctico*, ya que modela la conducta de nuestra vida: “intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida [...], actuar sobre y con otras personas y situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo” (op. cit.).
- D. Este conocimiento *participa en la construcción social³ de nuestra realidad*: “Al dar sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos y actos que terminan por sernos habituales, este conocimiento forja las evidencias de nuestra realidad consensual” (op. cit.).

El otro concepto que nos servirá como objeto de análisis es el de *actitud*. Hemos deslizado ya que este concepto es el estandarte de una corriente contrapuesta a la que da origen a la representación social: es la psicología social psicológica estadounidense la que empieza, a principios del siglo XX, a definir y ahondar el vasto campo de estudio de actitudes. Según Briñol, Falces y Becerra (2007) en la actualidad, la mayoría de los estudiosos del tema estaría de acuerdo en definir las actitudes de la siguiente forma:

“Evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de *objetos de actitud*. [...] al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad [...] (Eagly y Chaiken, 1998; Petty y Wegener, 1998). Las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras y pueden variar en su extremosidad o grado de polarización” (p. 459).

A su vez, existe un alto consenso también en que las actitudes constan de tres componentes: I) *cognitivo*: incluye los pensamientos y creencias de la persona acerca del objeto de actitud; II) *afectivo*: agrupa los sentimientos y emociones asociados al objeto de actitud; y III) *conductual*: recoge las intenciones o disposiciones a la acción así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud (Brehm, 1966; Maslow, 1962; Murray, 1955; en Briñol et al., 2007).

³ Concepto tomado de la sociología del conocimiento de Berger y Luckmann (1966).

Seguendo a Briñol et al. (2007) las funciones que cumplen las actitudes satisfacen necesidades psicológicas fundamentales de los humanos:

- Organizan el conocimiento y nos otorgan control sobre el entorno, vía estructurar la información en términos positivos y negativos. Por lo que ante situaciones nuevas, nuestras actitudes permiten predecir qué cabe esperar de ellas, aumentando así nuestra sensación de control (Brehm, 1966; Maslow, 1962; Murray, 1955; en Briñol et al., 2007). Y por supuesto, estas afectan a la forma en que procesamos y recuperamos de la memoria cualquier información, y aún previo a eso, guían la búsqueda y la exposición a información relevante, acercando a la persona a todos aquellos aspectos de la realidad congruentes con ellas (reforzando o validando dicha actitud) y evitando (ignorando selectivamente) aquellos elementos que les sean contrarios.
- Son instrumentales o utilitarias al promover la aproximación a estímulos gratificantes (conseguir lo que queremos) y la evitación de estímulos aversivos (aquello que no nos gusta). Así, las actitudes optimizan las relaciones de los individuos con su entorno, maximizan los “premios” y minimizan los “castigos”, contribuyendo de esta forma a crear sensaciones de libertad y competencia (Katz, 1960; en Briñol et al., 2007).
- Nos ayudan a definir y fortalecer la identidad manteniendo cierto equilibrio y sentido interno, y por tanto, ayudan a conocernos y darnos a conocer a los demás. La expresión de las actitudes permite a las personas mostrar sus principios y valores, así como identificarse con los grupos que comparten actitudes similares (Katz, 1960; en Briñol et al., 2007). Su expresión sirve para acercarse a otras personas con actitudes similares, contribuyendo de esa forma a satisfacer la necesidad básica de aceptación y pertenencia grupal (Baumeister y Leary, 1995; Brewer, 1991; en Briñol et al., 2007).

¿Por qué nos interesa el estudio de actitudes? Este resulta muy relevante para la comprensión de la conducta social humana por diversas razones (Briñol et al., 2007) y es un objetivo en nuestro estudio analizar las actitudes preponderantes presentes en las experiencias de DyA a SSM para poder problematizar mejor el fenómeno desde la propia comunidad (y a su vez, desde este punto podrían partir vías de solución). Las razones que más nos interesan aquí incluyen:

- 1) Las actitudes guardan una *estrecha relación con la conducta*: influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas. Mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios (op. cit).

- 2) Permiten *conectar conductas individuales con su contexto social*: estas reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a los que pertenecen los individuos (op. cit.).

- 3) *Cambios en las actitudes de las personas pueden cambiar el contexto*: posiblemente las normas sociales de un grupo o comunidad puedan cambiar si las actitudes de un gran número de sus miembros cambian. Por ello, el estudio de cómo se adquieren y modifican las actitudes resulta esencial para comprender las bases de posibles cambios más amplios (op. cit.).

En nuestra salida a campo, a la hora de hablar con miembros de la comunidad de CE, debemos tener en cuenta la advertencia que dan Briñol et al. (2007) sobre distinguir la fuerza-debilidad de las actitudes que se presenten al indagar con nuestras preguntas sobre la elaboración mental detrás de ella:

“No todas las actitudes son iguales a la hora de influir sobre el procesamiento de la información y la conducta. Unas actitudes, a las que denominamos fuertes, tienen mayor probabilidad de producir estos resultados que las llamadas actitudes débiles. En comparación con estas últimas, las actitudes fuertes son más extremas, accesibles, estables, resistentes y con mayor capacidad de predecir la conducta, [...] son menos ambivalentes y se mantienen con una mayor confianza y seguridad que las débiles. El que las actitudes tengan más o menos fuerza depende sobre todo de la cantidad de pensamiento y elaboración implicada en su formación y cambio. En términos generales, cuanto mayor es la elaboración mental, mayor será la fuerza de la actitud” (p. 489).

A este respecto, se afirma que: “Las actitudes se pueden medir de muchas formas, desde preguntar directamente a la persona cuánto le atrae un determinado objeto o propuesta, hasta registrar sus comportamientos no verbales o la velocidad con la que responden a estímulos relacionados con el objeto de actitud” (Briñol et al., 2007). Puntualmente en este trabajo investigaremos qué actitudes preponderantes están presentes en las experiencias de DyA a los SSM, indagaremos la valoración positiva, negativa o neutra de estas preguntando de forma directa sobre ellas y analizaremos las narrativas recabadas buscando indicar fuerza o debilidad de ellas genéricamente desde inferencias teóricas.

Tanto desde las representaciones sociales como de las actitudes analizadas en los relatos recopilados, buscaremos relevar orientaciones o predisposiciones de las personas a cualquier acción vinculada con la DyA a SSM de su comunidad.

Es fundamental para nosotros adentrarnos en la mencionada temática de la *narración de relatos*, ya que será por esta vía por la que accederemos a las representaciones sociales y actitudes que esta comunidad sostiene sobre la DyA a servicios de salud mental según su propia experiencia. Para esto, seguiremos las ideas de Bruner (2003) y el análisis que Siciliani (2014) realiza sobre ellas. Este último sostiene que en la obra de Bruner “es posible identificar doce funciones específicas del relato que dan razón de su sentido y de sus funciones en la vida humana”, de las cuales hemos seleccionado las de mayor relevancia para nuestros fines:

A. Narrar es una actividad intersubjetiva radicalmente cultural: “Bruner llega a hablar de la cultura como una comunidad interpretativa, como una comunidad narrativa que por medio de relatos propone modos de convencionalización de los desequilibrios y de los conflictos de intereses que hay entre los seres humanos” (Siciliani, 2014). Buscamos penetrar en las narraciones de esta comunidad, en las narraciones que ulteriormente construyen a esta comunidad en tal, al ser esta actividad intersubjetiva el tejido de su cultura común. “La cultura no es tanto una estructura institucional como un modo de interpretar el mundo de acuerdo con otros’ (Geertz, citado por Bruner, 2003, p. 75). [...] la cultura es siempre local, no universal y eso está en profunda armonía con el relato, que es, etimológicamente, una forma de conocimiento singular” (Siciliani, 2014).

B. Narrar es un acto interpretativo que hace del relato una versión de una vida humana o de una comunidad cultural: Siciliani (2014) nos dice que para Bruner, “contar es definitivamente un acto interpretativo”. El autor extrae así que “no hay, pues, relato neutro. Nosotros narramos siempre desde una perspectiva particular. [...] Entonces, nunca narramos teniendo una ‘mirada desde el Olimpo’ sino desde perspectivas alternativas que nos dan la libertad de ‘crear una visión correctamente pragmática de lo real’ (Bruner, 2003, p. 42)” (Siciliani, 2014). Esto nos es particularmente pertinente, ya que coincide con nuestro enfoque que prioriza a las diversas voces de la comunidad en la descripción de sus propios problemas sociales, con todas sus *perspectivas alternativas y particulares* que crean esa *visión correctamente pragmática de lo real*, versus imponer verticalmente definiciones de problemas y soluciones desde preconceptos y/o supuestos saberes. De la misma manera, la muy válida advertencia de Siciliani (2014) será tenida en cuenta: “El conflicto de interpretaciones aparece, y su solución dependerá sobre todo de la función que dichos relatos cumplan con respecto a la persona y a la cultura”.

C. Narrar es una actividad que modela la mente del ser humano: muy en línea con lo anterior sobre la importancia otorgada a las perspectivas fundadas en la comunidad, “lo que hace el acervo

narrativo es permitir a cada ser humano unos modelos para comprender el mundo. Es en ese sentido que se puede afirmar que la narrativa modela la mente humana como instrumento de percepción del mundo” (Siciliani, 2014).

D. *Narrar es una actividad que modela la experiencia del mundo*: “Se puede decir que la experiencia en sí misma es amorfa, sin estructura, confusa. [...] El relato es un medio humano privilegiado para darle forma a la experiencia” dirá Siciliani (2014), siempre tomando a Bruner (2003). En combinación con la función anterior, entendemos que al analizar relatos estamos presenciando la forma en que toman forma tanto los modelos para comprender el mundo como la experiencia que se obtiene de este: “es por el relato que la experiencia llega a ser experiencia: porque es contada, y al producirse el relato de la experiencia, ésta adquiere significado humano” (Siciliani, 2014). Al indagar, preguntando, sobre la experiencia que la comunidad tiene sobre la DyA a servicios de salud mental, quizás nosotros nos llevemos un relato pero nuestros entrevistados/as -quizás alguna/o por primera vez- pueden llevarse su propia experiencia puesta en palabras, cobradas de significado.

E. *Narrar es una forma de aprehender y dar sentido a la realidad*: “Es por el relato que los seres humanos pueden referirse a ciertas realidades concretas. Se diría que el relato tiene el poder de ‘concretizar’, vía la metáfora, ciertas realidades que de otra forma quedarían en la penumbra. El relato, en ese sentido, arroja una luz que permite ver la realidad” (Siciliani, 2014). Justamente, una de nuestras principales intenciones es dar visibilidad y hacer aprehensible la realidad de quienes son atravesados por la pobreza y la informalidad urbana.

F. *Narrar es un acto intencionado con una fuerza pragmático-comunicativa potente*: “Si narramos, no es solo con una intención estética, sino con una intención pragmática. Dicho de otro modo, todo relato tiene un objetivo: ‘Aquello que un hablante pretendía al contar (una historia) a tal oyente en tal circunstancia’ (Bruner, 2003, p.44)” (Siciliani, 2014). El autor aquí nos da otra advertencia contra nuestra propia ingenuidad a la hora de escuchar narraciones: debemos situarlas en ese “horizonte pragmático” y con ello “desmentir toda posición neutral del narrador, y entrar más bien en la conciencia de que en todo relato hay una oferta de mundo” (Siciliani, 2014).

G. *Narrar es pensar y promover mundos posibles y proyectos de vida realizables*: “El relato no puede permanecer en lo real, su morada no es lo familiar sino lo posible [...] (Bruner, 2003, p. 77)” (Siciliani, 2014). Esta función del relato nos es fundamental en nuestras intenciones más profundas: ulteriormente, no sólo nos interesa dar una descripción de las problemáticas sociales siendo fieles a las representaciones sociales de la comunidad, sino también justamente movilizar pensamientos, posibilidades de cambio, proyecciones de acción colectiva -retomando el concepto de problema social de Horton y Leslie (1955)-. “El relato no solo invita a lo posible, sino que tiene que ver con las expectativas truncadas, que son su impulso (Bruner, 2003, p. 49)” (Siciliani, 2014).

METODOLOGÍA

Para abordar esta investigación nos proponemos realizar un estudio de campo entrevistando a miembros de la comunidad del barrio Costa Esperanza. Para esto se diseñará un único instrumento: una entrevista semidirigida que permita a los/as entrevistados/as expresar sus conocimientos, experiencias, creencias y valoraciones en torno a la DyA a los dispositivos de consulta o tratamiento disponibles.

La población objetivo de las entrevistas sobre DyA serán exclusivamente actores sociales miembros/as de la comunidad de CE que actualmente habitan el territorio en donde el barrio se ubica.

La muestra será no probabilística, inicialmente elegida de forma discrecional, hasta alcanzar saturación teórica. El método de muestreo se justifica sobre un buen conocimiento de ciertos individuos más "representativos" o "adecuados" para los fines de la investigación, como por ejemplo, personas con experiencias en problemáticas relacionadas a la salud mental y al consumo problemático -propias o de familiares-, vecinas y vecinos históricos del barrio, personas que dirigen o participan en organizaciones comunitarias -centros culturales, jardines de infantes comunitarios, comedores y merenderos, colectividades latinoamericanas, centros de formación de oficios, entre otras- y tienen vínculos con numerosos miembros de la comunidad y diversos estratos de esta.

Como condición previa obligatoria para avanzar con cualquiera de las entrevistas, se implementará un Consentimiento Informado (CI) por escrito que deberá ser leído, explicado, entendido y firmado por quienes participen de la entrevista. Este CI expresará el quién, qué y porqué de la entrevista, sus propósitos, alcances y límites; la voluntariedad para realizarla, detenerla o prestar los datos obtenidos; se advierte la presencia de preguntas sobre temas sensibles que podrían producir emociones variadas; se aclaran los fines académicos y sociales de la investigación, que no habrá una retribución económica a la persona entrevistada y que la investigación no se comercializará ni generará una ganancia económica para ninguna parte involucrada; se garantizará la confidencialidad de datos personales identificatorios (ej: el uso de pseudónimos); se aclarará que la entrevista estará siendo grabada para su posterior transcripción por escrito, la cual figurará en la presente investigación (ver Anexo 1), y que podrían hacerse escuchar fragmentos de esta a un grupo docente tribunal que evalúe la investigación.

En el *primer capítulo* nos dedicaremos a la descripción de nuestro instrumento de entrevistas semidirigidas con el que saldremos al campo para recopilar las narraciones. Con ellas podremos abordar los siguientes temas.

Ya empezando a analizar las narrativas recogidas, nuestro *segundo capítulo* emprenderá una problematización inicial y contextual: buscaremos destacar los problemas de salud mental más representativos en la comunidad, así como nos detendremos en la cuestión de si existe o no una autopercepción como usuarios desde la definición que se le otorga a ese rol. A su vez, validaremos la existencia de un problema de demanda insatisfecha⁴ a profesionales locales, desde la desorientación para acudir a ayuda, la narración de malas experiencias intentando realizar alguna consulta o tratamiento de salud mental, y el pasado y presente de la atención en el barrio CE.

El *tercer capítulo* será donde examinaremos propiamente la disponibilidad de dispositivos de consulta y tratamiento de salud mental para la comunidad de CE, emparejando respuestas sobre la existencia de dichos dispositivos en los niveles de ámbito público y privado dentro de la localidad del barrio en cuestión y en las localidades linderas. Tanto para este capítulo como para los dos siguientes, nos apoyaremos siempre en el análisis de los contenidos presentes en las narrativas que identifiquemos cómo más relevantes, así como las actitudes preponderantes presentes en las experiencias narradas, según la valoración de las mismas y buscando indicar sus componentes y su fuerza o debilidad desde inferencias teóricas, según lo posibilite el caso.

En el *cuarto capítulo* investigaremos la accesibilidad a estos dispositivos registrados, identificando las barreras de acceso que se colocan entre los usuarios y los servicios disponibles, y determinando la forma en que estas obstaculizan o limitan el acceso a la salud mental clasificándolas dentro de cuatro dimensiones de la accesibilidad: socioculturales, geográficas, financieras y administrativas.

En un *quinto capítulo* nos preguntaremos sobre la importancia dada al asunto de la salud mental durante el tiempo, así como por las representaciones sociales y actitudes que orientan y predisponen a la acción colectiva. Veremos cómo esto interactúa con las conclusiones extraídas en los capítulos anteriores.

Finalmente, en una sección aparte, terminaremos nuestro recorrido repasando y relacionando las principales conclusiones de nuestro estudio de campo, ensamblando lo aprendido para poder dar respuesta a nuestras preguntas y objetivos iniciales, y validando el problema planteado con narraciones de primera mano. De esta manera, generamos aportes en un campo cuyo objeto de estudio se caracteriza por estar comúnmente aislado y marginalizado, pudiendo dar visibilidad y voz a esta comunidad.

⁴ Entendiendo *demandas* como una necesidad y búsqueda de ayuda ante una situación negativa específica.

DESARROLLO

1. INSTRUMENTO DE CAMPO: ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

Como hemos adelantado, el instrumento elegido para la recolección de datos en campo ha sido la entrevista semidirigida, justamente por la flexibilidad que esta técnica aporta en una investigación de corte cualitativo como la nuestra, con recopilación de narraciones, pudiendo ajustarse al hilo conductor de los relatos de las personas entrevistadas y sin perder foco en las temáticas que se buscan abarcar.

A continuación, la Figura 1 nos ofrece a simple vista la guía de preguntas preparada para orientar las 6 entrevistas que se llevaron a cabo. Cabe aclarar que las preguntas no necesariamente fueron llevadas en el orden aquí presentado, ni pronunciadas exactamente a como figuran redactadas. He aquí los motivos de elección del método y la diferencia con una entrevista cerrada: se priorizó dejar fluir el relato de los actores sociales entrevistados, amoldándonos a ellos (hasta cierto punto), versus a respetar estrictamente el orden y forma de una lista de preguntas. Y he aquí la diferencia con una entrevista totalmente abierta: a su debido tiempo, se buscó guiar las narraciones pasando por todas las temáticas de nuestro interés. En el Anexo 1 al final de esta investigación pueden apreciarse las transcripciones de nuestras 6 entrevistas.

Recordemos que nuestros actores sociales elegidos, siguiendo la definición de Matus (1992), son personalidades (u organizaciones o agrupaciones humanas; en la mayoría de nuestros casos, son representantes directivos de ellas) que en forma estable o transitoria tienen capacidad de acumular fuerza, desarrollar intereses y necesidades, y actuar produciendo hechos en situación. Estos actores sociales dirigen o participan en organizaciones comunitarias como centros culturales, jardines de infantes comunitarios, comedores y merenderos, colectividades latinoamericanas, centros de formación de oficios, y tienen vínculos con numerosos miembros de la comunidad y diversos estratos de esta, siendo referentes en sus ámbitos, además de ser vecinos/as históricos/as del barrio y estar empapados de su cultura común. Podemos hacer eco aquí de la definición tripartita de comunidad de Krause (2001), lo cual nos resulta muy adecuado, ya que es a través de sus narraciones que buscamos penetrar en esta comunidad, sus representaciones sociales y sus actitudes.

Figura 1

Guía de Entrevista

CAPÍTULO	TEMÁTICA	N°	PREGUNTAS	
-Salida a campo-	Selección de actores sociales, introducción y Consentimiento Informado	0	Previo a la entrevista, se da una breve introducción a la temática de esta junto con la lectura y explicación del Consentimiento Informado, que se firmaría para poder proceder.	
-Cap. 2- Problemas de salud mental, rol de usuarios/as y demanda insatisfecha	Problemas de salud mental más representativos	1	¿Cuáles cree que son los problemas de salud mental más comunes presentes en su barrio?	
	Rol autopercebido de usuario/a	2	¿Qué significa para vos/usted "ser usuario/a" de un sistema de salud mental?	
	Problema de demanda insatisfecha a servicios locales; la comunidad como usuaria	Demanda insatisfecha	3.a	¿Pensás que existen dificultades o problemas de salud mental para los cuales hay o no hay respuesta/atención en el barrio o en zonas próximas?
		Pasado vs. presente de la atención en CE	3.b	Según tu opinión, ¿siempre ha sido así o era distinto en el pasado?
Desorientación para pedir ayuda		3.c	¿Te pasó o sabés de alguien a quién le haya pasado de sentirse perdido respecto de no saber a quién acudir para pedir ayuda?	
	Malas experiencias vividas	3.d	¿Has tenido alguna mala experiencia o sabés de alguien que ha sufrido alguna mala experiencia intentando realizar una consulta con algún profesional de la SM?	
-Cap. 3- Disponibilidad a SSM	Disponibilidad de servicios: ámbito público y privado	Representaciones Sociales	4.a ¿Existen profesionales disponibles que brindan SSM públicos, privados o por obras sociales en el barrio o en zonas próximas? ----- 4.b [Si 4.a es afirmativa] ¿Quiénes son? ¿Dónde se encuentran?	
		Actitudes	5 ¿Qué piensa sobre los servicios disponibles que dan (o no dan) estos profesionales?	
-Cap. 4- Barreras de acceso a SSM	Barreras de acceso: Socioculturales, Geográficas, Financieras y Administrativas	Representaciones Sociales	6 ¿Hay barreras de acceso que impidan llegar a profesionales de SM que ofrecen sus servicios?	
		Actitudes	7 [Si 6 es afirmativa] ¿Qué opina al respecto de estas barreras de acceso?	
-Cap. 5- Predisposición a la acción colectiva	Importancia de la salud mental en el tiempo	8	¿Siempre se le dio la misma importancia al asunto de la salud mental?	
	Responsabilidad y predisposición a la acción colectiva	9.a	¿Cree que haya algo que desde la comunidad se esté haciendo o se pueda hacer al respecto para cambiar la situación actual?	
		9.b	¿Qué piensa sobre estas acciones (o de la falta de ellas)?	
	Espacio libre	10	¿Agregaría algún dato o cuestión relacionado con lo que venimos hablando hasta ahora?	

2. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, ROL DE USUARIOS/AS Y DEMANDA INSATISFECHA

Esta sección emprende una problematización inicial previa a enfocar en la disponibilidad y la accesibilidad a servicios de salud mental. Para ello, empezaremos dando respuestas al primer cuerpo de preguntas en nuestras entrevistas: según los relatos de los actores sociales, identificaremos los problemas de salud mental más comunes presentes en el barrio, daremos evidencias de una demanda insatisfecha a consultas y tratamientos (que abre lugar a plantear la pregunta de si existe un problema de disponibilidad, de accesibilidad o de ambas) e identificaremos la presencia (o ausencia) de un rol autopercebido de usuarios/as de un SSM. También incluiremos situaciones concretas de desorientación para pedir ayuda y de malas experiencias, intentando realizar alguna consulta o tratamiento con profesionales de la SM. Las respuestas fueron variadas, según los ámbitos de cada quien, además de sus experiencias personales y de sus conocidos en la comunidad; trataremos de aprovechar esa diversidad para apreciar mejor la compleja trama de situaciones que se viven a diario. También hubieron puntos en común, que destacaremos para realizar inferencias teóricas más generalizables al contexto de esta comunidad.

Ante la pregunta que dió inicio a todas las entrevistas, sobre los problemas de salud mental más comunes presentes en el barrio, pudimos distinguir cuatro grandes problemáticas relacionadas a la salud mental. Las presentamos aquí en las palabras de sus narradores^{5 6}:

Problemática de adicciones por consumo de drogas y/o alcohol

- “Lo que más vemos nosotros es con respecto a la adicción que hay, por el tema de que los chicos que consumen mucho después ya tienen hecho mierda la cabeza. [...] cuando ellos están pasados de rosca con la... con la merca digamos así. Porque acá no es que fuman un porro, no, acceden a la merca, la merca está muy cortada y claro, cuando ellos consumen no quieren una bolsita en una noche, quieren más, y más, y más, y más porque ya no les alcanza” (Beatriz H.).
- “El más común es el tema de adicción... [...] después de la pandemia llegó todo. No hay... Osea está todo acá en lo que es el barrio, está todo. Y más lo que llegó y lo que está cada vez más fuerte es el tema de las pastillas. Lo que ya venía pero ahora está muy, ya es algo

⁵ En todo momento haremos uso de pseudónimos para referirnos a las personas entrevistadas.

⁶ Como puede apreciarse aquí y en análisis siguientes, algunas situaciones descritas son clasificables en más de una problemática y están íntimamente relacionadas (ej: problemas de conducta en niñez con casos de violencia doméstica, depresión y ansiedad con casos de violencia de género, consumos problemáticos y depresión con el aislamiento en la pandemia, y un largo etcétera). Todo nos remite a la compleja matriz de problemáticas sociales que componen la pobreza y la informalidad urbana.

normal, como decir... Y después están los polvitos mágicos como le dicen... [...] Y, imagínate que están hasta con la nafta ahora. Está también acá. [...] Después de la pandemia es como que, quedó muy complicado todo. Más el tema de juventud, a los jóvenes a los que más estamos perdiendo con todo eso. [...] Y también en los chicos. En lo que es ayudarle a los chicos por el tema de acá la adicción acá se está yendo... [...] A partir de 12 años para arriba... Y si no es menos, también. Empieza de la escuela. Y tampoco en un colegio, también tendría que haber una ayuda para estos chicos, porque para que haya todo eso debe haber un problema y solamente un profesional puede ayudar y puede entender ese problema” (Estefanía D.).

- [Se apura a responder la pregunta] “Adicciones... [...] Y después en adultos, creo que sí es adicciones y mucho tema de la depresión y esas cosas, porque la gente vive encerrada en una pieza. No tiene conexión con otros, ni con su propia familia a veces” (Miranda F.).
- “En el barrio hay mucha droga... mucha droga. Y a veces es mental, se vuelven locos” (Wanda H.).
- “Los que lo estamos pasando mal, más mal que el adicto, somos la familia, porque nos duele, porque estamos consciente de la realidad. [...] Ahí hay peleas de narco, ¿viste? Peleas de territorio. Entonces vos corrés el riesgo de que vayas a comprar y...” (Beatriz H.).
- “Hay muchos, mucha juventud que se dedica a la droga, al robo y todas esas cosas de la delincuencia” (Santiago T.).
- “A Marisa [pseudónimo de otra vecina] con su hijo que decidió irse a vivir en la calle. Quiere consumir. Porque quiere vivir en ranchada. Y estar todo el tiempo, ver por dónde será que está, es difícil. Marisa está peor que yo en ese sentido, porque él decidió... no vivir con la mamá, en una cama limpia, abrigada... decidió volcarse a vivir y dormir en la calle y drogarse y estar ahí... Es como muy jodido el consumo” (Beatriz H.).

Problemática de trastornos en niños/as

- “Los problemas de salud mental que más tenés en el barrio es, este, trastornos en el habla, trastorno físico también, producto de agresiones, cosas que han pasado durante y post pandemia, más en este tiempo en niños... En niños, sí. [...] Los chicos tartamudean o directamente no hablan, o hablan pausado, o su habla es con temor. ¿Sí? Por poder expresar las cosas que a ellos les pasan y sus pares o las personas que están a su cargo,

responsables, no los pueden entender. [...] Trastornos de la conducta, están agresivos, a veces toman un juguete o lo arrojan directamente con señal de enojo, o como que no toleran tampoco la disciplina o la corrección del responsable que es la maestra, ¿no? 'No, eso no se hace' y como que de enojo tira la caja o a veces empuja a la docente o arroja el juguete a su compañera. No acepta el no como respuesta, si no se hace como una barrera a la cual la otra persona no puede acceder. Y es preocupante. [...] yo estoy notando, estoy viendo el día a día con los nenes que los nenes no están bien y necesitan ayuda, ayuda de un profesional" (Nadia Q.).

- "La conducta, especialmente la conducta, porque yo trabajo con niños y los médicos dicen que la conducta del niño no es normal y que necesitan un psicólogo o necesitan que alguien le escuche, y no hay turnos para eso. [...] Pegan, gritan, tiran cosas, tienen muchas actitudes para un psicólogo. [...] Que los niños en estos tiempos necesitan porque hay papás separados... Y se deprimen los nenes, porque a pesar de todo se deprimen. Hay papás que se separaron, o mamás que se van [...] Especialmente los niños ahora que los padres se están separando, que los padres no tienen plata, que a veces están viviendo en la pobreza... Y a veces hay niños que le agarran locura, ¿no es cierto? Y depresión" (Wanda H.).
- "Lo que más hay acá es de niñez... Y, también algunos de... creo que son los maltratos, que quedan muchas secuelas. [...] Mucho maltrato. De los padres a los niños. Y no hay nadie quien los ayude, y no hay nadie quien los contenga" (Estefanía D.).
- "Todo lo que es cuanto la psicología de los niños en forma general [...] a través de los padres, que creo que somos los que transmitimos la preocupación y los chicos lo asumen mucho más rápido eso. [...] Por ejemplo, los chicos en su forma de ser, su personalidad llegó a afectar bastante. [...] En la escuela, en el trato mismo familiar, el trato es distinto a lo que era más antes" (Santiago T.).
- "El tema en los chicos, es por el tema del bullying por ser extranjeros" (Miranda F.).

Problemática de consecuencias de violencia de género y violencia doméstica

- "[...] mujeres con el tema de desequilibrio total, emocional, pidiendo ayuda del no saber cómo, cómo hacer, ataques de pánico, llanto, desesperación, aún por pérdidas también" (Nadia Q.).

- “Otro es depresión. También hay depresión, lleva a eso. Hay gente en depresión, ¿viste? Muchas mujeres que tienen depresión porque falta que... se separan, o violencia de género [...] también hay de violencia de género, que también agarra esa locura, esos ataques ¿no es cierto? Que he visto yo. Y esos ataques... hasta la encerraron en un lugar donde están los psicólogos, en un hospital. [...] Tenés muchas situaciones en el barrio. Tenés niños violentos, mujeres violentas y hombres violentos, y de droga y todo...” (Wanda H.).
- “Hay mucho y más las mujeres. Porque estamos acá en lo que es el barrio, que... que son de otras provincias y vienen con otras culturas. Y esas culturas como que... son mucho del maltrato. Como que ellos lo veían bien al maltratar a la mujer, pegarle a la mujer. Y como que esas mujeres no tienen mucha ayuda y como que acá hay mucha necesidad” (Estefanía D.).

Problemáticas asociadas a consecuencias de la pandemia por el Covid-19 (depresión, agresión, ansiedad, soledad, adicciones, etc), no necesariamente estructurales

- “Durante la pandemia, empezó el otro problema que es la gente que quedó sola. Que es lo que te decía hace un rato que es la gente que estuvo... que alquila una pieza, viene de otro país, viene a trabajar, alquila una pieza y de golpe se quedó sin trabajo y queda encerrado en una pieza. Y son esas personas que están con depresión, que empiezan a consumir, y consumen o alcohol o empiezan con la droga directamente. Que eso fue lo que aumentó de una manera impresionante durante la pandemia” (Miranda F.).
- “[...] es visible, tangible que la gente está toda alterada, están emocionalmente mal, los veo a todos alborotados o agresivos en actitudes con cosas que pasan cotidianamente pero no las pueden manejar” (Nadia Q.).
- “Creo que muchos llegan a la locura por la depresión, por falta de amor, por falta de cualquier cosa siempre llegamos a eso” (Wanda H.).
- “Acá en el barrio hay muchos problemas... Esto resultó así siempre desde el inicio del barrio, pero lo último fue, digamos, en la pandemia que lo pasamos mal” (Santiago T.).

Rol autopercebido de usuario/a

Junto a las problemáticas relacionadas a la salud mental nos topamos con el otro interrogante que surge de inmediato: si existe o no un rol autopercebido de usuario/a de un sistema

de salud mental. Ante la pregunta de qué significa o qué se requiere para ser usuario/a, el repertorio de respuestas ha sido quizás el más variado y menos coincidente de todos, yendo desde la necesidad de buena salud, a la asociación absoluta con la locura, pasando por una posición financiera a un reclamo al Estado y a los profesionales de salud mental:

- “[...] que yo tenga que... precisar o necesitar de un profesional como para poder tener la salud buena” (Santiago T.).
- “[...] vos sabés que a un adicto vos le decís un psicólogo y ‘yo no estoy loco’ te dice” (Beatriz H.).
- “Para tener una buena salud, buena, todo, tenés que pagar...” (Wanda H.).
- “Para mí es importante [...] me parece que el Estado tendría que estar presente en eso para que nosotros podamos solucionar el problema de... la problemática, que nuestros hijos están en consumo” (Beatriz H.).
- “Para mi, [para ser usuaria de un sistema de salud mental] hace falta más personas que, que estén, que quieran y que amen lo que estudiaron, porque hay muchos que estudiaron pero que... en vez de darte una ayuda, te generan un problema. ¿Por qué? Porque después como que se dan cuenta que no aman lo que hacen y no ayudan como tienen que ayudar” (Estefanía D.).
- “No sé... No sé, mirá... Yo fui por un tema hace un par de años... A mí... Después de tener un problema con una persona que me acosó, tenía que ir al psicólogo; creo que tuve tres sesiones y... no había abasto así que tuve que dejar. No tenían espacio. Así que, eso es lo único que tengo en común con la psicología, así que no sé qué es ser un usuario” (Miranda F.).

Ante esta diversidad de respuestas, no obstante es extraíble un punto en común: ninguna de ellas exhibe indicios de auto-apercebimiento como usuaria/o, ni cuando se preguntó directamente por ello, tampoco indirectamente a lo largo de todas las preguntas, en todas las entrevistas. Con estas respuestas y la previa descripción de las problemáticas, cae de maduro que debemos averiguar más explícitamente sobre la insatisfacción de la demanda presente así como de los intentos pasados y actuales, por satisfacerla.

Demanda insatisfecha

Dada una experiencia territorial previa con un contacto prolongado con la comunidad de Costa Esperanza -como con otros asentamientos informales-, hay ciertas problemáticas que se han dado por sentado desde el comienzo de esta investigación, muy previamente a encarar una investigación de campo. Si bien las conclusiones que extraigamos no son directamente generalizables de un territorio a otro, las condiciones materiales y simbólicas de la pobreza y la informalidad urbana generan patrones de problemas sociales que se reiteran: en otro espacio ya hemos considerado el círculo vicioso de la correlación entre trastornos mentales y pobreza (OMS, 2003b; Sarraceno & Fleischmann, 2009). La demanda insatisfecha previamente asumida fue re-confirmada por los relatos sobre esta (y en los análisis de la disponibilidad y de la accesibilidad, ahondaremos en mayores detalles sobre su condición). En palabras de sus protagonistas:

- “Si, yo tengo a alguien con quien poder contar estas cosas, hablar... pero se necesita mucho esa ayuda. [...] Se necesita, en carácter de urgencia, en carácter de urgencia porque no, no se logra un turno, no se logra algo accesible, como llamar a una persona para que te, te escuche o te dé una pauta o un consejo” (Nadia Q.).
- [Sobre problemáticas siendo o no atendidas:] “No, porque no hay lugares, no hay profesionales, casi. Nadie llega a estas zonas, que es donde más se necesita. Así que no... No” (Miranda F.).
- “Sería bueno tenerlo [a un sistema de salud mental]... De haber, debe haber. Pero nunca pude, los que somos de acá, por lo menos Costa [Esperanza], nunca pudimos acceder a uno...” (Estefanía D.).
- “Siempre hubo demanda insatisfecha... [...] Ahora más en pandemia, mucha llamada de teléfono pidiendo ayuda [...] he sido el 0-800 del barrio” (Nadia Q.).
- “[...] tampoco no hay alguien que les pueda atender a esa familia o a qué es lo que está pasando con los chicos. [...] Por experiencia misma te digo que no [que los problemas de salud mental de la comunidad no tienen respuesta en el barrio o en zonas alrededor]” (Estefanía D.).
- “Yo creo que falta que haya más... realmente psicólogos para niños, lo que más falta pero que esté en el barrio, en el lugar, en las salitas... pero que tengan tiempo para estar más horas y que no tengan de acá a un mes” (Wanda H.).

- “Sin la ayuda de, de un profesional, no podemos acceder a la ayuda o a la contención para ellos, porque hay cosas que nosotros contenemos desde el amor, a veces desde la ignorancia. [...] cuando terminan de consumir esos dos, tres días, después caen y ahí es donde tratamos de estar nosotros y, y decirle que le amamos. Esa es nuestra única herramienta que tenemos ahora en este problema de la adicción con ellos” (Beatriz H.).
- “Sí estuviese en esta parte el Estado, no sé, nos... Nos, nos daría la contención a nosotros, ¿entendés? Por ejemplo, decí vos, ‘bueno, yo sé que me voy ahí, me abrazan, me ayudan y me dicen cómo seguir con mi hijo’, ¿no? Eso no tenemos esa parte. [...] Tenemos ese problema, no sabemos cómo solucionarlo” (Beatriz H.).
- “Yo creo que todas las familias en la actualidad precisan de un profesional porque... pasamos tanta problemática que hay en la vida cotidiana, entonces, vivimos a parte en el barrio Costa Esperanza y bueno, hay... pasamos por distintos tipos de problemas. Por lo tanto sí, necesitamos profesionales. Es muy necesario para todas las familias nuestras en el barrio. [...] Nosotros habíamos solicitado, pedimos profesionales en cuanto, para el trato de, de la infancia, la juventud y para mayores ¿no? Y no hay, no hay ningún tipo de respuesta, creo que es un tanto... puede ser la respuesta económica de parte del Gobierno, del Estado, que se vió. [...] La juventud y la infancia siempre estuvieron perdidos en todo eso” (Santiago T.).
- “Son los pibes que accedieron en un momento a la Escuela UNSAM [Escuela de la Universidad de San Martín], ¿no? Ahí sí había un equipo de contención para los pibes. [...] estos pibes siempre a dónde acuden: a la técnica nuevamente. Por más que ya no están más en la escuela” (Beatriz H.).
- “[...] los únicos lugares que más o menos yo observo que medianamente ayudan a los pibes sin ningún interés son las iglesias evangélicas. Ellos forman su equipo de psicólogos. Obviamente que saben cómo llegarle a los pibes y van recuperando algunos pibes, viste. Medianamente lo contienen. Tampoco es que lo sacan del todo. También depende de cómo usan ellos su fe. Algunos creen mucho y dejan viste” (Beatriz H.).

Desorientación en el pedido de ayuda

A la demanda insatisfecha se le suman dos complementos, que como capas de sedimento, se vienen deduciendo en los relatos recopilados. Hablamos de una desorientación al no saber a quién acudir para pedir ayuda y, su contracara, una acumulación de experiencias negativas

intentando realizar una consulta con algún profesional de la SM. Nótese cómo en todo lo que tiene que ver con la insatisfacción en una demanda *-demanda* como una necesidad y búsqueda de ayuda ante una situación negativa específica- se presentan una y otra vez los cuatro grupos de problemáticas que clasificamos más arriba.

En lo que incumbe a la desorientación para pedir ayuda, se destaca un hilo conductor: el constante apoyo en la propia comunidad, en los referentes del barrio y sus organizaciones comunitarias; en las vecinas y vecinos conocidos que, también viviendo sus propias dificultades en el mismo complejo contexto de informalidad urbana, se prestan para ayudar a otras personas desde algún llamado de empatía, amor, solidaridad o, incluso, por responsabilidad, por desesperación, por no contar con otras opciones:

- “Hay un caso de un nene que el papá está preso y la mamá se fue y necesita un psicólogo, y hasta ahora no se encuentra el psicólogo porque un psicólogo de niños tiene que ser, y... no se encuentra. [...] Desde que yo tengo ese chico, mes y medio o dos [que buscan atención]... [...] En las salitas y en el hospital, pero en el hospital te dan acá a dos meses. [...] En la salita tenés turno pero acá a dos meses” (Wanda H.).
- “No, no podemos, a ver, ¿a quién le vamos a pedir? Nosotros como mamás [...] del espacio [organización comunitaria que dirige Beatriz]... Ahora en este momento somos tres mamás, las más críticas. Entonces ¿qué hacemos nosotros? Hablamos entre nosotras, nos abrazamos entre nosotras” (Beatriz H.).
- “Ahora más en pandemia, mucha llamada de teléfono pidiendo ayuda, de mujeres con el tema de desequilibrio total, emocional, pidiendo ayuda del no saber cómo, cómo hacer, ataques de pánico, llanto, desesperación, aún por pérdidas también” (Nadia Q.).
- “Bueno, acá a la casa vinieron un par de personas que bueno, que... con diferentes tipos de problemáticas, ¿no? Y... la verdad que no supimos en ese momento dónde... nosotros en ese momento decíamos que en los hospitales, que vayan a ver un psicólogo y todo eso ahí” (Santiago T.).
- “Creo que me llaman porque me ven como una persona, como un referente que les puede quizás prestar oído o quizás les puede dar una palabra de calma a la situación que ellos están viviendo, o quizás también como dirección a donde ellos quizás también pueden ir y buscar un lugar. Por ejemplo, si a mí me llaman y me piden ayuda yo sé que tengo que recurrir a X persona de un centro de salud para pedir ayuda, de orientación o de alguna ayuda para esa persona, porque hay cosas que exceden a mis posibilidades. Entonces lo

que hago es pedir ayuda a otros para que esas personas puedan ser contenidas y puedan ser ayudadas en ese tiempo que están pasando, en el nerviosismo, de angustia, de paranoia, de grito, de angustia... no, no ha sido fácil para mí” (Nadia Q.).

- “Y son las personas que en general después toman como al que es referente para consultar o ver dónde ir, o qué hacer; o las familias que buscan... En mi caso, me pasa esto. [...] vienen y me preguntan a mí: qué hacer, dónde puedo ir, cómo puedo conseguir. ‘No consigo un lugar donde atiendan a mi hijo’, ‘no consigo un lugar donde vean a mí mamá’, ‘no consigo un lugar donde atiendan a mi hermano que, por ejemplo, está con adicción y necesita tratamiento psicológico’... Y no consiguen” (Miranda F.).
- “Pero a veces llegan [al hospital] ya sin recibir esa ayuda, muchos llegan aún a la automedicación, al mutilamiento, al automedicarse por no encontrar la salida a la desesperación que están teniendo emocional y psiquiátricamente” (Nadia Q.).
- “[...] en la época antes de la pandemia que había clase, por ejemplo, en el caso de los chicos, sí. Toodos los colegios pedían una psicopedagoga, todos los colegios venían y todos venían a mi casa por el apoyo escolar y buscando una psicopedagoga. Que era... Hay cosas que no... Por ejemplo, yo podía ayudarlos con el estudio pero no con eso. Podía derivarles, decirles ‘mirá, acá hay una que da horarios y otra acá en distintos lugares’, pero no más de eso” (Miranda F.).
- “[...] basándome siempre en la pandemia, bueno, no podríamos acudir a nadie en ese momento porque estábamos, estamos a lo que Dios mande porque... en ese momento no podíamos acudir a ningún lado” (Santiago T.).
- “Mis hermanos también ahora buscaron y tampoco no la atendieron así que la oferta está muy escasa” (Estefanía D.).

Malas experiencias vividas

Es temprano aún para introducimos en la temática de la predisposición a la acción colectiva, pues tendremos todo un capítulo para esto. Pero será importante, cuando abarquemos ese punto, tener en cuenta lo que atenderemos aquí: la acumulación de experiencias negativas, propias o del prójimo, que se vive en la comunidad de CE cuando se intenta realizar (¡o cuando se realiza!) una consulta con algún profesional de la salud mental. Desde un punto de vista cognitivo-conductual, este bagaje de experiencias resulta un refuerzo constante a conductas y cogniciones también negativas

alrededor de la noción de SSM. Desde un punto de vista emocional, como otro componente actitudinal, hay vivencias que podrían considerarse traumáticas.

Desde el punto de vista de la psicología social, nos introduciremos pronto en el análisis de representaciones sociales y actitudes, que ya se dejan vislumbrar en cada línea de nuestras entrevistas. Pero antes, demos voz a las y los protagonistas de estas malas experiencias, buscando empatizar con ellas/os:

- “Yo fui por un tema hace un par de años... A mí... Después de tener un problema con una persona que me acosó, tenía que ir al psicólogo; creo que tuve tres sesiones y... no había abasto así que tuve que dejar. No tenían espacio. Así que, eso es lo único que tengo en común con la psicología. [...] tuve esa experiencia como hace 7 años atrás... Fue fea porque tampoco el psicólogo... no sé, lo tomó como ‘bueeno, no pasa nada, ya está’... Fue fea. Por eso no he vuelto. [...] [Fui a un profesional] público. Porque fue una derivación a través del juzgado. Si, si, porque yo después no salía de mi casa, por los ataques de pánico... Después de que la persona me atacó dentro de mi casa... Llegó a... Más allá de la persecución que fue durante meses, las denuncias y todo eso, un día se metió a mi casa. Y me atacó en mi casa... La persona, bueno también problemas psiquiátricos, qué se yo... Él sí está, estuvo en un lugar, ya está suelto, obviamente. Me mandan a un tratamiento porque pasé meses sin salir de mi casa, había bajado 20 kilos. Y duré creo que sí, tres, creo que no llegué ni cuatro sesiones... Y, nada, se cortó ahí” (Miranda F.).
- “Hace unos días vengo pasando situaciones con niños de mi espacio... Me preocupa. Y llevé un informe a la CAP 14 el día de ayer pidiendo que la citen a la mamá a una asistente social, a una trabajadora social, para que puedan llegar a tener una charla, una consulta con la psicopedagoga infantil del barrio, porque son niños que están pasando cosas... Ha tenido vivencias a nivel sexual en sus casas, con personas anteriores que los han cuidado durante la pandemia y los chicos se encuentran hoy dañados en su, en su mente... Creyendo que lo que ellos vivieron hoy es algo normal y no es normal... No es normal para un niño de 5 años decir con sus propias palabras o demostrar con juguetes que eso es algo normal cuando no es normal. Entonces eso me llevó a pedir ayuda para, para esos niños que están pasando por esas situaciones. Tuvimos la charla con la mamá, la mamá en un principio se mostró colaboradora entendiendo la situación, pero no tuve tampoco una buena devolución de parte de la mamá... Tomó como incorrecta mi actitud de hacer ese pedido de ayuda...” (Nadia Q.).
- “Yo tengo una chica conocida, la nena tuvo un problema en la cabeza, ¿sí? Y tenía que estar un psicólogo, ¿sí? Ella buscó, hasta en clínica privada buscó psicólogo y no había turno para mandarle enseguida. Y lo tenía que mandar enseguida porque el problema que tenía ella era

muy grave... Tenía como... que se quería matar. Tuvo que pagar psicólogo. Ahora, ¿cuántas veces fue? Tres. Porque ya no pudo pagar más. Y fue a la clínica y le daban acá a dos meses. Y ella lo necesitaba más rápido. Entonces privado vos lo podés alcanzar, pero si tenés plata. Ahora, ella tuvo tres veces plata y después no pudo mandarla más...” (Wanda H.).

- “No es que dentro de internación está garantizado que él va a salir recuperado. ¿Por qué? Porque ahí dentro mismo está corrompido todo. Entonces le acercan merca. Le acercan... Osea que ahí es peor. El chico sale peor. Entonces cuando sale, sale con más bronca, por todos los casos que tenemos los pibes acá, salen y consumen el doble y hasta ya son mayores y ya caen presos también ya. [...] Él [hijo de Beatriz] tuvo su experiencia muy mala, la droga le hizo que cayó preso. [...] tampoco caer preso sería la solución de él. [...] Es como muy jodido el consumo. Y ella [su vecina Marisa] no, no, no sabe, porque él [hijo de Marisa] no se deja ayudar, no quiere, no quiere. Prácticamente, no quiere ya ayuda. Antes, a ver, se lo internó. Salió peor de la internación. Después por su voluntad, va y a abandona... Va y abandona... Nos cuesta, la verdad que nos cuesta. Después tenemos a Lucas [pseudónimo] que hace el ambulatorio, otro pibe, y que va bien un tiempo y después lo abandona, porque quiere volver y quiere vivir esa vida” (Beatriz H.).
- “Uno por la adicción, que trataron de sacarlo y ayudarla a esa persona. Buscaron todos los medios los padres, en ayudarlo, y no consiguieron ayuda. Los psicólogos que trataron de buscar en la salita no... La atendieron dos veces y después no lo quisieron atender más. Porque dicen que ellos no están aptos para, para ayudar. O si no te derivan a otras personas que no son, vamos a decir especialistas para que te atiendan” (Estefanía D.).
- “Bueno yo, en lo personal y en lo familiar sí [he tenido una mala experiencia]. Con mamá esperando un turno más de 6 meses... [...] Más de 6 meses sigo esperando. Psiquiatría teniendo 86, casi cumpliendo 87 años... Es mucho, es mucho...” (Miranda F.).

El pasado versus el presente de la atención en el barrio

Ante todas estas situaciones, y para terminar de darle forma al escenario en el que nos paramos para encarar el problema de la disponibilidad y de la accesibilidad, nos queda preguntarnos si siempre ha sido así. Preguntarles a las/os referentes de esta comunidad si las circunstancias han mejorando o empeorando con el tiempo.

Los acontecimientos recientes desencadenados por la crisis sanitaria del Covid-19 (que tuvieron lugar a la mitad de esta investigación, previo a la salida a campo) han sido una clara influencia en esta sección y, como hemos visto, en muchas otras. Si bien no ha de sorprendernos que esto haya afectado negativamente el devenir de las circunstancias pasadas en las actuales, por un lado no podemos adjudicar a la pandemia todas las problemáticas descritas; por otro lado, sigue siendo un factor relevante a tener en cuenta para entender el contexto presente e imaginarnos lo que afrontará esta comunidad -y tantas otras- a futuro:

- “Hay chicos eh bueno que ya anteriormente antes de la pandemia ya todavía se necesitaba un profesional. Y con eso, con la pandemia, empeoró” (Santiago T.).
- “Antes, la pandemia y ahora post pandemia, es como que ha acrecentado mucho el tema de salud mental y no alcanza. Ha crecido por la parte emocional, que ha provocado este fenómeno. Ha crecido la demanda muchísimo porque fueron muchas pérdidas que vivieron muchas familias en pandemia, por el tema del... de esta enfermedad el Covid, esto que pasó. Ha dejado chicos huérfanos, familias destruídas y... y hay personas que de alguna forma, lo espiritual han sabido manejarlo, pero en la parte emocional es muy difícil poder construir de vuelta la vida misma, y el día a día sí estamos mal. En nuestros pensamientos, en nuestra vida cotidiana estamos mal porque no sanamos eso de la noche a la mañana. Y algunas veces se despierta en enojo, en ira, en preguntas de porqué a mí... Y a veces se cierran y los chicos o los adultos lo muestran con violencia, ¿sí? Y es lamentable que no haya un servicio que, que se pueda conseguir con rapidez en el barrio para ayudar a la comunidad” (Nadia Q.).
- “También están trabajando mucho los psicólogos por la pandemia, ahora se escucha mucho por eso. [...] [Conseguir un profesional] Se hizo más difícil. [...] [Antes] No, no era fácil eh, no. Pero ahora se ve más difícil. [...] No se conseguía tanto. Ahora se ven más psicólogos porque están charlando más sobre el psicólogo, por los niños. Pero igual no se ve mucho” (Wanda H.).
- “Muy poca gente puede pagar en estos tiempos. En el tiempo de antes podía ser porque había trabajo, había eso. Pero el tiempo de ahora, no, no hay” (Wanda H.).

3. DISPONIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

En este espacio nos abocaremos a capitular la oferta disponible de profesionales y servicios de salud mental tanto en el barrio de Costa Esperanza como en sus alrededores, según las

narrativas de los actores sociales entrevistados. Para esto, nos apoyaremos en la noción de representación social (RS), justamente para entender qué representaciones tiene esta comunidad cuando se le pregunta por la disponibilidad a SSM. Recordemos que conceptualizamos a las RS como “imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede [...]; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (Jodelet, 1986). También, que consideramos que una RS es una forma de conocimiento social, socialmente elaborado y compartido; que es un conocimiento práctico que modela la conducta de nuestra vida en relación a nuestro entorno; y que así participa en la construcción social de nuestra realidad (op. cit.).

Paralelamente, abordaremos las valoraciones de la comunidad sobre los servicios disponibles (o sobre la carencia de ellos), sirviéndonos de sus actitudes. Repasemos: entendemos a estas como “evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas [...] al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad” (Eagly y Chaiken, 1998; Petty y Wegener, 1998; en Briñol et al., 2007).

Como indican Briñol et al. (2007), “las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras y pueden variar en su extremosidad o grado de polarización” y “cuanto mayor es la elaboración mental, mayor será la fuerza de la actitud”, por lo que según qué tan fuertes o débiles sean las actitudes de los actores sociales, estas influyen distinto en su procesamiento de la información y su conducta. Las fuertes son “más extremas, accesibles, estables, resistentes y con mayor capacidad de predecir la conducta, [...] son menos ambivalentes y se mantienen con una mayor confianza y seguridad que las débiles” (op. cit.), por lo que trataremos de posicionar estas variables de positividad-negatividad y fuerza-debilidad en las valoraciones de los actores sociales para poder hacer inferencias teóricas sobre las actitudes de la comunidad sobre los SSM disponibles -o ausentes-.

Recordemos también que las actitudes constan de tres componentes: uno cognitivo, otro afectivo y otro conductual (op. cit.). Nos interesa ubicar estas actitudes porque estas guardan una estrecha relación con la conducta individual, permiten conectar conductas con su contexto social y porque los cambios en las actitudes de las personas pueden cambiar su contexto (op.cit.). Para facilitar este ejercicio, hemos clasificado las RS y actitudes en torno a la disponibilidad según refieran a un ámbito público o a un ámbito privado.

Disponibilidad de servicios: ámbito público

Lo que más surgió al preguntar sobre disponibilidad en general fueron las RS sobre profesionales y servicios de SM en hospitales y “salitas” / Centros de Atención Primaria (CAPs). En palabras de nuestras/os entrevistadas/os:

- “Nosotros siempre decimos que pregunten en un hospital, que tiene que haber un médico, un psicólogo... Pero otros lugares, yo veo en algún lugar donde el psicólogo es particular, pero algo del Estado no lo ví en ningún lugar. Por lo tanto... Es muy necesario, yo no encontré uno. [...] Al [Hospital] Bocalandro y bueno, los hospitales yo generalizo que deben tener. [...] De hospital tenemos el Castex, y podría ser el Thomson... Bueno, esos son los más cercanos, no hay otros” (Santiago T.).
- “El hospital es el Hospital Castex, que está a ¿cuántos son?... No sé cuántos kilómetros son. Y acá Bocalandro no tiene por ejemplo, no tiene psicología y psiquiatría acá. Que es el hospital más cercano. El Hospital Castex sí... Pero el Hospital Castex sólo recibe con una derivación de algo urgente: intento de suicidio y esas cosas. De otra manera, no hay atención. Luego está en el centro de San Martín el Pichón Riviere, pero bueno, no tiene capacidad tampoco” (Miranda F.).
- “[...] también hay de violencia de género, que también agarra esa locura, esos ataques ¿no es cierto? Que he visto yo. Y esos ataques... hasta la encerraron a un lugar donde están los psicólogos, en un hospital. [...] si a ella no la encerraban, no la ponían en un lugar médico... Ella no tendría cómo hacerlo, porque ella necesitaba que todo el tiempo esté con el psicólogo. Hasta le pusieron pastilla, y todo eso” (Wanda H.).
- “Existe el Hospital Castex, que atiende los días martes y jueves, la parte de psiquiatría. [...] Y a veces se llega a una guardia de psiquiatría como la del Hospital Castex, o la del Hospital Fleming, se llega tarde. [...] vemos en los hospitales, en la guardia del Hospital Castex, del Bocalandro... Siempre te dicen: ‘tenés que sacar turno de acá para dos meses para un turno para el psicólogo’, vos lo estás necesitando ya. Vos necesitás hoy tener la charla con esa persona, ya hoy necesitás que te escuchen y... no hay, no existe en el barrio. Ni siquiera un espacio de charla donde uno se puede encontrar y poder quizás charlar de las cosas cotidianas y poder ayudar a la gente, no existe” (Nadia Q.).
- “Pero hallar un psicólogo del Estado, no hay. [...] vamos al hospital, continuamente al hospital. Y a veces tenés turno y a veces no tenés turno. [...] Y si hay, tenés de acá a un mes, o de acá a dos meses, según como es el caso de eso. [...] Cerca hay dos [salitas / CAPs].

Pero la que tiene psicólogo es una. [...] Y hospitales montón... Hospitales hay, está el Castex, está este, el Thompson, está la Belgrano, está el Fleming... [...] mirá que yo voy a la salita, voy a hospitales, ¿sí? Y sé que hay psicólogos, sé que hay en hospitales, todo, porque he visto gente que lleva locos y todo eso” (Wanda H.).

- “Acá en el barrio no hay nada, tenés que irte a Suárez o [centro de] San Martín y que te den la orden y a ver cuando tenés turno también. Y las salitas están desbordadas. No solamente por las adiciones. [...] Y acá en la salita 14 hay una [psicóloga] pero, pobre... no da a basto, es mucha la población acá. [...] hoy no accedés a un turno, hay... muuucho tiempo. Y a veces, cuando te pasa algo con tu pibe vos querés inmediato, ya, ya, ya. No es ya, ya, ya” (Beatriz H.).
- “En el barrio en sí, no... Sólomente hay una psicóloga en el CAP 14 que es una psicóloga que atiende psicología y pedagogía infantil, pero tiene días y horarios... y yo creo que tampoco ella llega a cubrir las necesidades que el barrio necesita” (Nadia Q.).
- “Lo primero es derivarlos si consigo en la salita. En general no se atiende. Te derivan a un hospital mayor que tampoco tiene cupos. [...] En lo público quedan dos salitas y en las dos salitas sólo hay una psicóloga. [...] Una ya no lo tiene y quedó una sólo en la salita 6. En la 14 quedó vacía” (Miranda F.).
- “Acá hay muchos chicos que tienen que ir al psicólogo, muchos no encuentran turno, no hay turnos para niños y entonces no lo llevan” (Wanda H.).

Si bien hay contradicciones menores (ej: si es el CAP n°14 o el n°6 el que tienen presencia de una única psicóloga; si el Hospital Bocalandro tiene o no una guardia psiquiátrica / psicológica), a primera vista podemos ver que hay tres claros consensos (y como conocimiento socialmente elaborado, compartido y práctico, tres representaciones sociales):

- I. No hay presencia de hospitales o salitas *dentro* del barrio⁷.
- II. Sí existen profesionales y servicios disponibles en hospitales y salitas públicas en *zonas próximas*⁸.
- III. Éstos no son suficientes para la demanda existente en CE.

⁷ Esto es constatable con la realidad: todos los hospitales mencionados existen y se ubican fuera de Costa Esperanza; también así los dos CAPs, ambos dentro del partido de San Martín: el n°6 en el barrio El Libertador a 1 cuadra de distancia del límite Este de CE, y el n°14 en el barrio Uta a 2 cuadras del límite Oeste de CE. Recordemos que CE tiene unas 45 hectáreas y para 2019 contaba con al menos 3.244 domicilios (OPISU, 2019).

⁸ “Zonas próximas” fue la terminología utilizada en las preguntas que dispararon estas respuestas; como veremos luego, eso no necesariamente equivale a “accesibles”.

Ya se dejan adivinar ciertas actitudes, ciertas evaluaciones o juicios generales, pero todavía no entraremos en ello.

Luego, dentro del ámbito público, en las entrevistas se mencionaron ciertos programas estatales disponibles (o ausentes) que trabajan con poblaciones o casos específicos:

- “[...] acá en el territorio, tenés gente que trabajan en Sedronar, que supuestamente tienen que hacer los tratamientos ambulatorios” (Beatriz H.).
- “No, acá en el barrio, cuando es la época electoral aparecen psicólogos, psiquiatras, todo... para atravesar esto, ¿no? Una vez que consiguen algo en el municipio, a ver, ponele, mandan a X persona de acá. Esa persona está sentada acá en su oficina, yo no ví ningún pibe que va. Pero tiene el cartel que son de Despegar [programa municipal de San Martín para asistir y acompañar personas con consumos problemáticos]” (Beatriz H.).
- “Si bien vienen de muy vez en cuando algún camioncito de salud, pediátrica o de vacunación; de psiquiatría y psicología nunca, nunca. Hay que ir directamente a los hospitales grandes, pedir un turno y los turnos son tardíos” (Nadia Q.).
- “Uno de los públicos que está funcionando cerca del Hospital Fleming se llama Defensoría del Menor, que nosotros podemos llevar ahí, presentarnos con una denuncia, con una inquietud, y ellos como servicio al barrio, a la comunidad, ellos se encaran a través de... Desarrollo Social de lo que es San Martín, y hacen, de ahí hacen como una red a... de familia. El cual después se le informa a la mamá días y horarios que se tiene que presentar para llegar a no... a un acuerdo o a tener la charla con el psicólogo, psicopedagogo o psiquiatra, depende la situación que viva cada familia, pero son muy... muy tardíos” (Nadia Q.).
- “[...] llegan los que son ‘Servicio Social’ y nada más llega. Pero tampoco no hay alguien que les pueda atender a esa familia o a qué es lo que está pasando con los chicos” (Estefanía D.).

Nuevamente las RS sobre una disponibilidad baja (o incluso nula) de estos programas estatales parecen consensuadas o dominantes. Las actitudes de cada individuo se dejan entrever más explícitamente en forma de evaluaciones negativas, pero volvemos a postergar su análisis en más detalle.

Por último, en cuanto a RS en esta sección, hay ciertos tipos de servicios disponibles que se mencionaron y que no son específicamente públicos (en el sentido de ser o no estatales), pero sí son de ingreso libre y gratuito -razón por la que los incluimos en este segmento y no en el de ámbito privado-. Hablamos de servicios que se originan en organizaciones sociales civiles o religiosas:

- “Y si no tratar de buscar estos lugares, por ejemplo, en adicciones, ‘Adictos Anónimos’, en alcohólicos, ‘Alcohólicos Anónimos’, porque son los únicos lugares que en estos momentos tienen la capacidad para acompañar a esa persona” (Miranda F.).
- “[...] los únicos lugares que más o menos yo observo que medianamente ayudan a los pibes sin ningún interés son las iglesias evangélicas. Ellos forman su equipo de psicólogos. Obviamente que saben cómo llegarle a los pibes y van recuperando algunos pibes, viste. Medianamente lo contienen. Tampoco es que lo sacan del todo. También depende de cómo usan ellos su fe. Algunos creen mucho y dejan viste. [...] hay una iglesia acá en Hurlingham [partido cercano a CE, al sur-oeste] que trabaja mucho con los pibes” (Beatriz H.).

El hilo conductor en estos dos casos, es la respuesta de la comunidad a la problemática del consumo problemático de sustancias, en la búsqueda de afrontamiento con sus propias capacidades organizativas, sus recursos simbólicos y de forma comunitaria (es decir, abierto al público), al problema antes planteado de las adicciones.

Procedemos, ahora sí, a preguntarnos por las actitudes sobre estos servicios disponibles, preguntando: “¿Qué piensa sobre los servicios disponibles que dan (o no dan) estos profesionales?” a los actores sociales. Confirmamos lo que ya se venía entendiendo: las evaluaciones actitudinales de la comunidad en torno a la disponibilidad del ámbito público son casi exclusivamente negativas. Pero además, con una extremosidad o polarización marcadamente negativa. La repetición de esto en distintos segmentos de las entrevistas, y en cada una de ellas, nos hace inferir fortaleza en estas actitudes. Y esto es así para múltiples objetos de actitud: tanto sobre la disponibilidad de *turnos* con profesionales públicos, como en cuanto a los *profesionales* mismos, a los *tratamientos* que ofrecen y a los *programas estatales* a los que pertenecen.

Vayamos puntualmente sobre el objeto de actitud más repetido y más negativamente evaluado: la disponibilidad de *turnos*:

- “Pero al tenerlos lejos, y al ellos mismos encontrarse con que van a ir a pedir un turno y no lo van a conseguir, es como que quedan archivados ellos mismos en decir ‘mi condición es esta y tengo que quedarme con esta condición porque no hay una ayuda rápida, no hay un servicio a la comunidad de mi barrio’. Entonces, si sé que no voy a conseguir el turno mejor

me quedo en la condición que estoy... Y así pasan años, y es muy triste ver a personas que, que están mal en su mente... Los ves pasar años que están mal y nadie les da una solución, es muy triste” (Nadia Q.).

- “Los turnos no se encuentran, y cuando encontrás turno ya... ya es tarde. Entonces no, no, uno no se va” (Wanda H.).
- “[...] los que van al hospital tienen que esperar un turno largo y si tienen suerte los atienden y sino después perdieron el interés y ya no van. Hay bastante, bastantes casos” (Santiago T.).
- “Y es triste, es triste porque no hay una intervención rápida o no hay un turno rápido que permite que esas personas lleguen a estar medicadas o a estar contenidas. También te llegan muy mal y es lamentable que lleguen hasta a veces... pierden la vida o llegan a una hospitalización en algún lugar psiquiátrico porque están muy mal” (Nadia Q.).
- “Con mamá esperando un turno más de 6 meses... [...] Más de 6 meses sigo esperando. Psiquiatría teniendo 86, casi cumpliendo 87 años... Es mucho, es mucho...” (Miranda F.).
- “Si existen [profesionales], sí, existen... Pero de poder llegar a ellos, es muy complicado. [...] Sería bueno tenerlo [a un sistema de salud mental]... De haber, debe haber. Pero nunca pude, los que somos de acá, por lo menos Costa [Esperanza], nunca pudimos acceder a uno...” (Estefanía D.).

Veamos ahora los juicios emitidos sobre los *profesionales públicos* y sobre las *instituciones o programas estatales* en las que éstos trabajan:

- “Hay pocos psicólogos o no quieren trabajar, para mí” (Santiago T.).
- “[...] hay muchas personas que vienen y hablan con los que son de acá, las chicas del comedor, o que están hablando con otras personas que están y que, que no se acercan a un hospital o a una salita o... Porque más allá, no se acercan. También a uno por el trato. Porque los tratos que hay en las salita no son tampoco... no te tratan bien cuando te vas a pedir una ayuda, en vez de ayudarte, salís con... salís mal de ahí. Porque tampoco, no es que, que te tratan bien o que te hablan bien, que te dicen ‘mirá, esto’... [...] porque nadie presta atención en lo que pasa en hospitales y en la salita, nadie lleva lo que es eso, lo que es una ayuda ahí. Todo porque es una salita o porque es un hospital y nadie mira qué pasa con los doctores o cómo tratan o como... nadie le presta atención, están ahí y está bien tienen un director pero el director no... [Silencio]” (Estefanía D.).

- “[...] acá en el territorio, tenés gente que trabajan en Sedronar, que supuestamente tienen que hacer los tratamientos ambulatorios. Pero están sentados, ni buscan los pibes. [...] Te dicen que... Ponele que una mamá en su desesperación va y dice que le quiere internar al hijo, pedir ayuda, te dan vuelta, ‘no’, osea que, mucha burocracia a la hora de acceder a algún tratamiento ambulatorio para los pibes” (Beatriz H.).
- “[...] tiene el cartel que son de Despegar [programa municipal de San Martín para asistir y acompañar personas con consumos problemáticos], que las adicciones, pero en realidad no patean el barrio, no hablan con las mamá, no te digo andá a hablar con el pibe, andá a hablar con la familia. Acá cuando ellos [las familias] van a hablar, ya están desesperados, algunos ya están presos los pibes, porque esto es así viste, la adicción te lleva a estar preso también” (Beatriz H.).

En esta línea, hallamos incluso una actitud negativa en cuanto a la postura y acción del Estado frente a la problemática del narcotráfico (también implica representaciones sociales varias, pero no giran en torno a servicios que sí estén disponibles, por lo que no la incluimos en el apartado previo):

- “Yo creo que a esta altura de cómo está el tema de la droga -vamos a decir la verdad ¿no?-, no podemos pedir una solución para nuestros pibes. Nosotros como mamás, obviamente queremos la solución, pero sí vos realmente miras ese negocio muy grande que el Estado negocia con los narco, entonces a ver... Es difícil entender para nosotros porque sabemos que cada vez va se va a agrandar más, ¿entendés? Esto no, no va a menguar. ¿Por qué? Porque es un negociado. Ellos tienen que tener quien le compre, ¿entendés? ¿Quién lo va a comprar? Nuestros pibes” (Beatriz H.).

En cuanto a los *tratamientos* ofrecidos en el ámbito público, las actitudes no cambian de intensidad ni de polaridad:

- “[...] en lo personal, tuve esa experiencia como hace 7 años atrás... Fue fea porque tampoco el psicólogo... no sé, lo tomó como ‘bueeeeno, no pasa nada, ya está’... Fue fea. Por eso no he vuelto. [Era] Público. Porque fue una derivación a través del juzgado” (Miranda F.).
- “Para mí el tratamiento que están haciendo es como muy, muy... Como tomar una Bayaspirina, ¿viste? No como que los traten bien [...] Osea que como que te tratan como un extraterrestre, y él me dijo [su hijo] ‘No, me voy a volver loco’” (Beatriz H.).

Finalmente, sobre la disponibilidad en el ámbito público, las únicas actitudes registradas con algún grado de positivismo o al menos una fuerza y polarización menor de negatividad: se explicitó o bien apareció acompañada con 'peros' (otras actitudes marcadamente negativas) o se pronunció como expresión de deseo. Estas excepciones nos confirman la regla: las evaluaciones actitudinales de la comunidad en torno a la disponibilidad del ámbito público es marcadamente negativa y fuerte:

- “Y por ahí creo que quizá hay algunos profesionales que sí le gusta su profesión, ¿entendés? Y quiera ponerle el lomo. Pero, ponele, una persona que se fue a poner el lomo en la villa allá, patear patear y el otro que está allá en el escritorio, y capaz que el que viene de patear y el otro está en el escritorio ahí, le jode, le molesta ¿entendés? Capaz que también algunos profesionales tienen buena disponibilidad pero la parte de arriba no, no ayuda... Y acá no hay un adicto... Hay miles (Beatriz H).
- “Y la verdad que sería fundamental que en el barrio hubiera un lugar de escucha a la comunidad y que hubiera médicos que se comprometan con la necesidad de la gente del barrio” (Nadia Q.).

Sintéticamente, algunas conclusiones más son extraíbles sobre la base de los componentes de las actitudes: si bien parecen predominar -o al menos, saltar a la vista- elementos *cognitivos* (pensamientos y creencias de la persona acerca de los objetos de actitud), el componente *emocional* también muestra su dominancia o presencia, y así como el *conductual* (intenciones o disposiciones a la acción, comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud) (Brehm, 1966; Maslow, 1962; Murray, 1955; en Briñol et al., 2007).

Sobre el emocional, se ha mencionado explícitamente lo “triste” que resulta la falta de una intervención rápida y las graves consecuencias de ello (Nadia Q.). También como uno “sale mal” de un hospital o salita por malos tratos (Estefanía D.) o la “fealdad” de una consulta / tratamiento mal llevada (Miranda F.). Pero además, en el entrelíneas -el/la lector/a ya debe haberlo notado- y más aún en los tonos de voz de las entrevistas cara a cara, las emociones más recurrentes en estos segmentos de los relatos han sido frustración y enojo (y nos animamos a decir que la palabra más adecuada pero menos académica sería “bronca”): frustración y bronca por la falta de turnos en todo tipo de caso que no sea una emergencia de vida o muerte (o ni siquiera); frustración y bronca por profesionales y burócratas desmotivados y con malos tratos; frustración y bronca por programas o políticas públicas que literalmente simulan estar disponibles pero no lo están o no funcionan; y frustración y bronca con políticos “de turno” en elecciones y modos perpetuos de operar por parte del Estado.

En cuanto al componente conductual de las actitudes, con altísimo consenso explícitamente se mencionan cómo estas cogniciones y emociones alejan a los potenciales usuarios de asistir a servicios públicos disponibles (Nadia Q., Wanda H., Santiago T., Miranda F. y Estefanía D.), al menos hasta que la necesidad no se convierta en una urgencia (Nadia Q. y Beatriz H.). Que esto sea así, probablemente alimente círculos viciosos de desatención de problemáticas de salud mental, así como también golpea a la predisposición a la acción colectiva. Sobre dicha predisposición, tendremos un capítulo dedicado a ello.

Disponibilidad de servicios: ámbito privado

Ya hemos mencionado que al preguntar sobre la disponibilidad de profesionales y SSM las respuestas se dirigieron en su enorme mayoría al ámbito público. Sea espontáneamente o tras preguntas más específicas, hemos podido recoger algunas representaciones comunes sobre la disponibilidad en el ámbito privado. La RS que primero destaca a la vista, con un mayor número de repeticiones y bastante consenso, es una caracterización de estos servicios: la equivalencia entre el recurso económico (tener el dinero para costear un tratamiento) y la disponibilidad e inmediatez de estos SSM privados -versus lo difícil que resulta en el ámbito público-. En las palabras de nuestras/os representantes de la comunidad:

- “[...] es distinto cuando uno tiene la plata, va donde un profesional, paga y la tiene casi inmediatamente” (Santiago T.).
- “El privado sí va a estar, pero tenés que garpar. [...] Si vos querés tener garantizado algo, cuesta plata. [...] A un privado. Cinco mil pesos el piso. [...] un tratamiento para un pibe [en consumo problemático] hoy creo yo que está alrededor de los setenta mil pesos” (Beatriz H.).
- [Sobre privados: ¿Se encuentran turnos? ¿Hay disponibilidad?] “Sí. [...] Los privados vas vos, no necesitás receta, no necesitás nada. Vas, te presentás, le pedís un turno. [...] Privados hay, varios, pero que tampoco tienen... Osea, los horarios de consulta ya llegan a ser, no sé... hay una de las chicas que sé que va a las 8 de la mañana... Y por ahí ella tiene que ir a trabajar, no puede ir a las 8 de la mañana” (Miranda F.).

Otra cuestión dentro del ámbito privado, es la disponibilidad de SSM a través de una obra social. Como es de esperarse en contextos de pobreza e informalidad urbana, la informalidad laboral es moneda corriente, por lo tanto también lo es la falta de una cobertura médica-asistencial por derivación de aportes de obra social. Tampoco es normal ver que se pueda sostener o acceder a pagar un servicio de cobertura privada, así que una gran cantidad de personas en estos contextos

carecen de todo tipo de cobertura médico-asistencial. Con eso en mente, veamos lo poco que mencionaron los actores sociales sobre esto:

- “Yo tengo a mi hija que dice que... ella va a privado, porque tiene obra social [...] Por el trabajo que tiene, por el trabajo. Entonces ella se va y... le cubre todo” (Wanda H.).
- “[En obras sociales hay] poco. Casi no tienen tampoco. Por eso los padres, en general, vienen a preguntarme a mí por ese tema. [...] En la obra social no hay psicólogos o psiquiatras o psicopedagogos a disposición para tanta gente” (Miranda F.).

Los comentarios recopilados son contradictorios y provienen de experiencias de terceros: una persona que por obra social tiene servicios disponibles y otras que no siempre (o pocas veces). La disponibilidad en obras sociales pareciera menguar según el caso o, al menos, no parecen conocerse experiencias suficientes para emitir opiniones sobre esto: no hemos encontrado una representación social consolidada. No obstante, el dato sí abona a la hipótesis de que en el barrio la posibilidad de acceder a recursos de salud desde la esfera privada es prácticamente nula.

Sobre disponibilidad de servicios privados particulares -según vimos, generalmente considerados existentes e inmediatos al poder pagarse-, nos resta ahondar acerca de las RS puntualmente sobre su disponibilidad *en el barrio o en zonas próximas*⁹. Nuevamente, la conclusión extraída es que nos encontramos con servicios que no se encuentran dentro del barrio pero que sí existen fuera de este, si bien varían en distancias y no siempre son “ceranos al barrio”:

- “[...] otros particulares privados que sería ahí por Suárez [al norte del barrio CE, no limítrofe], ahí por [el centro de] San Martín” (Santiago T.).
- “Y por ahí ella tiene que ir a trabajar, no puede ir a las 8 de la mañana. Pero son de los pocos privados que hay en la zona, cercanos al barrio [...] Cercanos al barrio, y otros van directamente a Capital, porque son más accesibles en Capital que acá. Acá sabiendo que hay tanta demanda, son mucho más caros” (Miranda F.).

Finalmente, nos queda hacer un análisis actitudinal acerca de estos servicios privados disponibles. Recordemos que no buscamos hacer -aún- un análisis de las barreras de acceso, sino poner el énfasis en la valoración negativa, positiva o neutra que la comunidad pueda tener sobre estos servicios disponibles (o ausentes) en sí. Pero para este caso, la disponibilidad de profesionales privados pareciera ser indivisible de la barrera financiera. Una vez más, los comentarios no son

⁹ “En el barrio o en zonas próximas”: en estos términos, se formularon las preguntas.

muchos; una vez más, podemos atribuir esto a una falta de experiencias que formen actitudes más fuertes sobre los servicios y no sólo sobre su accesibilidad:

- “ella [mi hija] va a privado, porque tiene obra social... y ella va y dice que para ella un psicólogo está muy bueno [...] Y si tenés que pagar, te sale muy caro” (Wanda H.).
- “El privado sí va a estar, pero tenés que garpar. Y una mamá no... A ver te digo yo: yo pagar todos los meses por mi hijo y, no se por ahí lo haríamos, pero sabemos que sí cuesta plata. [...] Cinco mil pesos el piso. Y ahí fijate vos cinco mil pesos... ¿Cuánto están cobrando un plan hoy? Dieciséis [mil pesos]... Hay trabajo y no, algunos están desocupados” (Beatriz H.).
- “Más privado... Tenés que tener una obra social o tenés que tener plata, y [tono de énfasis] *tenés que tener plata*. No es que vamos a decir que no, porque lo que sale... Más acá los que somos de acá, de los barrios, que no es que trabajamos y ganamos tan bien. Se trabaja y se gana al día, vamos a decir. Entonces, cuesta mucho más pagar lo que es uno privado” (Estefanía D.).

En el próximo capítulo, nos adentraremos en el análisis de la accesibilidad. Recordemos que originalmente planteamos una pregunta ante el problema de la demanda insatisfecha: ¿se da esta por una falta de disponibilidad de servicios, por un problema de accesibilidad a servicios sí disponibles, o por ambos a la vez? Los resultados del análisis de la disponibilidad ya dejan en claro el porqué este estudio no termina aquí: si bien se observa un claro problema de disponibilidad (sobre todo en el ámbito público) se mencionaron profesionales y servicios existentes y disponibles (tanto privados como públicos). ¿Qué evita que se acceda? ¿Qué factores se colocan entre los usuarios y los servicios, obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria? (Comes & Stolkner, 2004). Ya se han ido anticipando algunas de las *barreras de acceso* que la comunidad reconoce, las estudiaremos en mayor profundidad.

4. BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La falta de turnos en sí habla más de un problema de disponibilidad que de una barrera de acceso *administrativa*, pero la selectividad de casos según qué o quién y los burócratas con mala organización o malos tratos sí pueden serlo, así como también podrían considerarse como barreras *socioculturales*. La disponibilidad de privados particulares parece existir, pero no siempre -o contadas veces- puede pagárselos: las barreras *financieras* ya vienen ocupando páginas en este estudio. Y la disponibilidad de profesionales tanto del ámbito público como del privado existe 100% por fuera del territorio del barrio Costa Esperanza, ¿qué barreras *geográficas* podrían interponerse en un contexto

de informalidad urbana y pobreza? A veces, el problema de la inaccesibilidad viene dado por una combinación de factores, es decir, por más de una de estas barreras de acceso. Incluso es factible que a veces sea por todas ellas.

Antes de que analicemos esto en nuestro estudio de caso, revisemos nuestro método: en el capítulo anterior buscamos distinguir en los relatos las representaciones sociales sobre distintas formas de SSM disponibles o ausentes, para luego ubicar las actitudes que los valoran positiva o negativamente, con mayor o menor polarización (extremosidad) y fuerza (elaboración mental, confianza, seguridad). Como el/la lector/a puede comprobar al repasar las entrevistas completas en el Anexo 1, estas distinciones son recortes en los relatos que buscan ser fieles a nuestro marco conceptual de análisis. Al preguntar sobre *barreras de acceso*, casi por definición nos encontraremos con una valoración actitudinal negativa. Y como comprobarán, así fue en la práctica: las representaciones sociales sobre barreras de acceso se expresaron teñidas indivisiblemente de un juicio negativo. Entonces, procedamos a identificar dichas RS y, para lo que es el análisis actitudinal, intentemos inferir teóricamente sobre la fuerza-debilidad de las actitudes y sobre componentes cognitivos, emocionales y/o conductuales. Podemos dar eso por sentado su carácter negativo.

Barreras de acceso financieras

Empecemos con las que vienen siendo las barreras de acceso más mencionadas hasta el momento: todas las que tienen que ver con una disponibilidad económica para cubrir el gasto (Clementino, 2010) que implicaría acceder a un SSM. Naturalmente, en este punto las RS casi siempre se refieren a servicios de profesionales privados o la cuota de una cobertura médica privada; el consenso es absoluto. Las actitudes negativas al respecto de esto cobran fuerza en cada caso, al no haber dilación o dudas ante las preguntas. Los componentes cognitivos de las actitudes nuevamente predominan, dando lugar a expresiones de frustración, enojo y hasta de humor irónico en cuanto a componentes emocionales:

- “Es distinto cuando uno tiene la plata, va donde un profesional, paga y la tiene casi inmediatamente [...] Hay una barrera económica” (Santiago T.).
- “[...] una de las barreras es que no todos cuentan con servicio público y algunos tienen servicios privados, ¿no? Quizás los privados, como tienen obras sociales, consiguen más rápido que los que no lo tienen” (Nadia Q.).
- “Más privado... Tenés que tener una obra social o tenés que tener plata, y [tono de énfasis] *tenés que tener plata*. No es que vamos a decir que no, porque lo que sale... Más acá los

que somos de acá, de los barrios, que no es que trabajamos y ganamos tan bien. Se trabaja y se gana al día, vamos a decir. Entonces, cuesta mucho más pagar lo que es uno privado” (Estefanía D.).

- “Los privados vas vos, no necesitás receta, no necesitás nada. Vas, te presentás, le pedís un turno. El tema siempre es el factor económico ahí... Porque no todos pueden pagar, la cantidad de veces que necesitan. [...] Las sesiones más baratas están mil quinientos [\$1.500]. [...] [Se encuentran] en el barrio, y otros van directamente a Capital, porque son más accesibles en Capital que acá. Acá sabiendo que hay tanta demanda, son mucho más caros” (Miranda F.).
- “Para tener una buena salud, buena, todo, tenés que pagar... Y a veces no hay. Muy poca gente puede pagar en estos tiempos. En el tiempo de antes podía ser porque había trabajo, había eso. Pero el tiempo de ahora, no, no hay. Entonces vamos al hospital, continuamente al hospital. Y a veces tenés turno y a veces no tenés turno. [...] Y si hay, tenés de acá a un mes, o de acá a dos meses, según como es el caso de eso. Y si tenés que pagar, te sale muy caro. [...] He visto personas, y que no pedían ayuda y llegaron hasta lo último. Y cuando llegaron a lo último ahí se dieron cuenta que necesitaban. Y se los llevaron. ¿Les dieron todo el tratamiento? No. ¿Por qué? Porque los medicamentos de psicología que te mandan son carísimos. El Estado no te lo da todo eso. [...] Para mí es financiera [la barrera de acceso]. Si vos querés un turno rápido, pagás. Es financiera, para mí” (Wanda H.).
- “[...] un tratamiento para un pibe hoy creo yo que está alrededor de los setenta mil pesos. [...] la plata, tiene mucho que ver al acceso a muchas cosas, como estamos ahora. Osea que también la plata influye mucho y estamos en la línea de pobreza terrible acá en el territorio. Es como que para nosotros no, no existen programas públicos... El privado sí va a estar, pero tenés que garpar. Y una mamá no... A ver te digo yo: yo pagar todos los meses por mi hijo y, no se por ahí lo haríamos, pero sabemos que sí cuesta plata. Si vos querés tener garantizado algo, cuesta plata. Es el acceso que nosotros podemos tener” (Beatriz H.).

En las distintas entrevistas han surgido comentarios varios sobre los profesionales de salud mental como tales,¹⁰ mayoritariamente por experiencias vividas con profesionales disponibles (o ausentes) en SSM públicos. Al respecto de las barreras de acceso financieras, surgió una nueva mención que los implica:

¹⁰ Véase el apartado *Malas experiencias vividas* (Cap. 2) y el análisis actitudinal al final del apartado *Disponibilidad de servicios: ámbito público* (Cap. 3).

- “Es que yo creo que acá lo único que falta son un poco más de recursos. Si hubiese recursos como para pagar sueldos a psiquiatras, psicólogos y todos los que se están recibiendo, vendrían a estos tipos de barrios. Porque me parece que hasta es mucho más interesante para ellos como experiencia que quizás otro lugar. Pero si no se les va a pagar, se les paga poco en una zona que vos también sabés que es peligrosa y que tiene muchas contras, va a estar complicado” (Miranda F.).

Por último: la respuesta más obvia como barrera financiera viene siendo alrededor de poder pagar o no los servicios de profesionales privados o la cuota de una cobertura médica privada. Pero eso no es todo. En el barrio de CE, como en tantos otros, se viven situaciones en las que una larga lista de carencias terminan haciendo más rentable no elegir la salud mental, sino muy por el contrario, vender y consumir abusivamente sustancias (normalmente muy “cortadas”, adictivas y nocivas). Por supuesto, esta situación de debilidad y falta de opciones genera una oportunidad de abuso y explotación por quienes pueden enriquecerse con ello: abundan los grupos y organizaciones “narco” dispuestas a eso:

- A un privado. Cinco mil pesos el piso. Y ahí fijate vos cinco mil pesos... ¿Cuánto están cobrando un plan hoy? Dieciséis [mil pesos]... Hay trabajo y no, algunos están desocupados. Y a veces ¿qué deciden los pibes? Y, a ser soldaditos¹¹, a vender. ¿Por qué? Porque ser hoy un soldado está cuatro mil pesos. Y él no va a ir a hacer la consulta, si todos los días está ganando ahí. Más vale va a consumir, ¿entendés?” (Beatriz H.).

Barreras de acceso socioculturales

En el último segmento narrativo ofrecido, sobre soldaditos y narcotráfico, nos encontramos no sólo con una barrera financiera, sino con una sociocultural. La trama de problemas sociales que tejen la informalidad urbana y la pobreza da lugar a situaciones extremas y complejas que son normalmente mal interpretadas y prejuizadas por quienes desconocen sus contextos de origen. Así como también son reducidas por el amarillismo mediático de nuestro país a una cuestión de “toma de bandos”, de culpabilización o justificación (según el medio), en lugar de problematizar sobre el contexto. Ese es otro problema social del cual no nos ocuparemos en esta investigación. Pero sí nos

¹¹ “Soldadito” es el nombre que se le da a la persona -normalmente algún joven o niño- que a cambio de dinero y/o drogas (además de un reconocimiento identitario simbólico que otras instituciones probablemente no han dado), presta sus servicios a un grupo u organización de narcotráfico. Esos servicios pueden incluir el narcomenudeo, la venta de drogas al por menor, la vigilancia de un área específica (ej: ingresos a cierta parte del barrio por parte de policías u otras bandas). No es raro encontrarse con niños o jóvenes soldaditos que empezaron a serlo a temprana edad y que provenían de una falta de contención y pobreza extrema. Tampoco es raro que sus grupos/organizaciones los hayan ingresado, también tempranamente, a consumir las mismas sustancias que venden o transportan. Junto a una retribución económica grande e inmediata, y a una identidad/status simbólicos otorgados, la adicción es otro método de mantener a la primera línea de “empleados” fieles y dependientes a la organización narco.

venimos ocupando de ahondar lo más posible en el contexto en el que dichas situaciones extremas se dan. No es fácil para esta comunidad -y otras- accionar conjuntamente en la recuperación de sus jóvenes y niños en consumo; no es fácil ni siquiera hablar del tema:

- “[...] yo participo en la reunión de la Mesa Reconquista [reunión entre referentes de organizaciones comunitarias dentro de la cuenca del Río Reconquista, el cual en estas zonas corre paralelamente a la Autopista del Buen Ayre], ¿no? Y a veces como que hay compañeros que no quieren hablar de eso. No sé, cómo que, la otra vez solamente hablamos de la ley de salud mental, ¿viste? Pero muy poco... Como que, es algo que quizás también tienen miedo porque tuvimos reuniones acá en el barrio, y algunas mamás me decían ‘no, porque los tranzas van a investigar, que si nosotros vamos a recuperar pibes después nos van a mandar a tirotear la casa’ (Beatriz H.).

Las actitudes aquí presentes de las desesperadas madres del barrio de CE con hijos en situación de consumo y adicción, y temerosas de las repercusiones de los “tranzas” si intentan rescatarlos, son quizás el mejor ejemplo que encontraremos en este estudio de componentes actitudinales emocionales y conductuales en interrelación. Pronto profundizaremos sobre la predisposición a la acción colectiva, en su propio capítulo.

Retomemos la definición de Clementino (2010) sobre barreras de acceso socioculturales: la percepción de la salud, representación de la enfermedad; sin asumir que el problema son las creencias o la cultura de los beneficiarios, sino las dificultades para la articulación entre estas y las estructuras de sentido en la que se basan los servicios de salud y sus profesionales. Justamente, otras barreras socioculturales que han destacado son las que tienen que ver con la RS de equivalencia entre la psicología clínica y la locura, así como otras adjetivaciones que se le dieron a los tratamientos disponibles. Estas RS y las fuertes actitudes negativas en torno a ella son otro impedimento cognitivo y conductual para acceder a tratamientos, incluso en los casos en que estos están plenamente disponibles:

- “[...] vos sabés que a un adicto vos le decís un psicólogo y ‘yo no estoy loco’ te dice” (Beatriz H.).
- “He visto personas, y que no pedían ayuda y llegaron hasta lo último. Y cuando llegaron a lo último ahí se dieron cuenta que necesitaban. Y se los llevaron. [...] Entonces, si vamos a los problemas de psicología, mentales, todo eso, no se mira muy bien eso... No se mira más allá, ¿sí? Cuando decimos psicólogo, decimos que son locos, entonces no se mira eso de decir ‘vamos a ayudar a estas personas’” [Investigador: *¿Los que van al psicólogo son locos? ¿Esa es la imagen que se tiene?*] “Sí.” [I.: *¿Y por eso alguien no iría a terapia, no buscaría*

ayuda?] “No van a terapia. Un caso, yo: A mí... tuve un momento difícil, me dijeron que vaya al psicólogo, y para mí el psicólogo no me gusta... A mí no me gusta ir al psicólogo, para mí el psicólogo está demás. Porque escuchar todo lo que a mí me pasa... no me gusta contar, ¿no es cierto? Y a un psicólogo hay que contar todo lo que nos pasa. Y entonces a mí me cuesta irme a un psicólogo, me cuesta y cuando vos decís psicólogo te dicen ‘ah, estás loca’... Entonces no, a veces no querés hacerlo. [...] Porque no se dan cuenta que realmente necesitan un psicólogo. Yo te digo sinceramente que a mí tampoco me gusta porque no me gusta contar mis cosas, ¿sí? Pero hay personas que sí necesitan psicólogo y contar sus problemas” (Wanda H.).

- [Sobre un tratamiento de consumos problemáticos] “Mi hijo cuando vió, me dijo ‘Mamá’, me dijo ‘Acá le drogan. Tenés que estar tomando una pastilla. Tenés que estar de mulo acá dentro, hacer lo ellos dicen. No tenés que ponerte la ropa que usan, todos los pibes, tenés que ponerte una ropa sin... por ejemplo, deportiva, no... Tiene que ser una gorrita’. Osea que como que te tratan como un extraterrestre, y él me dijo ‘No, me voy a volver loco’” (Beatriz H.).

En línea con esto, se han presentado otras barreras socioculturales: las RS de que la comunidad atiende a un profesional de SSM sólo en casos de urgencia o emergencia¹², o si es por derivación de un/a médico/a clínico/a. Esto último, actitudinalmente nos demuestra una valoración más positiva sobre la medicina clínica que sobre la psicología clínica, la cual como vimos etiqueta de loco a quien asiste a ella:

- “[...] no me gusta mucho el psicólogo, ¿sí? No lo siento mucho. Creo que las personas no lo sienten mucho porque, no sé, para ellos no es un... es una medida de emergencia, ¿sí? Hasta que le sucede [...] No le dan el lugar a un psicólogo. Para ellos un psicólogo no es necesario. Pero si va a un médico clínico, y le dice que necesita ir a un psicólogo, ahí van. Ahí sí. Si no, no le dan importancia a eso” (Wanda H.).

Otra RS que se ha presentado al menos una vez en forma de barrera de acceso sociocultural tiene que ver con una valoración del hecho de pertenecer o no a la comunidad, de provenir de o conocer en profundidad el territorio; se asocia esto al nivel de compromiso de un profesional:

- “yo no veo profesionales que se comprometan, porque no son de nuestro territorio. Porque vos vas a llegar psicólogo, ¿no? Ponele vos conociste acá el barrio porque justo viniste a trabajar, pero no vivís todo el tiempo acá para decir bueno ‘uy yo soy psicóloga y yo sé cómo le voy a atender al pibe acá porque el pibe es de mi barrio’” (Beatriz H.).

¹² Se ha comentado más sobre esto en el apartado *Disponibilidad de servicios: ámbito público*.

Finalmente, pudimos hallar una barrera sociocultural más que también podría ser interpretada como una barrera administrativa (y nos sirve como introducción al apartado siguiente sobre estas). Hablamos de la RS sobre el hecho de acceder a SSM públicos (sea en hospitales, salitas o programas estatales) por “ser alguien” reconocida/o, versus el no acceder a ellos por no serlo. Es notable como hay una actitud negativa al respecto incluso para quien se autoreconoce como “alguien” reconocida y ha podido servirse de esto: hay un tono de lamento de que esa haya sido la única forma y que otras personas en su misma situación padezcan la falta de acceso:

- “Claro, por ahí nosotros queremos que, que, por ejemplo, un tratamiento para un pibe hoy creo yo que está alrededor de los setenta mil pesos. Entonces vamos, pedimos ayuda al Sedronar, el Sedronar nos tiene que autorizar, firmar y que nosotros podamos ir y buscar en alguno privado y que ello nos financien ese tratamiento. ¿Entendés? Entonces por ahí viene la historia que... Bah, yo fui conociendo por todo lo de mi hijo, y cuando yo me fui a mi me dieron bola porque yo soy reconocida nomás... Pero si yo fuese una mamá común, no me darían bola. Esa es la verdad. A mi me dieron bola por ser yo, que me dieron el mejor tratamiento y que elija dónde quería ir” (Beatriz H.).
- “Pero de poder llegar a ellos [a profesionales de SM], es muy complicado. [...] Los turnos, los famosos turnos que ahora hay pero que como está tan saturado ya todo, es como que tampoco no... no te dan. Entonces, depende del problema que tenga y de que tan grave sea, como que ahí recién te dan una ayuda o tenés que ser alguien”. [Investigador: *¿Tenés que ser alguien?*] “Sí, como que alguien te tiene que reconocer” (Estefanía D.).

Barreras de acceso administrativas

Las barreras burocráticas establecidas (Clementino, 2010) han surgido también en este estudio como una consensuada RS, con una actitud especialmente fuerte y negativa al respecto. Como ya mencionamos, la falta de turnos en sí habla más de un problema de disponibilidad que de una barrera administrativa, pero tanto esta carencia de disponibilidad suficiente como la RS sobre procesos “engorrosos”, “largos y burocráticos” y con seguimientos poco efectivos tienen componentes actitudinales cognitivos y emocionales que alimentan conductas de evitación a los SSM públicos disponibles hasta tanto no sea una emergencia:

- “El hospital público, por ejemplo, para llegar tenés que ir a tu centro de salud más cercano, 2 meses esperando un turno para que te vea un médico clínico... El clínico, hasta que te hace unos estudios se pasan 2 meses más. Luego él, según esa evaluación, te va a derivar a la

trabajadora social y a la psicóloga de la salita, y esa psicóloga y esa trabajadora hacen un informe para que te reciban después en un hospital. [...] Nadie puede ir espontáneamente porque sentís la necesidad de tener una atención psicológica, sino que todos te hacen pasar por un proceso enorme, largo y burocrático, que quizás la otra persona no entiende y que vos necesitás en ese momento esa ayuda... Entonces sí, siempre fue así” (Miranda F.).

- “Ponele que una mamá en su desesperación va y dice que le quiere internar al hijo, pedir ayuda, [los agentes del Sedronar en el territorio] te dan vuelta, ‘no’, osea que, mucha burocracia a la hora de acceder a algún tratamiento ambulatorio para los pibes” (Beatriz H.).
- “Y después de la fila, tenés que esperar que te atiendan, si te atienden. Si no, te dan turno. [...] a veces cuando ya dice urgente te atienden, pero eso único” (Wanda H.).
- “Uno de los públicos que está funcionando cerca del Hospital Fleming se llama Defensoría del Menor, que nosotros podemos llevar ahí, presentarnos con una denuncia, con una inquietud, y ellos como servicio al barrio, a la comunidad, ellos se encaran a través de... Desarrollo Social de lo que es San Martín, y hacen, de ahí hacen como una red a... de familia. El cual después se le informa a la mamá días y horarios que se tiene que presentar para llegar a no... a un acuerdo o a tener la charla con el psicólogo, psicopedagogo o psiquiatra, depende la situación que viva cada familia, pero son muy... muy tardíos. Osea, no es algo que pasó hoy y en la misma semana se resolvió. A veces pasan meses y las personas siguen con el mismo problema y siguen siendo perjudicados ellos mismos en su, en su cabeza, porque no pueden resolver las situaciones que le están pasando. Porque es todo muy difícil: conseguir turno, que las cosas se hagan rápidamente”. [Investigador: *¿Por qué crees que son tardíos?*] Porque todo el tema papeleo, y los turnos, se hace todo como muy engorroso. [...] Y es lamentable que no haya un servicio que, que se pueda conseguir con rapidez en el barrio para ayudar a la comunidad” (Nadia Q.).
- “No hay cupos, yo llevo un año y medio en espera”. [Investigador: *¿Para una consulta? ¿Una primera sesión?*] “Sí, exactamente... Con el antecedente de lo que yo ya había pasado, esto hace 7 años atrás” (Miranda F.).
- “[...] los que van al hospital tienen que esperar un turno largo y si tienen suerte los atienden y sino después perdieron el interés y ya no van. Hay bastante, bastantes casos. [...] Yo veo que es un poquito complicado, como comentaba más antes, los hospitales que se demoran en sacar turnos, son extensos los turnos [...] Yo creo que es una cuestión de tiempo nada más en los hospitales, es cuestión de tiempo que... bueno, los papás estamos avocados al trabajo y todo eso y un tanto nos falta ese tiempo como para poder ir, esperar [...] nosotros

los papás que estamos ocupados en el trabajo, como yo te había dicho antes, estamos tratando de recuperar lo perdido que estábamos parados prácticamente en la pandemia. Así que, tratamos de cubrir todo ese espacio de deuda” (Santiago T.).

En esta última cita a la entrevista de Santiago T. se desprenden dos barreras de acceso más, específicamente para quienes están ocupados en sus trabajos: se menciona una falta de tiempo tanto para poder esperar las burocráticas demoras de los hospitales públicos como la falta de tiempo para poder ir a estos. Como veremos a continuación, este último detalle sobre los tiempos en llegar no es menor.

Barreras de acceso geográficas

Clementino (2010) las define desde la distancia a los efectores de salud. Pero en un sentido más amplio, también podemos entenderlas desde los medios con los que se cuenta para recorrer dichas distancias o los contratiempos como horarios pico de tráfico o malas condiciones en los caminos. Ya concluimos acerca de la falta de disponibilidad de servicios dentro del territorio de CE, sean públicos o privados. Veamos qué sucede con las dificultades de acceso a profesionales disponibles fuera del barrio, desde las barreras geográficas relatadas:

- *[Investigador: Y tu hija, que puede ir a un profesional por obra social, ¿lo encuentra acá en la zona? ¿Lo encuentra en el barrio?]* “Afuera del barrio. Ella se tiene que ir a San Martín [centro del partido]. [...] *[I.: ¿Y a cuánto está el centro de San Martín si hay que ir hasta ahí?]* “Y... según como está el tránsito. Si el tránsito no hay nada, media hora. Si el tránsito hay mucho y tenés que esperar el colectivo, una hora. [...] Si es la salita, podés ir caminando. Podés caminar. Pero si es hospital tenés que tomarte el colectivo. Algunos tienen auto, pero yo creo que casi todos usamos el colectivo” (Wanda H.).
- “En este momento en el barrio... no, no hay nada, acá en el barrio. Solamente son kilómetros, más o menos de acá a... donde nosotros estamos en el espacio que nosotros estamos ahora al CAP 14 hay más o menos como unas 25 cuadras. De acá al Hospital Fleming habrá unos 30 minu... 45 minutos hasta Eva Perón y Márquez [punto de intersección de avenidas por la que se accede al barrio] y una media horita más completa hasta el Hospital Castex. No es que hay algo específicamente dentro del barrio como acceso rápido para que la gente pueda recibir el servicio, ¿no? Psicología, psiquiatría, ayuda mental... no, no hay, no existe... pero, sería de una gran ayuda que hubiera” (Nadia Q.).

- “Ir al hospital [H. Castex] y volver... Y, tres horas. Porque el colectivo tarda mucho. [...] Y después en el Castex tenés que esperar a la fila, ¿sí? Y después de la fila, tenés que esperar que te atiendan, si te atienden. Si no, te dan turno, ¿y cuánto tardas? Tres horas” (Wanda H.).

Estas RS acerca de las barreras geográficas son coincidentes entre sí y coherentes con el todo analizado hasta ahora; las actitudes sobre estas: negativas y fuertes. Y una vez más, nos encontramos con una situación que desde las cogniciones y emociones actitudinales que genera, refuerza no sólo una conducta de evitación de la desagradable situación que resulta en tratar de superar -y verse superado por- todas estas barreras de acceso juntas, sino que además alimenta una idea de condena sobre la condición actual. Esto, inevitablemente, golpea cualquier predisposición a generar acciones de cambio tanto individuales como colectivas. Pero antes de meternos en ese análisis, veámoslo en palabras de la comunidad misma:

- “Yo creo que, que mucha gente pide ayuda. Yo creo que mucha gente del barrio que, que si lo tuviera en el barrio mismo, este... las cosas cambiarían. Pero al tenerlos lejos, y al ellos mismos encontrarse con que van a ir a pedir un turno y no lo van a conseguir, es como que quedan archivados ellos mismos en decir ‘mi condición es esta y tengo que quedarme con esta condición porque no hay una ayuda rápida, no hay un servicio a la comunidad de mi barrio’. Entonces, si sé que no voy a conseguir el turno mejor me quedo en la condición que estoy... Y así pasan años” (Nadia Q.).

5. PREDISPOSICIÓN A LA ACCIÓN COLECTIVA

Hemos adelantado ya cómo los problemas de disponibilidad y de accesibilidad golpean a la predisposición a la acción colectiva de la comunidad, de sus organizaciones y referentes, de sus integrantes en general. Ahora, debemos profundizar y tal vez matizarla. Para abordarla de forma directa, se empezó preguntando sobre la importancia que se le da a la salud mental [SM] y si ésta siempre fue la misma. Las respuestas encontradas fueron variadas, cuando no disímiles:

Importancia de la salud mental en el tiempo

- *[Investigador: ¿Y vos crees que siempre se le dió la misma importancia a este tema?]* “Para mí, no se le dió importancia, para mí no”. *[I.: ¿Todo el tiempo fue así? ¿O hubo una época en la que haya sido distinto?]* “Yo nunca escuché. Lo que estoy escuchando más es ahora. Antes no se escuchaba mucho. Antes no se escuchaba, ahora sí se escucha mucho”. [...] *[I.:*

¿Creés que la comunidad está haciendo algo para cambiar o mejorar la situación actual?]
“No”. [I.: *Y por qué crees que no?*] “Porque... No le dan el lugar a un psicólogo. Para ellos un psicólogo no es necesario. Pero si va a un médico clínico, y le dice que necesita ir a un psicólogo, ahí van. Ahí sí. Si no, no le dan importancia a eso (Wanda H.).

- “[...] ahora estamos tratando de recuperar todo lo que perdimos en la, en la pandemia y ahora nos estamos abocando más a recuperar todo eso y nos estamos descuidando bastante en el tema de la salud mental. [...] Personalmente yo le veo la importancia, hay gente que se acostumbró... ya no le da tanta importancia a eso, pero yo soy una persona ya mayor y veo el cambio de lo que es la vida en realidad y me preocupa muchísimo sobre ese tipo de cambios, porque... me gustaría que se vuelva, digamos, a lo que era antes, una tranquilidad buena, una buena convivencia con los vecinos, con los chicos... Cambió montón digamos, el trato entre personas, ya sea la juventud, entre... La juventud, los niños ya no respetan al mayor y todas esas cosas. Y, bueno, también la parte económica que afecta sobre todo eso, toda la problemática que es política, todo tiene su efecto” (Santiago T.).
- “Antes y después, antes de la pandemia y post pandemia yo creo que se ha sumado mucho más ahora porque bueno fue un salir de, de la gente, de contar vivencias que han pasado durante la pandemia que antes no lo pudieron hablar” (Nadia Q.).
- “Sí, hay momentos en que hay un poco, bueno, en la época antes de la pandemia que había clase, por ejemplo, en el caso de los chicos, sí. Toodos los colegios pedían una psicopedagoga” (Miranda F.).
- “[...] ahora como que se ve un poco más, porque antes lo tapaban mucho a lo que pasaba. Como que ahora se ve un poco más de lo que pasa. Y como que alguien le presta más atención, y como que ahora ya no es tanto como antes, por ejemplo que si le veían golpeando a los hijos que nadie hacía nada. Ahora, bueno, por lo menos te podés meter y podés hacer pero, más son los vecinos... Pero estaría bueno que alguien haga eso, como que empiece a prestar atención a lo que pasa. Porque el tema psicológico es una demanda que es muy grande y a parte de eso, es que es muy necesaria, y hay muchos que no lo ven. Es como que, es algo que, que no le presten mucha atención, porque no es que te está doliendo algo, no es que se ve, es algo que otra persona de afuera lo ve” (Estefanía D.).

Es difícil encontrar un consenso entre todas estas representaciones: “Antes no se escuchaba, ahora sí se escucha mucho” (Wanda H.); “[...] nos estamos descuidando bastante en el tema de la salud mental [...] Personalmente yo le veo la importancia, hay gente que se acostumbró” (Santiago T.); “[...] post pandemia yo creo que se ha sumado mucho más ahora” (Nadia Q.); “[...] hay

momentos en que hay un poco, bueno, en la época antes de la pandemia que había clase” (Miranda F.); “[...] ahora como que se ve un poco más, porque antes lo tapaban mucho [...] Y como que alguien le presta más atención” (Estefanía D.). Si bien hay una predominancia de respuestas otorgándole una importancia creciente en el tiempo a la SM, es más acertado afirmar que no hay una representación social o representación unificada y relevada, que claramente se imponga a otras. Lo que sí podemos afirmar, es que existe una RS totalmente consensuada sobre la importancia otorgada a la SM para que ciertas problemáticas sociales de la comunidad mejoren o se solucionen en un presente o futuro condicional, y éstas se expresaron en deseos o de reclamo de derechos, respecto de la disponibilidad y accesibilidad a SSM, como han puesto de manifiesto nuestras entrevistas. Incluso ha sido así en los casos en donde la tendencia por asistir personalmente a cualquier SSM es negativa y en los casos en donde se les reprocha a los profesionales con los que se han vivido malas experiencias o al Estado en sí, pe. como culpable activo de la situación actual del narcotráfico:

- “A mí no me gusta ir al psicólogo, para mí el psicólogo está demás. Porque escuchar todo lo que a mí me pasa... no me gusta contar [...] Pero, cuando le sucede [a alguien una emergencia para asistir a un SSM], ahí sí estaría bueno que tengamos psicólogos... [...] estaría bueno que... en los barrios se sumen psicólogos, para muchas cosas ¿sí? Para género, y otras para depresión de los niños, porque hay mucha. Y estaría bueno que tengamos alcance a eso... No a dos meses, ni a un mes, sino que a la semana podamos decir ‘mirá, tengo turno a la semana, andá y atendete’, ¿sí? [...] Y de ahí, van a hacer mucho. [...] [Debería estar] adentro del barrio. Porque acá en el barrio en el que estamos, no hay. Las salitas están afuera del barrio... Y no hay” (Wanda H.).
- “Nadie puede ir espontáneamente porque sentís la necesidad de tener una atención psicológica, sino que todos te hacen pasar por un proceso enorme, largo y burocrático, que quizás la otra persona no entiende y que vos necesitás en ese momento esa ayuda... Entonces sí, siempre fue así. [...] Es que yo creo que acá lo único que falta son un poco más de recursos. Si hubiese recursos como para pagar sueldos a psiquiatras, psicólogos y todos los que se están recibiendo, vendrían a estos tipos de barrios. [...] Pero ojalá eso se solucione” (Miranda F.).
- “[...] la problemática, que nuestros hijos están en consumo, porque sin la ayuda de un profesional, no podemos acceder a la ayuda o a la contención para ellos, porque hay cosas que nosotros contenemos desde el amor, a veces desde la ignorancia [...] Nosotros como mamás, obviamente queremos la solución, pero sí vos realmente miras ese negocio muy grande que el Estado negocia con los narco, entonces a ver... Es difícil entender para

nosotros porque sabemos que cada vez va se va a agrandar más, ¿entendés? Esto no, no va a menguar. ¿Por qué? Porque es un negociado” (Beatriz H.).

- “[...] nosotros como padres pedimos al gobierno, al Estado, que nos dé esa ayuda para mejorar el barrio, para mejorar la sociedad entera de que tengamos profesionales acá para que nos puedan ayudar, ayudar a todo eso, la ayuda va a ser nuestra y de toda la comunidad y todo San Martín y todo Buenos Aires. Esa va a ser una muy buena ayuda” (Santiago T.).
- “Me encantaría que haya profesionales que puedan ayudar más, como que yo estoy muy enfocada en la juventud antes que los perdamos... Es eso lo que más me gustaría y dejarlo más claro, es que... Sin la juventud, más adelante no vamos a poder... Perder la juventud es como perder el futuro. Porque son nuestro futuro. Entonces, si los perdemos a ellos, es como que estamos perdiendo una parte muy fundamental del futuro... Y que haya ayuda, porque todo se puede solucionar, pero sí tiene que haber profesionales” (Estefanía D.).
- “[...] estoy viendo el día a día con los nenes que los nenes no están bien y necesitan ayuda, ayuda de un profesional. [...] Que no pasa por si me gusta o no me gusta el tema de que la gente reciba ayuda. Yo creo que es un derecho. Yo creo que es un derecho de toda persona ser escuchado y es un derecho de buscar soluciones para que la gente tenga una mejor calidad de vida. Porque si la gente hoy no está bien, no piensa, no vive bien, no tiene una estabilidad emocional, las cosas van de mal en peor. Creo que es un derecho que todo ser humano necesita, de ser escuchado y de vivir una vida tranquila” (Nadia Q.).

Responsabilidad y predisposición a la acción colectiva

A lo largo de las entrevistas y al preguntar directamente sobre las acciones de la comunidad (actuales o futuras) para cambiar la situación actual, las/os referentes de la comunidad dieron múltiples ejemplos y opiniones. La responsabilidad fue una temática recurrente: las representaciones compartidas y las actitudes variaron bastante; no solamente sobre en quiénes reposan responsabilidades de hacerle frente a estas situaciones, sino también en cómo se trabaja sobre dicho sentido de responsabilidad, cómo puede o debe madurar para una u otra persona. Si bien las entrevistas estuvieron empapadas de una responsabilidad otorgada -y reclamada- al Estado y a los profesionales de SM, no obstante cuando la mirada se puso sobre la comunidad, algunas respuestas tendieron a girar alrededor de los padres y las madres de niños/as y jóvenes, y (al menos en un caso) en cómo trabajar sobre la responsabilidad individual de jóvenes:

- “La juventud y la infancia siempre estuvieron perdidos en todo eso. Nosotros como papás creo que somos responsables de poderlos conducir a que estén bien. [...] Ellos necesitan mucho apoyo para así puedan dedicarse a lo que es la... un bienestar del barrio, una buena convivencia y todo eso. [...] Bueno, acá en el barrio es un poquito complicado por... por diferentes cosas, ¿no? Una es por lo que te comento, factor tiempo, otra es la voluntad de quererse sanar, algunos porque son niños o adolescentes que están pensando en otra cosa menos en su salud, y el único nos queda: los papás para ocuparnos de todo esto” (Santiago T.).
- “[...] la parte de la familia, como que dejan todo de lado y somos las que tenemos que estar, las mamás, los papás, al pie del cañón y las que salimos a correr y las que no judicializamos a nuestros pibes sino que queremos ayudar y... [...] necesitaríamos la ayuda profesional para nosotros ¿viste? De cómo tratar al pibe [...]. Porque no es que solamente yo quiero saber, si no que transmitir a otra mamá que viene apresurada, que ‘le rompí la cabeza, le cagué a palos’ y no es así, ¿entendés? Ni decir porque está en la esquina el pibe es chorro. Venimos ya nosotros cargado con todo eso que queremos a veces que esas mamá contengan a sus pibes y no lo tiren a la calle, porque allá la calle los agarran y... [silencio]” (Beatriz H.).
- “No es normal para un niño de 5 años decir con sus propias palabras o demostrar con juguetes que eso es algo normal cuando no es normal. Entonces eso me llevó a pedir ayuda para, para esos niños que están pasando por esas situaciones. Tuvimos la charla con la mamá, la mamá en un principio se mostró colaboradora entendiendo la situación, pero no tuve tampoco una buena devolución de parte de la mamá... Tomó como incorrecta mi actitud de hacer ese pedido de ayuda...” (Nadia Q.).
- “Él [hijo de Beatriz] tuvo su experiencia muy mala, la droga le hizo que cayó preso. Bueno, salió de ahí y nunca más cayó preso, nunca más fue a robar. Nunca más... nada. Osea que si, si consume, hace con lo que él trabaja. Porque eso también tenía que negociar con él, porque yo le dije ‘Bueno, vos decidí’. Me dijo ‘Yo soy grande y yo quiero drogarme’. Entonces le dije ‘No nos lastimes más. Primero, no nos robes más. Segundo, si vos decidís eso, que sea con tu plata, no con la plata de los demás. Porque eso de los demás te llevó allá’. Y allá casi me llevó a la muerte a mí. Y él también vio que estar preso no... Así que trabaja, está con esto que te digo, pero él también decidió no hacer tratamiento, entonces...” (Beatriz H.).

Por otro lado, la otra línea de respuestas tuvo que ver con la predisposición a la acción colectiva de las organizaciones comunitarias: tanto sobre las acciones que se están o no haciendo, como las que se podrían hacer. Son ejemplo de esto:

- “[...] yo participo en la reunión de la Mesa Reconquista [reunión entre referentes de organizaciones comunitarias dentro de la cuenca del Río Reconquista, el cual en estas zonas corre paralelamente a la Autopista del Buen Ayre], ¿no? Y a veces como que hay compañeros que no quieren hablar de eso. No sé, cómo que, la otra vez solamente hablamos de la ley de salud mental, ¿viste? Pero muy poco... Como que, es algo que quizás también tienen miedo porque tuvimos reuniones acá en el barrio, y algunas mamás me decían ‘no, porque los tranzas van a investigar, que si nosotros vamos a recuperar pibes después nos van a mandar a tirotear la casa’” (Beatriz H.).
- “Que se pueda hacer, sí. Se pueden hacer varias cosas. No se están haciendo, o las pocas que se están haciendo quizás no están bien organizadas todavía. Seguir el ejemplo que hace ‘Alcohólicos Anónimos’ o cosas para hacer cosas grupales, se podría. Pero no se ponen de acuerdo en la manera de trabajar. Entonces sería interesante, creo que sería muy bueno porque aparte ayuda a que la gente empiece a comunicarse con otros también. Que no se sientan que son únicos con ese problema”. [Investigador: ¿Por qué no se ponen de acuerdo?] “Porque depende quién lo va a manejar, dónde se va a hacer. Si se hace dentro de una iglesia, bueno, si es una iglesia católica no va a venir el que es evangelista, si es en la evangelista no va a venir el que es católico, si lo hace fulano en un lugar que tiene que ver con la política, porque es un político, y así. Y entonces nunca llegan a un acuerdo de esa manera y la gente sigue esperando” (Miranda F.).
- “[...] los únicos lugares que más o menos yo observo que medianamente ayudan a los pibes sin ningún interés son las iglesias evangélicas. Ellos forman su equipo de psicólogos. Obviamente que saben cómo llegarle a los pibes y van recuperando algunos pibes, viste. Medianamente lo contienen. Tampoco es que lo sacan del todo. También depende de cómo usan ellos su fe. Algunos creen mucho y dejan viste. [...] hay una iglesia aca en Hurlingham [partido cercano a CE, al sur-oeste] que trabaja mucho con los pibes” (Beatriz H.).
- “[...] acá en la organización no hay tanto como podría. También estaría bueno que haya una en cada organización y que puedan ayudarlo, porque en las organizaciones son las que más hay, personas que vienen y las que menos reciben ayuda o, en sí, las que nos buscan, porque hay muchas personas que vienen y hablan con los que son de acá, las chicas del comedor, o que están hablando con otras personas que están y que, que no se acercan a un hospital o a una salita o... Porque más allá, no se acercan. También [se acercan] a uno por el trato. [...] Sí, podría haber [acciones de la comunidad]... No, de hacer no están haciendo nada, siguen esperando. Y de haber... Estaría bueno que haya algo como decís para que... pero tiene que ser algo como para que te escuchen.” [I.: ¿Que te escuche quién?] “El estado. [Silencio] Y el Estado y muchas otras personas más porque, en general el Estado te dice ‘sí,



lo vamos a hacer también', pero tampoco no lo hacen. Entonces hay otras organizaciones o otras personas que le gusta, y le gusta ayudar, entonces son esas personas las que a veces te escuchan y te dan una mano" (Estefanía D.).

- "Tomó como incorrecta mi actitud de hacer ese pedido de ayuda... Pero bueno, está en mí defender los derechos de los niños, y más niños vulnerables" (Nadia Q.).

Por consiguiente, se piensa en la existencia de dos representaciones compartidas. Por una parte, desde la acción colectiva actualmente no se está haciendo mucho para enfrentar los problemas de la disponibilidad y accesibilidad a la salud mental. Y por otra, que existe un potencial de acción; es decir, que la comunidad si bien cuenta con voluntades que quisieran ver y generar un cambio, requiere de una mayor o mejor organización de la acción. Esto es, una necesidad reconocida de conducción. Estas representaciones mencionadas, se han deducido en parte a través de los componentes actitudinales emocionales y comportamentales, tales como: los tonos de voz, algunos negativos, de tristeza o frustración, en combinación a otras manifestaciones más ambiguas de esperanza y sueños.

CONCLUSIONES

Se ha podido identificar en las narraciones de la comunidad de Costa Esperanza las problemáticas de salud mental más comunes presentes en su barrio: las que tienen que ver con adicciones por consumo de drogas y/o alcohol; los trastornos en niños/as; aquellas por consecuencia de violencia de género y violencia doméstica; y las problemáticas asociadas a consecuencias de la pandemia por el Covid-19 (depresión, agresión, ansiedad, soledad, adicciones, etc), problemáticas no necesariamente estructurales, pero que se generan o asientan en un lecho previo de poca accesibilidad y disponibilidad hacia servicios de salud mental. Tal identificación muestra además la ausencia de un rol autopercebido de ser usuarios/as de un servicio de salud mental y se ha dado evidencias respecto de una demanda insatisfecha a consultas y tratamientos de salud mental, que abrió lugar a replantear la pregunta de si existe un problema de disponibilidad, de accesibilidad o de ambas. La ausencia del autopercepción tal rol y la evidencia proporcionada, se ha deducido de situaciones concretas de desorientación para pedir ayuda y, su contracara, una acumulación de experiencias negativas intentando realizar una consulta o tratamiento con profesionales de la salud mental.

En lo que incumbe a la desorientación para pedir ayuda, destacó el constante apoyo en la propia comunidad, en los referentes del barrio y sus organizaciones comunitarias. En las malas experiencias vividas, se vió un refuerzo constante a conductas y cogniciones actitudinales negativas alrededor de la noción de servicio de salud mental, así como desde el componente actitudinal emocional existen vivencias traumáticas.

Confirmamos que los acontecimientos recientes desencadenados por la crisis sanitaria del Covid-19 han afectado negativamente el devenir de las circunstancias pasadas. Por un lado no podemos adjudicar a la pandemia todas las problemáticas descritas; por otro lado, sigue siendo un factor relevante a tener en cuenta para entender el contexto presente e imaginarnos lo que afrontará esta comunidad -y tantas otras- a futuro.

Sobre la disponibilidad de servicios de salud mental en el ámbito público, puntualmente en hospitales y Centros de Atención Primaria (o salitas), se encontraron tres representaciones sociales predominantes: que no hay presencia de hospitales o salitas dentro del barrio; que sí existen profesionales y servicios disponibles en hospitales y salitas públicas en zonas próximas; y que éstos no son suficientes para la demanda existente. Similares resultados se hallaron respecto de los programas estatales. Las actitudes de la comunidad en torno a la disponibilidad del ámbito público son marcadamente negativas y fuertes, y esto es así para múltiples objetos de actitud: sobre la disponibilidad de turnos con profesionales públicos, sobre los profesionales en sí, los tratamientos que ofrecen y los programas estatales a los que pertenecen. Se volvió a encontrar un apoyo en la

propia comunidad y su afrontamiento con sus propias capacidades organizativas, sus recursos simbólicos y de forma abierta al público.

En cuanto al ámbito privado, nos encontramos con servicios que no se encuentran dentro del barrio pero que sí existen fuera de este, si bien varían en distancias y no siempre son “cercanos”. La representación compartida más presente sobre disponibilidad, es la equivalencia entre tener recursos económicos y la disponibilidad e inmediatez de servicios de salud mental privados. No parecen conocerse experiencias suficientes en servicios privados particulares o vía obra social para emitir opiniones sobre esto y no hemos encontrado una representación social consolidada o una actitud fuerte sobre ellos, lo que abona a la hipótesis de que en el barrio la posibilidad de acceder a recursos de salud desde la esfera privada, es prácticamente nula.

Al preguntar sobre barreras de acceso, se encontraron representaciones comunes teñidas indivisiblemente de actitudes negativas, destacándose cuatro tipos de barreras de acceso. Sobre las económicas, el consenso es absoluto: la falta de disponibilidad económica para cubrir costos. Existe una representación que hace equivaler psicología clínica y la locura, mientras que las organizaciones de narcotráfico suponen la otra gran barrera sociocultural (como mínimo) frente a las acciones conjuntas de recuperación de jóvenes y niños en consumo. Hay una consensuada representación social sobre las barreras administrativas con procesos “engorrosos”, “largos y burocráticos” para acceder a servicios públicos y entre las barreras geográficas, se cuentan largas distancias y tiempos de viaje, el tráfico, los medios con los que se cuenta para recorrer dichas distancias. Las cogniciones y emociones actitudinales que estas barreras de acceso generan, refuerzan no sólo una conducta de evitación por la desagradable situación que resulta de tratar de superar -y verse superado en el intento-, sino que además alimentan una idea de condena sobre la condición actual.

Si bien hay una predominancia de respuestas otorgándole una importancia creciente en el tiempo a la salud mental, no obstante no hay una representación social relevada en este estudio que claramente se imponga a las otras, pero sí existe un consenso sobre la importancia otorgada a la salud mental en relación para que ciertas problemáticas sociales de la comunidad mejoren o se solucionen en un presente o futuro condicional. Estas nos llegan en forma de expresión de deseos -o de reclamo de derechos- de disponibilidad y accesibilidad a servicios, confirmando la existencia de problemas con ambas en simultáneo.

Finalmente, cabe decir que todo esto impacta severamente en la predisposición a acciones de cambio tanto individuales como colectivas. La responsabilidad de padres y madres sobre niños/as y jóvenes fue una temática recurrente para responder sobre las acciones de la comunidad presentes o potenciales para cambiar la situación actual; también en cómo se trabaja sobre dicho sentido de responsabilidad. Otras dos representaciones comunes que destacaron rondaron en torno a las

organizaciones comunitarias: desde la acción colectiva actualmente no se está haciendo mucho para enfrentar los problemas de la disponibilidad y accesibilidad; pero existe un potencial de acción y una necesidad reconocida de conducción: si bien se cuenta con voluntades que quisieran ver y generar un cambio, se requiere de una mayor o mejor organización de la acción. Las actitudes han variado: algunas negativas, otras más ambiguas; predominan componentes actitudinales emocionales y, una vez más, son posible fuente de los conductuales.

Hemos confirmado las sospechas iniciales que llevaron a plantearnos esta investigación: la existencia tanto de una demanda insatisfecha a servicios de salud mental, como de sus causas, es decir, graves problemas de disponibilidad y de accesibilidad en simultáneo. Nos hemos encontrado con una predisposición a la acción golpeada, contenida. Pero aún ahí, en potencia, esperanzada y a la búsqueda de más organización, visibilidad y recursos. Esta predisposición a la acción es tangible en acciones concretas: las llevadas a cabo diariamente por las voluntades de las y los actores sociales que nos ofrecieron sus relatos, así como en tantas/os otras/os que no pudieron incluirse en este estudio. A pesar de la dura realidad que investigamos, con la tristeza, frustración y cansancio que genera, estas/os referentes sociales continúan siendo tenaces diligentes de sus organizaciones comunitarias. Continúan dedicando su día a día a su comunidad y a su prójimo. Continúan abriendo su puerta y respondiendo francamente a las difíciles preguntas sobre los problemas que les azotan. A pesar del peso de su realidad y de la falta de mayores recursos materiales y organizativos, estas personas y sus colaboradores logran diariamente enormes proezas en su comunidad. Concluimos (re)confirmando entonces el gigantesco potencial de cambio latente para esta y todas las comunidades sumergidas en la informalidad urbana y la pobreza.

COMENTARIOS FINALES E IMPLICACIÓN PERSONAL

Muchas conclusiones de esta investigación han ido cayendo por su propio peso: la comunidad me ha abierto sus puertas y ha sido transparente conmigo. Si bien quien escribe no está libre de opiniones y subjetividades, el objetivo de este estudio no es transmitir juicios de valor a partir de estos resultados, sino dar voz a una de las tantas comunidades que no es muda, pero que no es escuchada, que está ahí, pero que no es vista. Y en ese dar voz y visibilidad, empezamos con algunas/os (tantas/os lamentablemente no llegaron a estar presentes en esta investigación) de sus actores sociales, referentes del barrio y diligentes de las organizaciones comunitarias presentes. Algunas de estas organizaciones son más grandes en sus filas y espacios, otras más pequeñas; algunas cumplen casi dos décadas de actividad, otras no tantos años. Algunos/as de sus referentes se muestran más esperanzados sobre la posibilidad de que las cosas cambien o de que sus acciones impartan cambios, otros/as se escuchan más frustrados/as. Siempre tenaces.

Le pido a las y los lectores que se tomen un momento para pensar en que estas personas siguen ahí en el barrio, ahora mismo. Siguen haciendo lo que hacen, lo que pueden, prácticamente solos y sin mucho apoyo por fuera de su comunidad. Pero siguen y seguirán, independientemente de los problemas, de las actitudes negativas ante éste, la esperanza que les queda o la frustración y cansancio que acumulan. Están ahí ahora mismo, no sólo predispuestas/os, sino actuando. Siguen y seguirán esforzándose por su comunidad.

Ha sido muy fuerte e importante para mí hacer esta investigación. Se trata de un barrio en el que trabajé casi dos años y que caminé muchísimo hasta prácticamente conocerlo de memoria. Se trata de una comunidad que conozco íntimamente y de personas a las que entrevisté que aprecio mucho y que se han abierto absolutamente conmigo, y en consecuencia con ustedes. Su dolor me duele, su bronca me enoja, pero aún más importante, sus causas me motivan. Espero que se lleven un poco de todo eso.

Quien tuviera interés en saber más del barrio y de la comunidad de Costa Esperanza, así como de sus organizaciones comunitarias y sus referentes, no dude en ponerse en contacto conmigo: dejé mi correo personal en la carátula de esta investigación. Será un gusto para mí devolver un poco de todo lo que esta comunidad me ha dado y hacer más audible su voz.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvaro, J. L. (2009). *Representaciones Sociales*. En Román Reyes (Dir): *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales*. Tomos 1-4, Ed. Plaza y Valdés, Madrid y México 2009. ISBN: 978-84-96780-14-9.
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) (2016). *Salud Mental y Presupuesto. Por un presupuesto transparente y adecuado*. Argentina: ACIJ. Extraído de <https://acij.org.ar/salud-mental-y-presupuesto-por-un-presupuesto-transparente-y-adecuado/>
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) (2019). *El 1º Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental evidencia graves vulneraciones a los derechos humanos*. Argentina: ACIJ. Extraído de <https://acij.org.ar/el-1o-censo-nacional-de-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-evidencia-graves-vulneraciones-a-los-derechos-humanos/>
- Berger, P. & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Briñol, P., Falces, C. & Becerra, A. (2007). Capítulo 17: Actitudes. En J. F. Morales, C. Huici, M. Moya & E. Gaviria (Ed.), *Psicología Social* (pp. 457-490). McGraw-Hill.
- Bonfiglio, J. M. (2019). *Pobreza multidimensional fundada en derechos económicos y sociales. Argentina Urbana: 2010-2018*. Buenos Aires: Observatorio de la Deuda Social Argentina.
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias. Derechos, literatura, vida*. México: FCE.
- Caldas de Almeida, J. M. (2007). *Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Dic. 2007; 71 (2): pp. 111-116.
- Clementino, F. S. & Miranda, F. A. N. (2010). *Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculosenas unidades de saúde da família*. Revista Enferm UERJ; 18: 584-90.
- Comes, Y. & Stolkner, A. (2004). *Si pudiera pagaría: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 12: pp. 137-43.
- Concha, M., Aguilera, X., Gonzáles, C., Rodríguez, L., Bedregal, P. & Muñoz, Y. (1993). *Estudio de costo-efectividad de intervenciones para los principales problemas de salud pública*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Durkheim, E. (1898). *Représentations individuelles et représentations collectives*. Revue de Métaphysique et de Morales, VI, pp 273-300.
- Gerlero, S., Augsburger, A.C., Duarte, M.P., Escalante, M.A., Ianowski, V. & Muttazi, E. (2010). Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental. *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 1, N° 2, Marzo de 2010.
- Gerlero, S., Augsburger, A.C., Duarte, M.P., Gómez R. & Yanco D. (2011). Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 2, N° 9: pp. 24-29.



- Hartz, Z. (2004). Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*; 20 (Sup 2): pp. 331-336.
- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E. & López, S. (2016). *Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte*. Colombia: Scientific Electronic Library Online (SciELO). Extraído de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n2/v34n2a07.pdf>
- Horton, P. B. & Leslie, G. R. (1955). *The sociology of social problems*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- INDEC (Noviembre 2016), *La medición de la pobreza y la indigencia en la Argentina*. Buenos Aires: INDEC.
- INDEC (Septiembre 2019), *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Primer semestre de 2019*. Buenos Aires: INDEC.
- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En: Moscovici, S. (comp.). *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Krause, M. (2001). Hacia una redefinición del concepto de Comunidad. Cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. X (N° 2)*, pp. 49-60.
- Ley Nacional de Salud Mental n°26.657. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Argentina. Diciembre 2 de 2010.
- Liccioni, E. (2000). El proceso histórico de la salud mental. *Revista Mañongo Vol. 8 (N° 15)*, pp. 277-298.
- Matus, C. (1992). Glosario de conceptos. En: Política, planificación y gobierno. Caracas: Ed. Fundación Altadir.
- Minoletti y Zaccaria (2005). *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Vol. 18 (N° 4-5)*.
- Moscovici, S. (1988). Notes Towards a Description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology. Vol. 18*, pp. 211-250.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Políticas Públicas para la Salud Pública*. Ginebra: OMS.
- Organismo Provincial de Integración Social y Urbana (OPISU) (2019). *Conteo pre-censal de viviendas y domicilios de Costa Esperanza, Mayo 2019*.
- Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP) (2019). *Barrios Populares*. Argentina: Presidencia de la Nación. Extraído de <https://www.argentina.gob.ar/barriospopulares>
- Robirosa M., Caldarelli G. y Lapalma A. (1990). *Turbulencia y Planificación social*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Rodríguez, J.J. (2009). *Introducción*. Capítulo 1 en: Organización Panamericana de la Salud (2009). *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. Washington, D.C.: OPS. (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud; 49).
- Rodríguez, J., Barrett, T., Narváez, S., Caldas, J., Levav, I. & Saxena, S. (2007). Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol 22 (5): pp. 348-357.
- Roses Periago, M. (2009). En: Organización Panamericana de la Salud (2009). *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. Washington, D.C.: OPS; 2009. (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud; 49).
- Rubira-García, R., Puebla-Martínez, B. (2018). Representaciones sociales y comunicación: apuntes teóricos para un diálogo interdisciplinar inconcluso. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, [S.I.], n. 76, pp. 147-167. ISSN 2448-5799. DOI: <https://doi.org/10.29101/crcs.v25i76.4590>.
- Sánchez-Torres, D.A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol. 55 (N° 1).
- San Martín, H. & Pastor, V. (1988). *Salud comunitaria: Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Saraceno, B. & Fleischmann, A. (2009). *La salud mental desde una perspectiva mundial*. Capítulo 2 en: Organización Panamericana de la Salud (2009). *Salud Mental en la Comunidad*. 2da ed. Washington, D.C.: OPS. (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud; 49).
- Siciliani, J.M. (2014). Contar según Jerome Bruner. *Itinerario Educativo*, XXVIII (63), pp. 31-59.
- Suárez, F. M. (1989). *Problemas sociales y problemas de programas sociales masivos*. Seminario Centroamericano sobre Programas Sociales Masivos, p. 1.
- TECHO Argentina (2016), *Relevamiento de Asentamientos Informales 2016*.
- TECHO Argentina (2016), *Relevamiento de Asentamientos Informales 2016*. Prólogo A. Introducción a la problemática de los Asentamientos Informales de Argentina.
- Testa, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- World Health Organization (2003b). *Investing in mental health*. Geneva; WHO.

ANEXO 1: ENTREVISTAS TRANSCRITAS

ENTREVISTA A WANDA H.

Investigador: ¿Cuáles crees que son los problemas de salud mental más comunes presentes en el barrio?

Entrevistada: La conducta, especialmente la conducta, porque yo trabajo con niños y los médicos dicen que la conducta del niño no es normal y que necesitan un psicólogo o necesitan que alguien le escuche, y no hay turnos para eso.

I.: ¿Qué conductas?

E.: Pegan, gritan, tiran cosas, tienen muchas actitudes para un psicólogo.

I.: ¿Algún otro problema de salud mental en el barrio que vos veas presente?

E.: Otro es depresión. También hay depresión, lleva a eso. Hay gente en depresión, ¿viste? Muchas mujeres que tienen depresión porque falta que... se separan, o violencia de género. Entonces, ellas necesitarían un psicólogo. Pero hallar un psicólogo del Estado, no hay.

I.: ¿Para vos qué significa ser usuaria de un sistema de salud?

E.: Para tener una buena salud, buena, todo, tenés que pagar... Y a veces no hay. Muy poca gente puede pagar en estos tiempos. En el tiempo de antes podía ser porque había trabajo, había eso. Pero el tiempo de ahora, no, no hay. Entonces vamos al hospital, continuamente al hospital. Y a veces tenés turno y a veces no tenés turno.

I.: Para vos entonces, ¿ser usuaria para un privado es tener el poder adquisitivo para pagarlo y para un público es tener turno?

E.: Las bases es eso, porque los turnos dan de acá a no sé cuánto, y a veces no llegás al turno, y cuando llegás se te pasa porque te dan de acá a un mes.

I.: Te voy a preguntar de esos temas. ¿Vos pensás que existen dificultades, o problemas de salud mental para los que no haya respuesta o atención en el barrio o en la zona?

E.: A veces sí, a veces necesitamos a alguien así porque en el barrio hay mucha droga... mucha droga. Y a veces es mental, se vuelven locos. Y a veces los tienen encerrados en un lugar donde hay psicólogos, donde hay todo que los puede escuchar. Y si vamos al estado de salud, al estado de salud, no tienen los psicólogos que corresponden para eso. Y si hay, tenés de acá a un mes, o de acá a dos meses, según como es el caso de eso. Y si tenés que pagar, te sale muy caro. Entonces, la gente... Pero también hay de violencia de género, que también agarra esa locura, esos ataques ¿no es cierto? Que he visto yo. Y esos ataques... hasta la encerraron a un lugar donde están los psicólogos, en un hospital.

I.: ¿A quién encerraron?

E.: A una gente. Y esa gente que, que... lo encerraron para comenzar a trabajar con ellos, y si a ella no la encerraban, no la ponían en un lugar médico... Ella no tendría cómo hacerlo, porque ella necesitaba que todo el tiempo esté con el psicólogo. Hasta le pusieron pastilla, y todo eso.

I.: ¿Persona a la que violentaron?

E.: Tenés muchas situaciones en el barrio. Tenés niños violentos, mujeres violentas y hombres violentos, y de droga y todo...

[Tocan la puerta, interrumpimos la entrevista unos pocos minutos y continuamos]

I.: Volvemos con otra pregunta: ¿Te pasó o sabés de alguien que le haya pasado de sentirse pedido por no saber a quién acudir para pedir ayuda?

E.: Sí. He visto personas... He visto personas, y que no pedían ayuda y llegaron hasta lo último. Y cuando llegaron a lo último ahí se dieron cuenta que necesitaban. Y se los llevaron. ¿Les dieron todo el tratamiento? No. ¿Por qué? Porque los medicamentos de psicología que te mandan son carísimos. El Estado no te lo da todo eso. Para hacerse cualquier estudio o algo, si se rompió cualquier cosa del hospital, tenés que pagarlo y no se puede, están caros. Entonces, si vamos a los problemas de psicología, mentales, todo eso, no se mira muy bien eso... No se mira más allá, ¿sí? Cuando decimos psicólogo, decimos que son locos, entonces no se mira eso de decir 'vamos a ayudar a estas personas' porque creo que muchos llegan a la locura por la depresión, por falta de amor, por falta de cualquier cosa siempre llegamos a eso.

I.: ¿Los que van al psicólogo son locos? ¿Esa es la imagen que se tiene?

E.: Sí.

I.: ¿Y por eso alguien no iría a terapia, no buscaría ayuda?

E.: No van a terapia. Un caso, yo: A mí... tuve un momento difícil, me dijeron que vaya al psicólogo, y para mí el psicólogo no me gusta... A mí no me gusta ir al psicólogo, para mí el psicólogo está demás. Porque escuchar todo lo que a mí me pasa... no me gusta contar, ¿no es cierto? Y a un psicólogo hay que contar todo lo que nos pasa. Y entonces a mí me cuesta irme a un psicólogo, me cuesta y cuando vos decís psicólogo te dicen 'ah, estás loca'... Entonces no, a veces no querés hacerlo.

I.: ¿Y eso decís que es algo que le pasa a la gente en el barrio?

E.: Sí... sí, sí, sí. Acá hay muchos chicos que tienen que ir al psicólogo, muchos no encuentran turno, no hay turnos para niños y entonces no lo llevan.

I.: ¿Conocés a alguien que tuvo una mala experiencia intentando realizar una consulta con un profesional?

E.: No lo escuché todavía, yo nunca escuché...

I.: ¿Y esto de los turnos que me dijiste?

E.: Los turnos no se encuentran, y cuando encontrás turno ya... ya es tarde. Entonces no, no, uno no se va. Yo tengo a mi hija que dice que... ella va a privado, porque tiene obra social... y ella va y dice que para ella un psicólogo está muy bueno. Y si vos me decís a mí, para mí no. Porque a mí no me gusta contar mis cosas.

I.: Y tu hija, que puede ir a un profesional por obra social, ¿lo encuentra acá en la zona? ¿Lo encuentra en el barrio?

E.: Afuera del barrio. Ella se tiene que ir a San Martín.

I.: ¿Al centro de San Martín?

E.: Sí.

I.: ¿Y a cuánto está el centro de San Martín si hay que ir hasta ahí?

E.: Y... según como está el tránsito. Si el tránsito no hay nada, media hora. Si el tránsito hay mucho y tenés que esperar el colectivo, una hora.

I.: ¿Y ella cómo accede a atender por obra social?

E.: Por el trabajo que tiene, por el trabajo. Entonces ella se va y... le cubre todo.

I.: Ahora voy a seguir con otras preguntas, pero antes ¿agregarías algo más a lo que hablamos hasta ahora?

E.: Yo creo que falta que haya más... realmente psicólogos para niños, lo que más falta pero que esté en el barrio, en el lugar, en las salitas... pero que tengan tiempo para estar más horas y que no tengan de acá a un mes. Que los niños en estos tiempos necesitan porque hay papás separados... Y se deprimen los nenes, porque a pesar de todo se deprimen. Hay papás que se separaron, o mamás que se van, ¿entendés? Hay un caso de un nene que el papá esta preso y la mamá se fue y necesita un psicólogo, y hasta ahora no se encuentra el psicólogo porque un psicólogo de niños tiene que ser, y... no se encuentra. Y sería lindo que en esa mirada que hay, en todos los médicos, que miren esa parte.

I.: Ese chico, ¿hace cuánto necesita?

E.: Desde que yo tengo ese chico, mes y medio o dos...

I.: ¿Y por dónde buscaron profesionales?

E.: En las salitas y en el hospital, pero en el hospital te dan acá a dos meses.

I.: ¿Tienen algún turno agendado de acá a dos meses?

E.: No le pregunté eso todavía, pero después le pregunto.

[Ladra un perro muy cerca nuestro y de la grabadora, interrumpimos la entrevista unos pocos minutos y continuamos]

I.: Seguimos... Bueno, te iba a preguntar justamente sobre la disponibilidad de servicios de salud mental, si existen servicios disponibles que brindan servicios públicos, privados o por obras sociales por el barrio o cerca. Entonces me hablaste de San Martín, de obras sociales o privados [Wanda asiente afirmativamente] y los públicos...

E.: [Interrumpe] No se ven...

I.: Me mencionabas, ¿en dónde habían ido a buscar?

E.: Nosotros fuimos a buscar a las salitas. En la salita tenés turno pero acá a dos meses.

I.: ¿Y en los hospitales?

E.: En los hospitales lo mismo.

I.: ¿Son los mismos profesionales o...?

E.: No, son distintos.

I.: ¿Cuántas salitas hay acá cerca?

E.: Cerca hay dos. Pero la que tiene psicólogo es una.

I.: ¿Y hospitales?

E.: Y hospitales montón... Hospitales hay, está el Castex, está este, el Thompson, está la Belgrano, está el Fleming...

I.: ¿Qué pensas sobre la falta de profesionales disponibles para estos servicios? ¿Por qué creés que sucede eso?

E.: Mirá, te voy a ser sincera a la pregunta que vos me diste... Yo en ese aspecto no lo siento mucho, vos sabés que, te conté que yo... no me gusta mucho el psicólogo, ¿sí? No lo siento mucho. Creo que las personas no lo sienten mucho porque, no sé, para ellos no es un... es una medida de emergencia, ¿sí? Hasta que le sucede, ¿no es cierto? Porque si no le sucede, para ellos, para otras personas, no es muy bueno eso. Pero, cuando le sucede, ahí sí estaría bueno que tengamos psicólogos... Pero mientras tanto no lo miramos mucho en eso, pero en estos tiempos que estamos viviendo de los niños... Te hablo más de los niños porque yo trabajo con niños... No hay. No hay. No hay...

I.: ¿Por qué crees que no hay?

E.: Hay pocos psicólogos o no quieren trabajar, para mí. Para mí.

I.: ¿Y vos crees que siempre se le dió la misma importancia a la salud mental?

E.: Para mí, no se le dió importancia, para mí no.

I.: ¿Todo el tiempo fue así? ¿O hubo una época en la que haya sido distinto?

E.: Yo nunca escuché. Lo que estoy escuchando más es ahora. Antes no se escuchaba mucho. Antes no se escuchaba, ahora sí se escucha mucho. También están trabajando mucho los psicólogos por la pandemia, ahora se escucha mucho por eso.

I.: ¿Después de la pandemia se hizo más difícil conseguir un psicólogo o es lo mismo?

E.: Se hizo más difícil.

I.: ¿Y antes era fácil o era difícil?

E.: No, no era fácil eh, no. Pero ahora se ve más difícil.

I.: Antes, ¿si querías conseguir un turno para un niño...?

E.: No se conseguía tanto. Ahora se ven más psicólogos porque están charlando más sobre el psicólogo, por los niños. Pero igual no se ve mucho. Porque... mirá que yo voy a la salita, voy a hospitales, ¿sí? Y sé que hay psicólogos, sé que hay en hospitales, todo, porque he visto gente que lleva locos y todo eso. Lo he visto yo porque estuve internada [por un asunto no psicopatológico], ¿no es cierto? Pero no se ve mucho de eso en el barrio, en ese aspecto ¿por qué? Porque no se dan cuenta que realmente necesitan un psicólogo. Yo te digo sinceramente que a mí tampoco me gusta porque no me gusta contar mis cosas, ¿sí? Pero hay personas que sí necesitan psicólogo y contar sus problemas. Y... ya que un psicólogo no va a decir los problemas que tiene esa mujer. Pero ¿qué pasa? Acá cuesta en ese aspecto. Cuesta mucho.

I.: Para los profesionales que sí hay, en la salita, los de obra social, privados... ¿Hay barreras para acceder a ellos? ¿De ubicación geográfica, administrativas, financieras...?

E.: Para mí es financiera. Si vos querés un turno rápido, pagás. Es financiera, para mí.

I.: ¿Y cuánto cuesta un psicólogo?

E.: Mirá, no sé. Nunca pregunté. Pero si es financiero, sí. Creo que todos están pagando... Yo tengo una chica conocida, la nena tuvo un problema en la cabeza, ¿sí? Y tenía que estar un psicólogo, ¿sí? Ella buscó, hasta en clínica privada buscó psicólogo y no había turno para mandarle enseguida. Y lo tenía que mandar enseguida porque el problema que tenía ella era muy grave... Tenía como... que se quería matar. Tuvo que pagar psicólogo. Ahora, ¿cuántas veces fue? Tres. Porque ya no pudo pagar más. Y fue a la clínica y le daban acá a dos meses. Y ella lo necesitaba más rápido. Entonces privado vos lo podés alcanzar, pero si tenés plata. Ahora, ella tuvo tres veces plata y después no pudo mandarla más...

I.: Y si tuviera que ir a un público, están los turnos que me decías ¿hay otras barreras? ¿Las distancias?

E.: Si es la salita, podés ir caminando. Podés caminar. Pero si es hospital tenés que tomarte el colectivo. Algunos tienen auto, pero yo creo que casi todos usamos el colectivo.

I.: ¿Y qué distancias...? ¿Cuánto tiempo te puede tomar eso?

E.: Ir al hospital y volver... Y, tres horas. Porque el colectivo tarda mucho.

I.: ¿A cuál hospital me decís?

E.: Castex. Y después en el Castex tenés que esperar a la fila, ¿sí? Y después de la fila, tenés que esperar que te atiendan, si te atienden. Si no, te dan turno, ¿y cuánto tardas? Tres horas.

I.: Esta fila, ¿es para que te atiendan o para que te den turno?

E.: Para que te den turno. Y después de eso... a veces cuando ya dice urgente te atienden, pero eso único.

I.: Últimas preguntas: ¿creés que la comunidad está haciendo algo para cambiar o mejorar la situación actual?

E.: No.

I.: ¿Y por qué crees que no?

E.: Porque... No le dan el lugar a un psicólogo. Para ellos un psicólogo no es necesario. Pero si va a un médico clínico, y le dice que necesita ir a un psicólogo, ahí van. Ahí sí. Si no, no le dan importancia a eso.

I.: ¿Y qué pensás sobre esto? Sobre que no se esté haciendo nada o no se le dé esa importancia.

E.: Mirá, desde que mi hija me dice que está bueno ir al psicólogo... Estaría bueno para muchas personas, para los niños. Especialmente los niños ahora que los padres se están separando, que los padres no tienen plata, que a veces están viviendo en la pobreza... y a veces hay niños que le agarran locura, ¿no es cierto? Y depresión.

I.: ¿Algo más que te gustaría sumar a lo que dijimos?

E.: Que estaría bueno que... en los barrios se sumen psicólogos, para muchas cosas ¿sí? Para género, y otras para depresión de los niños, porque hay mucha. Y estaría bueno que tengamos alcance a eso... No a dos meses, ni a un mes, sino que a la semana podamos decir 'mirá, tengo turno a la semana, andá y atendete', ¿sí? Pero que trabaje el psicólogo con el pediatra o en clínica... Y que digan lo que pueden hacer. Y de ahí, van a hacer mucho.

I.: ¿Dónde crees que debería estar ese servicio?

E.: Adentro del barrio. Porque acá en el barrio en el que estamos, no hay. Las salitas están afuera del barrio... Y no hay.

I.: Eso es todo. Muchas gracias.

E.: Espero que te sirva.

ENTREVISTA A SANTIAGO T.

Investigador: ¿Cuáles crees que son los problemas de salud mental más comunes presentes en tu barrio?

Entrevistado: Acá en el barrio hay muchos problemas... Esto resultó así siempre desde el inicio del barrio, pero lo último fue, digamos, en la pandemia que lo pasamos mal y toda la gente... Se necesitó siempre ayuda de profesionales para ir ayudando a la infancia, a la juventud y también

mayores. Como padres de familia, nosotros estábamos muy... sujetos digamos a querer mejorar, pero no era, no era cuestión ni del Gobierno ni de nadie. Esto de la pandemia fue general a nivel mundial y todo eso. Atravesamos un tiempo muy, muy difícil, en la cual se precisaba en ese momento... o bueno en todo momento se precisa de profesionales. Para poder llevar, digamos, sobrellevar todo lo que es cuanto la psicología de los niños en forma general.

I.: ¿Los problemas de salud mental más comunes los ubicás en la población de niños, de adolescentes, de adultos?

E.: Claro de los niños, se... se van digamos agarrando un poquito más, más rápido de... sobre esto ¿no? Porque a través de los padres, que creo que somos los que transmitimos la preocupación y los chicos lo asumen mucho más rápido eso. Entonces... ósea por diferentes lados, se necesita, digamos, una, una ayuda de salud mental... para poder sobrellevar todo esto, y en la actualidad que se quedó, digamos, con todas esas secuelas y se precisa, se precisa profesionales como para que, puedan ayudar a sobrellevar todo esto y... y todo influye en la parte económica. Todo esto influye mucho, muchísimas cosas. Entonces acá en el barrio necesitamos, tanto para, para las familias completas, empezando desde los niños hasta los mayores.

I.: ¿Y qué problemas identificas que necesitan apoyo esas familias, esos niños?

E.: Por ejemplo, los chicos en su forma de ser, su personalidad llegó a afectar bastante.

I.: ¿La pandemia?

E.: La pandemia, sí. En la escuela, en el trato mismo familiar, el trato es distinto a lo que era más antes, es una etapa que, que si uno lo va analizando fue un cambio rotundo... fue un cambio rotundo. También por cosas de la edad hay diferentes tipos de cambio, pero esto de la pandemia afectó bastante.

I.: ¿Qué significa para vos ser usuario de un sistema de salud?

E.: Significa para mí, digamos, usuario, que yo tenga que... precisar o necesitar de un profesional como para poder tener la salud buena.

I.: ¿Pensás que existen dificultades o problemas de salud para los cuales no hay respuesta o atención en el barrio o en las zonas próximas? De salud mental...

E.: Si nosotros habíamos solicitado, pedimos profesionales en cuanto, para el trato de, de la infancia, la juventud y para mayores ¿no? Y no hay, no hay ningún tipo de respuesta, creo que es un tanto... puede ser la respuesta económica de parte del Gobierno, del Estado, que se vió... capaz que sea de ese lado, porque no, no, no tuvimos ninguna respuesta.

I.: Según tu opinión, ¿sentís que hay enfermedades de la salud mental que han sido y son atendidas en el barrio?

E.: Emm... Sí, hay... Hay chicos eh bueno que ya anteriormente antes de la pandemia ya todavía se necesitaba un profesional. Y con eso, con la pandemia, empeoró y... y, bueno, siempre es, siempre es necesario, siempre ósea. En la actualidad, precisamos salud mental en el barrio.

I.: ¿Y vos conocés casos que hayan sido atendidos o que sean atendidos en el presente?

E.: Emm, bueno que hayan sido atendidos... muy pocos, porque tienen que acudir a los hospitales y solicitar un turno... y aquellas personas que están muy mal si acuden, pero hay otras personas que prácticamente... los papás, como estamos constantemente trabajando y todo eso tal vez dejamos pasar esto, pero en la realidad nosotros necesitamos, aquí necesitamos para la atención de nuestros hijos y toda la familia completa.

I.: ¿Y te paso a vos, o sabes de alguien que le haya pasado, de sentirse perdido, de no saber a quién acudir para pedir ayuda?

E.: Y bueno, en... basándome siempre en la pandemia, bueno, no podríamos acudir a nadie en ese momento porque estábamos, estamos a lo que Dios mande porque... en ese momento no podíamos acudir a ningún lado.

I.: ¿Y por fuera de la pandemia?

E.: Y fuera de la pandemia, ahora estamos tratando de recuperar todo lo que perdimos en la, en la pandemia y ahora nos estamos abocando más a recuperar todo eso y nos estamos descuidando bastante en el tema de la salud mental.

I.: ¿Y antes de la pandemia vos sentías que había personas que podían estar perdidas en dónde acceder, en dónde pedir ayuda?

E.: Sí, sí, bueno, eh... La juventud y la infancia siempre estuvieron perdidos en todo eso. Nosotros como papás creo que somos responsables de poderlos conducir a que estén bien. Y

prácticamente los chicos no hay... Ellos necesitan mucho apoyo para así puedan dedicarse a lo que es la... un bienestar del barrio, una buena convivencia y todo eso... Hay muchos, mucha juventud que se dedica a la droga, al robo y todas esas cosas de la delincuencia y... y necesitamos, necesitamos la ayuda que, donde se pueda ir mejorando, esta nuestra sociedad.

I.: ¿Has tenido alguna mala experiencia, o sabés de alguien que ha sufrido una mala experiencia, intentando tener alguna consulta con un profesional de la salud mental?

E.: Bueno, acá a la casa vinieron un par de personas que bueno, que... con diferentes tipos de problemáticas, ¿no? Y... la verdad que no supimos en ese momento dónde... nosotros en ese momento decíamos que en los hospitales, que vayan a ver un psicólogo y todo eso ahí. Pero hay mucha gente, como nosotros tenemos gente, tenemos el negocio [comercio de venta al público], vienen y en la conversación cotidiana y sale el tema, se vé que necesitan, necesitan un profesional, psicólogo, como para que pueda ayudarles, porque donde se los indica digamos algunos tienen que pagar y... y los que van al hospital tienen que esperar un turno largo y si tienen suerte los atienden y sino después perdieron el interés y ya no van. Hay bastante, bastantes casos.

I.: ¿Existen profesionales disponibles, que brinden servicios de salud mental que sean públicos, privados o por obras sociales en el barrio o en zonas próximas?

E.: Yo veo que es un poquito complicado, como comentaba más antes, los hospitales que se demoran en sacar turnos, son extensos los turnos. Nosotros siempre decimos que pregunten en un hospital, que tiene que haber un médico, un psicólogo... Pero otros lugares, yo veo en algún lugar donde el psicólogo es particular, pero algo del Estado no lo ví en ningún lugar. Por lo tanto... Es muy necesario, yo no encontré uno.

I.: Y estos particulares que vos has visto, o los públicos de los hospitales ¿dónde se encuentran estos hospitales o estos particulares?

E.: Acá el Hospital Bocalandro puede ser. No que entré a la consulta, porque ví por el letrero que hay psicología y todo eso pero, pero no sé si... [silencio].

I.: ¿Uno iría al Bocalandro, estando acá en Costa Esperanza?

E.: Al Bocalandro y bueno, los hospitales yo generalizo que deben tener.

I.: ¿Y qué otros hospitales hay en la zona?

E.: De hospital tenemos el Castex, y podría ser el Thomson... Bueno, esos son los más cercanos, no hay otros. Y otros particulares privados que sería ahí por Suárez [al norte del barrio CE], ahí por [el centro de] San Martín.

I.: ¿Qué piensas sobre los servicios disponibles que dan estos profesionales o de la falta de ellos? Si tenés alguna opinión, si tuviste que acudir a uno o por ahí escuchaste sobre una buena experiencia o una mala experiencia de alguien...

E.: Yo creo que todas las familias en la actualidad precisan de un profesional porque... pasamos tanta problemática que hay en la vida cotidiana, entonces, vivimos a parte en el barrio Costa Esperanza y bueno, hay... pasamos por distintos tipos de problemas. Por lo tanto sí, necesitamos profesionales. Es muy necesario para todas las familias nuestras en el barrio.

I.: ¿Siempre se le dió la misma importancia a este asunto? ¿Vos siempre le diste la misma importancia?

E.: Personalmente yo le veo la importancia, hay gente que se acostumbró... ya no le da tanta importancia a eso, pero yo soy una persona ya mayor y veo el cambio de lo que es la vida en realidad y me preocupa muchísimo sobre ese tipo de cambios, porque... me gustaría que se vuelva, digamos, a lo que era antes, una tranquilidad buena, una buena convivencia con los vecinos, con los chicos... Cambió montón digamos, el trato entre personas, ya sea la juventud, entre... La juventud, los niños ya no respetan al mayor y todas esas cosas. Y, bueno, también la parte económica que afecta sobre todo eso, toda la problemática que es política, todo tiene su efecto.

I.: ¿Decís que esos cambios que hubieron, cambió la importancia que tiene este asunto?

E.: Si, si... Todo tiene su efecto, su cambio, y todo eso. Es muy necesario para nosotros... es muy necesario un profesional.

I.: ¿Hay barreras de acceso que impiden llegar a los profesionales de salud mental que ofrecen sus servicios? Por ejemplo los del hospital.

E.: Yo creo que es una cuestión de tiempo nada más en los hospitales, es cuestión de tiempo que... bueno, los papás estamos avocados al trabajo y todo eso y un tanto nos falta ese tiempo como para poder ir, esperar... Es distinto cuando uno tiene la plata, va donde un profesional, paga y la tiene casi inmediatamente. Eso es distinto.

I.: ¿Hay una barrera económica ahí entonces?

E.: Hay una barrera económica.

I.: ¿Y en los tiempos? Dijiste que hay que ir y esperar.

E.: Claro, hay que esperar el turno, que son extensos y todo eso, sí... Y bueno, nosotros los papás que estamos ocupados en el trabajo, como yo te había dicho antes, estamos tratando de recuperar lo perdido que estábamos parados prácticamente en la pandemia. Así que, tratamos de cubrir todo ese espacio de deuda, digamos.

I.: ¿Crees que haya acciones que la comunidad del barrio hace o pueda hacer para cambiar la situación actual? De disponibilidad, de las barreras de accesos.

E.: Bueno, acá en el barrio es un poquito complicado por... por diferentes cosas, ¿no? Una es por lo que te comento, factor tiempo, otra es la voluntad de quererse sanar, algunos porque son niños o adolescentes que están pensando en otra cosa menos en su salud, y el único nos queda: los papás para ocuparnos de todo esto.

I.: ¿Algo más que quieras agregar? ¿Algo que pienses sobre las acciones que la comunidad podría hacer, o las organizaciones, o los padres?

E.: Si, nosotros como padres pedimos al gobierno, al Estado, que nos dé esa ayuda para mejorar el barrio, para mejorar la sociedad entera de que tengamos profesionales acá para que nos puedan ayudar, ayudar a todo eso, la ayuda va a ser nuestra y de toda la comunidad y todo San Martín y todo Buenos Aires. Esa va a ser una muy buena ayuda.

I.: Por ahora eso es todo, ¡muchas gracias!

E.: A vos.

ENTREVISTA A BEATRIZ H.

Investigador: ¿Cuáles crees que son los problemas de salud mental más comunes presentes en el barrio Costa Esperanza?

Entrevistada: Y lo más... lo que más vemos nosotros es con respecto a la adicción que hay, por el tema de que los chicos que consumen mucho después ya tienen hecho mierda la cabeza, digamos en una palabra. Y eso es lo que más se ve acá en el barrio de los pibes.

I.: ¿Qué significa para vos ser usuaria de un sistema de salud mental?

E.: Y... para mí ser usuaria de... para mí es importante.

I.: ¿Y qué se necesita para ser usuario o usuaria?

E.: Me parece... me parece que el Estado tendría que estar presente en eso para que nosotros podamos solucionar el problema de... la problemática, que nuestros hijos están en consumo, porque sin la ayuda de un profesional, no podemos acceder a la ayuda o a la contención para ellos, porque hay cosas que nosotros contenemos desde el amor, a veces desde la ignorancia, también cuando ellos están pasados de rosca con la... con la merca digamos así. Porque acá no es que fuman un porro, no, acceden a la merca, la merca está muy cortada y claro, cuando ellos consumen no quieren una bolsita en una noche, quieren más, y más, y más, y más porque ya no les alcanza. Entonces... en ese momento crítico... que ellos están en otro mundo... para nosotros es difícil, al no saber, te imaginas, por ejemplo... en mi caso personal... no sé, por ahí esto, yo accedí en mi juventud a una droga permitida, digamos... de tomar un Geniol, una Bayaspirina que son drogas permitidas, de tomar un vaso de vino, una cerveza o un cigarrillo, ¿viste? Pero más de eso no, porque esos son los que están permitidos, pero no esto que no están permitido. Entonces me cuesta entender mucho esa parte. Entonces, por ahí en un momento así de locura, que mi hijo estaba muy sobrepasado, no sé, por ahí me provocaba y quería yo también ir a los golpe y, la verdad, que darle un bife en ese momento no, era cómo, generar más problema, era como encender más el fuego, viste, que estaba prendido. Y yo no, no tenía conocimiento y... pero bueno, con el tiempo fui aprendiendo y cuando ellos están así, dejó que estén así, y después cuando bajan ellos después de que le pasa todo eso ahí si voy con él... con la contención maternal, digamos, ¿no? De... de decir bueno, volvió mi hijo otra vez a la realidad, ni por más que esté triste, dolido. Porque ellos cuando terminan de consumir esos dos, tres días, después caen y ahí es donde tratamos de estar nosotros y, y decirle que le amamos. Esa es nuestra única herramienta que tenemos ahora en este problema de la adicción con ellos. No sé si respondí...

I.: Sí, sí...

E.: Sí estuviese en esta parte el Estado, no sé, nos... Nos, nos daría la contención a nosotros, ¿entendés? Por ejemplo, decí vos, 'bueno, yo sé que me voy ahí, me abrazan, me ayudan y me dicen cómo seguir con mi hijo', ¿no? Eso no tenemos esa parte.

I.: Claro... y teniendo en cuenta esa pregunta de... para vos, ser una usuaria de un sistema de salud mental sería eso...

E.: Al ser usuaria yo estaría ahí pendiente, ¿viste? Así como que yo voy ahí y ahí me ayudan a mí, porque en realidad los que lo estamos pasando mal, más mal que el adicto, somos la familia, porque nos duele, porque estamos consciente de la realidad. Tenemos ese problema, nos sabemos cómo solucionarlo.

I.: Y hoy, ¿qué sucede? Vos vas a buscar esa contención y...

E.: No la hay porque, por ejemplo, tampoco, no es que, a ver... Digamos que 'el usuario' que no se entienda mal como que yo quiero ir y buscar la internación, porque a veces es beneficios y a veces no, con respecto a las edades. Ponele a un menor, vos tenés potestad para internarlo, pero no es que dentro de internación está garantizado que él va a salir recuperado. ¿Por qué? Porque ahí dentro mismo está corrompido todo. Entonces le acercan merca. Le acercan... Osea que ahí es peor. El chico sale peor. Entonces cuando sale, sale con más bronca, por todos los casos que tenemos los pibes acá, salen y consumen el doble y hasta ya son mayores y ya caen presos también ya. Entonces, es más el problema, se suman más problemas, cuando ellos salen, cumplen la mayoría de edad ya. Y cuando son grandes no podemos nosotros ni internarlo, tienen que tener ellos su decisión y... y la verdad, yo tengo un hijo que me dice 'mamá, yo no quiero... no quiero'. Dice que él sólo va a salir y está con esto, viste, que está todo bien, dos semanas bien, fumandose un porro, pero después cuando consume la merca se pierde dos días. Y en esa pérdida de dos días es donde nuestro corazón late cada vez más fuerte, porque tenemos miedo de que pueda hacer alguna macana y pueda caer preso. Porque tampoco caer preso sería la solución de él, en ese sentido.

I.: ¿Y te ha pasado entonces de sentirte pérdida, de no saber a quién acudir para pedir ayuda?

E.: No, no podemos, a ver, ¿a quién le vamos pedir? Nosotros como mamás, a ver, nosotros lo único que hacemos, porque somos mamás acá del espacio [organización comunitaria que dirige Beatriz]... Ahora, en este momento somos tres mamás, las más críticas. Entonces ¿qué hacemos nosotros? Hablamos entre nosotras, nos abrazamos entre nosotras. 'Dónde podía estar', 'dónde podría estar', porque también son los pibes que accedieron en un momento a la Escuela UNSAM [Escuela de la Universidad de San Martín], ¿no? Ahí sí había un equipo de contención para los pibes.

I.: ¿En la escuela UNSAM, en la técnica de acá?

E.: Sí. Entonces ¿qué pasa? Que estos pibes siempre a dónde acuden: a la técnica nuevamente. Por más que ya no están más en la escuela.

I.: ¿Van ahí?

E.: Van y buscan ayuda ahí. ¿Entendés? Entonces, siempre estamos nosotros hablando del tema... acceden al tratamiento, digamos... después lo abandonan. Osea que están ahí en eso, como que... Para mi el tratamiento que están haciendo es como muy, muy... Como tomar una Bayaspirina, ¿viste? No como que los traten bien.

I.: ¿Han tenido malas experiencias con tratamientos o con consultas?

E.: Y, por ejemplo, ponele, eh, acá en el territorio, tenés gente que trabajan en Sedronar, que supuestamente tienen que hacer los tratamientos ambulatorios. Pero están sentados, ni buscan los pibes.

I.: ¿Dónde están estas personas?

E.: Están así en el territorio. Pero cobran por ser del Sedronar, pero de vos ver que realmente están abocados a trabajar con los pibes, no... No, no, no vemos nosotros... Bah, nosotros que estamos con con esta problemática ¿viste? Te dicen que... Ponele que una mamá en su desesperación va y dice que le quiere internar al hijo, pedir ayuda, te dan vuelta, 'no', osea que, mucha burocracia a la hora de acceder a algún tratamiento ambulatorio para los pibes.

I.: ¿Existen otros profesionales disponibles en salud mental que den servicios de salud mental, sean públicos, privados, de obras sociales?

E.: Claro, por ahí nosotros queremos que, que, por ejemplo, un tratamiento para un pibe hoy creo yo que está alrededor de los setenta mil pesos. Entonces vamos, pedimos ayuda al Sedronar, el Sedronar nos tiene que autorizar, firmar y que nosotros podamos ir y buscar en alguno privado y que ello nos financien ese tratamiento. ¿Entendés? Entonces por ahí viene la historia que... Bah, yo fui conociendo por todo lo de mi hijo, y cuando yo me fui a mi me dieron bola porque yo soy reconocida nomás... Pero si yo fuese una mamá común, no me darían bola. Esa es la verdad. A mi me dieron bola por ser yo, que me dieron el mejor tratamiento y que elija dónde quería ir. Pero mi hijo cuando vió, me dijo 'Mamá', me dijo 'Acá le drogan. Tenés que estar tomando una pastilla. Tenés que estar de mulo acá dentro, hacer lo ellos dicen. No tenés que ponerte la ropa que usan, todos los pibes, tenés que ponerte una ropa sin... por ejemplo, deportiva, no... Tiene que ser una gorrita...' Osea que como que te tratan como un extraterrestre, y él me dijo 'No, me voy a volver loco'. Me dijo,

'Prefiero...'. Eso era un ambulatorio. Sí, pero no, no, no siguió el porqué no, no le pareció, ya que en ese momento vi cómo venía la mano y me dijo que no, pero bueno. Él tuvo su experiencia muy mala, la droga le hizo que cayó preso. Bueno, salió de ahí y nunca más cayó preso, nunca más fue a robar. Nunca más... nada. Osea que si, si consume, hace con lo que él trabaja. Porque eso también tenía que negociar con él, porque yo le dije 'Bueno, vos decidí'. Me dijo 'Yo soy grande y yo quiero drogarme'. Entonces le dije 'No nos lastimes más. Primero, no nos robes más. Segundo, si vos decidís eso, que sea con tu plata, no con la plata de los demás. Porque eso de los demás te llevó allá'. Y allá casi me llevó a la muerte a mí. Y él también vio que estar preso no... Así que trabaja, está con esto que te digo, pero él también decidió no hacer tratamiento, entonces...

I.: ¿Empezó el tratamiento o no empezó?

E.: No, cuando vio que, que es todo así que, osea que le drogan otra vez, que le dan pastillas... Él viste me habla así en esos términos, de que le dan pastillas para seguramente dominar la ansiedad. Y él me dijo que no, que le va a dejar más bobo... Entonces no, no, no accedió.

I.: ¿Y existen profesionales en el barrio, en la zona alrededor que puedan dar estos tratamientos? Sean para adicciones o para otros trastornos.

E.: No, acá en el barrio, cuando es la época electoral aparecen psicólogos, psiquiatras, todo... para atravesar esto, ¿no? Una vez que consiguen algo en el municipio, a ver, ponele, mandan a X persona de acá. Esa persona está sentada acá en su oficina, yo no ví ningún pibe que va. Pero tiene el cartel que son de Despegar [programa municipal de San Martín para asistir y acompañar personas con consumos problemáticos], que las adicciones, pero en realidad no patean el barrio, no hablan con las mamá, no te digo andá a hablar con el pibe, andá a hablar con la familia. Acá cuando ellos [las familias] van a hablar, ya están desesperados, algunos ya están presos los pibes, porque esto es así viste, la adicción te lleva a estar preso también. Y después tenemos otro que ya está mal de la cabeza y yo creo que la única, los únicos lugares que más o menos yo observo que medianamente ayudan a los pibes sin ningún interés son las iglesias evangélicas. Ellos forman su equipo de psicólogos. Obviamente que saben cómo llegarle a los pibes y van recuperando algunos pibes, viste. Medianamente lo contienen. Tampoco es que lo sacan del todo. También depende de cómo usan ellos su fe. Algunos creen mucho y dejan viste. Pero yo el único lugar que yo ví que realmente dejan y que están testimoniando ahí y que por ahí los pibes le presten atención es la Iglesia Evangélica.

I.: ¿Y tienen profesionales?

E.: Tienen sus profesionales... Sí, porque hay una iglesia acá en Hurlingham [partido cercano a CE, al sur-oeste] que trabaja mucho con los pibes. Eso sí, y van los pibes, escuchan. También lo

hacen retiro espiritual que por ahí a ellos le contiene más eso y... bueno y unos han abandona y ahí siempre andan dando vueltas... Pero es el único lugar que yo vi que fue positivo. Después con respecto al Estado que tendría que estar presente, no.

I.: Y de profesionales privados o públicos en hospitales o salitas de la zona, ¿conocés, escuchaste?

E.: Y te digo ponele, dicen... Bueno, por ejemplo, X [nombre de vecina] viene que quiere ayuda psicológica para su hijo -o el psiquiatra ¿no? Como ellos dicen-. Acá en el barrio no hay nada, tenés que irte a Suárez o [centro de] San Martín y que te den la orden y a ver cuando tenés turno también. Y las salitas están desbordadas. No solamente por las adiciones, también por los pibes que van ponele desde un colegio, eso ya te quita el lugar. Los pibes... la salita tiene también sus pacientes, ¿entendés? Entonces es como que se desborda todo ya, para el pibe ya... Más que vos sabés que a un adicto vos le decís un psicólogo y 'yo no estoy loco' te dice, ese también es un tema.

I.: ¿Siempre se le dió la misma importancia a la salud mental? ¿Antes o en algún momento se le dió más importancia?

E.: Yo creo que a esta altura de cómo está el tema de la droga -vamos a decir la verdad ¿no?-, no podemos pedir una solución para nuestros pibes. Nosotros como mamás, obviamente queremos la solución, pero sí vos realmente miras ese negocio muy grande que el Estado negocia con los narco, entonces a ver... Es difícil entender para nosotros porque sabemos que cada vez va se va a agrandar más, ¿entendés? Esto no, no va a menguar. ¿Por qué? Porque es un negociado. Ellos tienen que tener quien le compre, ¿entendés? ¿Quién lo va a comprar? Nuestros pibes. Ellos tienen que tener quien le venda y quien compre. Vos va a saber que hay transas y pibes, pero vos ves que esos no se jubilan, ni el transa ni el soldadito ni... no se jubilan ellos, pero los que venden sí se jubilan, ¿entendés? Entonces yo creo que se empeora cada vez más esto. Y obvio, a ver... yo gobierno, negocio y ¿voy a ponerle algo para que se rescaten los pibes? No, como que no va, no hay mucha decisión política. Por ahí lo entendemos hoy que vos ves las redes como están. Hoy podemos acceder a una película de como son en México, como son en otro... Entonces como que ahí se te abre más el panorama de cómo viene la historia y... Ya no es como antes que vos decís a ver, 'de la Capital le voy a llevar a la Provincia y se va a recuperar'. No. Las provincias a veces ponele, a mí me toca estar en el norte, soy del norte. Y no sé acá compran un poquito de hierba, allá compran más fácil, más grande y más mucho... Estamos minados de esa droga. Eso es lo que nosotros analizamos las mamás de mi generación.

I.: Si vos quisieras acceder a algún servicio que sí esté disponible, alguno público o privado... Me hablabas de San Martín, de Suarez y me hablaste de algunas barreras de acceso: mencionaste turnos, tiempos. ¿Qué barreras de acceso hay?

E.: Hay una barrera Mateo, porque... Por ejemplo, yo te explico... Si yo quiero operarme hoy, como lo hice hace tres semanas... y yo me fui a pagar a cien mil pesos por una operación... y me atendieron y te digo la verdad, me besaron el orto. Y si yo voy en el público a esperar, y capaz de acá a un año para ir. Osea que, como que, la plata, tiene mucho que ver al acceso a muchas cosas, como estamos ahora. Osea que también la plata influye mucho y estamos en la línea de pobreza terrible acá en el territorio. Es como que para nosotros no, no existen programas públicos... El privado sí va a estar, pero tenés que garpar. Y una mamá no... A ver te digo yo: yo pagar todos los meses por mi hijo y, no se por ahí lo haríamos, pero sabemos que sí cuesta plata. Si vos querés tener garantizado algo, cuesta plata. Es el acceso que nosotros podemos tener.

I.: Y en el público, el año que me decís que te puede tardar una operación, en una atención de salud mental, ¿cuánto te puede tardar?

E.: Cuanto, porque se trata de la mente, la cabeza. Osea, que me parece que, que lo mío fue una operación: 'pum', me cortaron, terminó ahí la historia, estoy bien. Pero me parece que un pibe así que está con el problema mental, todo el tema de las adicciones, cómo que va a llevar su tiempo ¿viste? Porque no es fácil. Lleva, es muy prolongado el tratamiento de ellos.

I.: Sí... ¿Y conseguir una consulta? Que no es un tratamiento, sino que el primer paso, una consulta de primera vez.

E.: Y sí, hoy cinco mil pesos arriba está una consulta.

I.: ¿A un privado?

E.: A un privado. Cinco mil pesos el piso. Y ahí fijate vos cinco mil pesos... ¿Cuánto están cobrando un plan hoy? Dieciséis [mil pesos]... Hay trabajo y no, algunos están desocupados. Y a veces ¿qué deciden los pibes? Y, a ser soldaditos, a vender. ¿Por qué? Porque ser hoy un soldado está cuatro mil pesos. Y él no va a ir a hacer la consulta, si todos los días está ganando ahí. Más vale va a consumir, ¿entendés?

I.: ¿Y hay en salitas u hospitales cercanos profesionales, que vos sepas?

E.: Y acá en la salita 14 hay una pero, pobre... no da a basto, es mucha la población acá. Te imaginás Costa Esperanza se triplica... y no solamente Costa Esperanza, todo [barrio] Uta, todo...

I.: Claro. ¿La salita 14 es la de Uta?

E.: La de acá [señala en dirección al barrio Uta del Municipio de 3 de Febrero, que es lindero a Costa Esperanza en su cara sur] la 14 y allá [señala en dirección a barrio Libertador, lindero al norte de Costa Esperanza] la 6, ¿viste? Pero no, no, hoy no accedés a un turno, hay... muuucho tiempo. Y a veces, cuando te pasa algo con tu pibe vos querés inmediato, ya, ya, ya. No es ya, ya, ya.

I.: ¿Y en hospitales?

E.: Y en hospital te derivan ¿viste? No, no... yo, por ejemplo, con el tema de mi hijo, con Javier [pseudónimo del nombre real] no sé... estamos ahí con eso, pero... Te digo ya que falta mucho la contención a la familia, porque si una familia está contenida como que, viste uno puede avasallar de otra manera. Nosotros lo hacemos porque ya no nos queda otra. ¿Entendés? Por qué buscamos nuestra herramienta que, que... que a veces acertamos, y a veces no. Tratamos de... la estamos piloteando ahí, ¿viste? Porque tampoco... A Marisa [pseudónimo de otra vecina] con su hijo que decidió irse a vivir en la calle. Quiere consumir. Porque quiere vivir en ranchada. Y estar todo el tiempo, ver por dónde será que está, es difícil. Marisa está peor que yo en ese sentido, porque él decidió... no vivir con la mamá, en una cama limpia, abrigada... decidió volcarse a vivir y dormir en la calle y drogarse y estar ahí... Es como muy jodido el consumo. Y ella no, no, no sabe, porque él no se deja ayudar, no quiere, no quiere. Prácticamente, no quiere ya ayuda. Antes, a ver, se lo internó. Salió peor de la internación. Después por su voluntad, va y a abandona... Va y abandona... Nos cuesta, la verdad que nos cuesta. Después tenemos a Lucas [pseudónimo] que hace el ambulatorio, otro pibe, y que va bien un tiempo y después lo abandona, porque quiere volver y quiere vivir esa vida de estar y la verdad acá Costa Esperanza está tranqui, pero Independencia [barrio de San Martín cercano a Costa Esperanza] allá al fondo... Esta tremendo. Ahí hay peleas de narco, ¿viste? Peleas de territorio. Entonces vos corrés el riesgo de que vayas a comprar y... Ese es otro tema. Donde pelean por el territorio los tranzas y estos se van a comprar y pueden salir mal ¿viste? Entonces ya sumado a eso, tenes el doble quebranto, y querés ponerle límite y no hay, no hay, no le podés poner límite, estamos devastados con eso.

I.: ¿Crees que hay algo que desde la comunidad se esté haciendo o que se pueda hacer para combatir estas barreras de acceso o a este problema de disponibilidad?

E.: Y por ahí las organizaciones también viste... lo que yo veo porque yo participo en la reunión de la Mesa Reconquista [reunión entre referentes de organizaciones comunitarias dentro de la

cuenca del Río Reconquista, el cual en estas zonas corre paralelamente a la Autopista del Buen Ayre], ¿no? Y a veces como que hay compañeros que no quieren hablar de eso. No sé, cómo que, la otra vez solamente hablamos de la ley de salud mental, ¿viste? Pero muy poco... Como que, es algo que quizá también tienen miedo porque tuvimos reuniones acá en el barrio, y algunas mamás me decían 'no, porque los tranzas van a investigar, que si nosotros vamos a recuperar pibes después nos van a mandar a tirotear la casa'... Y... Está muy jodido esa parte. Pero por ahí qué sé yo, pedimos y por ahí tenemos acceso, por ahí no también, el no siempre está, pero... Yo no veo profesionales que se comprometan, porque no son de nuestro territorio. Porque vos vas a llegar psicólogo, ¿no? Ponele vos conociste acá el barrio porque justo viniste a trabajar, pero no vivís todo el tiempo acá para decir bueno 'uy yo soy psicóloga y yo sé cómo le voy a atender al pibe acá porque el pibe es de mi barrio', ¿viste? Entonces exigimos siempre, pero hay cosas que sí nos dan bola, otras que no...

I.: Si alguien vendría a atender de afuera, ¿creés que se cruzaría con eso? Con una barrera cultural digamos.

E.: Y por ahí creo que quizá hay algunos profesionales que sí le gusta su profesión, ¿entendés? Y quiera ponerle el lomo. Pero, ponele, una persona que se fue a poner el lomo en la villa allá, pateo pateo y el otro que está allá en el escritorio, y capaz que el que viene de patear y el otro está en el escritorio ahí, le jode, le molesta ¿entendés? Capaz que también algunos profesionales tienen buena disponibilidad pero la parte de arriba no, no ayuda... Y acá no hay un adicto... Hay miles.

I.: ¿Hablás de Costa Esperanza? ¿Hablás de San Martín?

E.: Y, de todo. Acá hablás de San Martín y hay muchas, muchas villas y... Vamos a los que es ¿no? Donde la villa es donde están todos los narcos, donde trabajan los narco.

I.: ¿Algo más que quieras agregar de lo que venimos hablando?

E.: No, si faltó algo preguntame, por ahí me desplazé en otra cosa y no te respondí.

I.: No, te agradezco, me respondiste todo y te abriste. Gracias.

E.: No sé por ahí... eso, la parte de la familia, como que dejan todo de lado y somos las que tenemos que estar, las mamás, los papás, al pie del cañón y las que salimos a correr y las que no judicializamos a nuestros pibes sino que queremos ayudar y... Eso nada más, que por ahí esa parte, por ahí necesitaríamos la ayuda profesional para nosotros ¿viste? De cómo tratar al pibe, de cómo... Porque no es que solamente yo quiero saber, si no que transmitir a otra mamá que viene apresurada,

que 'le rompí la cabeza, le cagué a palos' y no es así, ¿entendés? Ni decir porque está en la esquina el pibe es chorro. Venimos ya nosotros cargado con todo eso que queremos a veces que esas mamá contengan a sus pibes y no lo tiren a la calle, porque allá la calle los agarran y... [silencio].

I.: Eso es todo por ahora de mis preguntas.

E.: Bueno, espero que te sirva.

I.: ¡Sí! Muchas gracias.

ENTREVISTA A NADIA Q.

Investigador: ¿Cuáles crees que son los problemas de salud mental más comunes presentes en el barrio?

Entrevistada: Los problemas de salud mental que más tenés en el barrio es, este, trastornos en el habla, trastorno físico también, producto de agresiones, cosas que han pasado durante y post pandemia, más en este tiempo en niños... En niños, sí.

I.: ¿Y qué tipos de trastornos en el habla ves?

E.: Los chicos tartamudean o directamente no hablan, o hablan pausado, o su habla es con temor. ¿Sí? Por poder expresar las cosas que a ellos les pasan y sus pares o las personas que están a su cargo, responsables, no los pueden entender.

I.: ¿Hay trastornos de la conducta?

E.: Trastornos de la conducta, están agresivos, a veces toman un juguete o lo arrojan directamente con señal de enojo, o como que no toleran tampoco la disciplina o la corrección del responsable que es la maestra, ¿no? 'No, eso no se hace' y como que de enojo tira la caja o a veces empuja a la docente o arroja el juguete a su compañera. No acepta el no como respuesta, si no se hace como una barrera a la cual la otra persona no puede acceder. Y es preocupante.

I.: ¿Ves algún otro trastorno de salud mental en otras poblaciones? ¿La población adulta, en los jóvenes?

E.: Si, si, si, totalmente... totalmente. Ahora más en pandemia, mucha llamada de teléfono pidiendo ayuda, de mujeres con el tema de desequilibrio total, emocional, pidiendo ayuda del no saber cómo, cómo hacer, ataques de pánico, llanto, desesperación, aún por pérdidas también.

I.: ¿Y te llaman a vos?

E.: Sí, sí... he sido el 0-800 del barrio...

I.: ¿Y porqué te llaman a vos?

E.: Creo que me llaman porque me ven como una persona, como un referente que les puede quizás prestar oído o quizás les puede dar una palabra de calma a la situación que ellos están viviendo, o quizás también como dirección a donde ellos quizás también pueden ir y buscar un lugar. Por ejemplo, si a mí me llaman y me piden ayuda yo sé que tengo que recurrir a X persona de un centro de salud para pedir ayuda, de orientación o de alguna ayuda para esa persona, porque hay cosas que exceden a mis posibilidades. Entonces lo que hago es pedir ayuda a otros para que esas personas puedan ser contenidas y puedan ser ayudadas en ese tiempo que están pasando, en el nerviosismo, de angustia, de paranoia, de grito, de angustia... no, no ha sido fácil para mí. Si yo tengo a alguien con quien poder contar estas cosas, hablar... pero se necesita mucho esa ayuda.

I.: ¿Vos pensás que existen dificultades o problemas de salud mental como los que me contaste para los que no hay respuesta o no hay atención en el barrio o en las zonas próximas?

E.: Si, si, si... Se necesita, en carácter de urgencia, en carácter de urgencia porque no, no se logra un turno, no se logra algo accesible, como llamar a una persona para que te, te escuche o te dé una pauta o un consejo al problema o a la inquietud que vos estás teniendo en ese momento. Al no saber qué hacer con distintas clases de situaciones emocionales o psiquiátricas. Existe el Hospital Castex, que atiende los días martes y jueves, la parte de psiquiatría. Pero a veces llegan ya sin recibir esa ayuda, muchos llegan aún a la automedicación, al mutilamiento, al automedicarse por no encontrar la salida a la desesperación que están teniendo emocional y psiquiátricamente.

I.: ¿Vos crees que sí hay alguna atención para el barrio en trastornos de salud mental?

E.: En el barrio en sí, no... Sólomente hay una psicóloga en el CAP 14 [Centro de Atención Primaria, comúnmente llamado 'salita'] que es una psicóloga que atiende psicología y pedagogía infantil, pero tiene días y horarios... y yo creo que tampoco ella llega a cubrir las necesidades que el barrio necesita... Antes y después, antes de la pandemia y post pandemia yo creo que se ha sumado mucho más ahora porque bueno fue un salir de, de la gente, de contar vivencias que han pasado

durante la pandemia que antes no lo pudieron hablar, no pudieron expresarlo, que es visible, tangible que la gente está toda alterada, están emocionalmente mal, los veo a todos alborotados o agresivos en actitudes con cosas que pasan cotidianamente pero no las pueden manejar.

I.: ¿Tuviste alguna mala experiencia vos, o sabés de alguien que haya sufrido una mala experiencia intentando hacer una consulta o algún tratamiento con algún profesional de salud mental de la zona?

E.: Sí... Hace unos días vengo pasando situaciones con niños de mi espacio... Me preocupa. Y llevé un informe a la CAP 14 el día de ayer pidiendo que la citen a la mamá a una asistente social, a una trabajadora social, para que puedan llegar a tener una charla, una consulta con la psicopedagoga infantil del barrio, porque son niños que están pasando cosas... Ha tenido vivencias a nivel sexual en sus casas, con personas anteriores que los han cuidado durante la pandemia y los chicos se encuentran hoy dañados en su, en su mente... Creyendo que lo que ellos vivieron hoy es algo normal y no es normal... No es normal para un niño de 5 años decir con sus propias palabras o demostrar con juguetes que eso es algo normal cuando no es normal. Entonces eso me llevó a pedir ayuda para, para esos niños que están pasando por esas situaciones. Tuvimos la charla con la mamá, la mamá en un principio se mostró colaboradora entendiendo la situación, pero no tuve tampoco una buena devolución de parte de la mamá... Tomó como incorrecta mi actitud de hacer ese pedido de ayuda... Pero bueno, está en mí defender los derechos de los niños, y más niños vulnerables que las mamás los dejan con niñeras, a cuidado de no sé quién, y yo estoy notando, estoy viendo el día a día con los nenes que los nenes no están bien y necesitan ayuda, ayuda de un profesional.

I.: Me mencionaste algunos servicios que existen en la zona: el del Hospital Castex, el del CAP 14. ¿Vos conocés algún otro profesional disponible para el barrio o en la zona que sean públicos o privados o por obras sociales?

E.: Uno de los públicos que está funcionando cerca del Hospital Fleming se llama Defensoría del Menor, que nosotros podemos llevar ahí, presentarnos con una denuncia, con una inquietud, y ellos como servicio al barrio, a la comunidad, ellos se encaran a través de... Desarrollo Social de lo que es San Martín, y hacen, de ahí hacen como una red a... de familia. El cual después se le informa a la mamá días y horarios que se tiene que presentar para llegar a no... a un acuerdo o a tener la charla con el psicólogo, psicopedagogo o psiquiatra, depende la situación que viva cada familia, pero son muy... muy tardíos. Osea, no es algo que pasó hoy y en la misma semana se resolvió. A veces pasan meses y las personas siguen con el mismo problema y siguen siendo perjudicados ellos mismos en su, en su cabeza, porque no pueden resolver las situaciones que le están pasando. Porque es todo muy difícil: conseguir turno, que las cosas se hagan rápidamente.

I.: Son tardíos dijiste, ¿por qué crees que son tardíos?

E.: Porque todo el tema papeleo, y los turnos, se hace todo como muy engorroso. Yo creo que... antes, la pandemia y ahora post pandemia, es como que ha acrecentado mucho el tema de salud mental y no alcanza. Ha crecido por la parte emocional, que ha provocado este fenómeno. Ha crecido la demanda muchísimo porque fueron muchas pérdidas que vivieron muchas familias en pandemia, por el tema del.. de esta enfermedad el Covid, esto que pasó. Ha dejado chicos huérfanos, familias destruidas y... Y hay personas que de alguna forma, lo espiritual han sabido manejarlo, pero en la parte emocional es muy difícil poder construir de vuelta la vida misma, y el día a día sí estamos mal. En nuestros pensamientos, en nuestra vida cotidiana estamos mal porque no sanamos eso de la noche a la mañana. Y algunas veces se despierta en enojo, en ira, en preguntas de porqué a mí... Y a veces se cierran y los chicos o los adultos lo muestran con violencia, ¿sí? Y es lamentable que no haya un servicio que, que se pueda conseguir con rapidez en el barrio para ayudar a la comunidad.

I.: ¿Crees que hay alguna otra barrera de acceso para esos servicios?

E.: Yo creo que sí... También hay... una de las barreras es que no todos cuentan con servicio público y algunos tienen servicios privados, ¿no? Quizás los privados, como tienen obras sociales, consiguen más rápido que los que no lo tienen. Y a veces se llega a una guardia de psiquiatría como la del Hospital Castex, o la del Hospital Fleming, se llega tarde. Y es triste, es triste porque no hay una intervención rápida o no hay un turno rápido que permite que esas personas lleguen a estar medicadas o a estar contenidas. También te llegan muy mal y es lamentable que lleguen hasta a veces... pierden la vida o llegan a una hospitalización en algún lugar psiquiátrico porque están muy mal.

I.: ¿Crees que hayan acciones de la comunidad del barrio que tengan que ver con esto? ¿Que puedan hacer algo al respecto?

E.: En este momento en el barrio... no, no hay nada, acá en el barrio. Solamente son kilómetros, más o menos de acá a... donde nosotros estamos en el espacio que nosotros estamos ahora al CAP 14 hay más o menos como unas 25 cuadras. De acá al Hospital Fleming habrá unos 30 minu... 45 minutos hasta Eva Perón y Márquez [punto de intersección de avenidas por la que se accede al barrio] y una media horita más completa hasta el Hospital Castex. No es que hay algo específicamente dentro del barrio como acceso rápido para que la gente pueda recibir el servicio, ¿no? Psicología, psiquiatría, ayuda mental... no, no hay, no existe... pero, sería de una gran ayuda que hubiera.

I.: ¿Y vos creés que hay algo que la comunidad esté haciendo o pueda hacer para cambiar esta falta? ¿Para mejorar esta situación?

E.: Yo creo que, que mucha gente pide ayuda. Yo creo que mucha gente del barrio que, que si lo tuviera en el barrio mismo, este... las cosas cambiarían. Pero al tenerlos lejos, y al ellos mismos encontrarse con que van a ir a pedir un turno y no lo van a conseguir, es como que quedan archivados ellos mismos en decir 'mi condición es esta y tengo que quedarme con esta condición porque no hay una ayuda rápida, no hay un servicio a la comunidad de mi barrio'. Entonces, si sé que no voy a conseguir el turno mejor me quedo en la condición que estoy... Y así pasan años, y es muy triste ver a personas que, que están mal en su mente... Los ves pasar años que están mal y nadie les da una solución, es muy triste...

I.: ¿Antes de la pandemia se le daba importancia a la salud mental? ¿Siempre hubo una demanda insatisfecha?

E.: Yo creo que sí. Siempre hubo demanda insatisfecha... Porque, vemos en los hospitales, en la guardia del Hospital Castex, del Bocalandro... Siempre te dicen: 'tenés que sacar turno de acá para dos meses para un turno para el psicólogo', vos lo estás necesitando ya. Vos necesitás hoy tener la charla con esa persona, ya hoy necesitás que te escuchen y... no hay, no existe en el barrio. Ni siquiera un espacio de charla donde uno se puede encontrar y poder quizás charlar de las cosas cotidianas y poder ayudar a la gente, no existe. No existe en el barrio. Y la verdad que sería fundamental que en el barrio hubiera un lugar de escucha a la comunidad y que hubiera médicos que se comprometían con la necesidad de la gente del barrio. Si bien vienen de muy vez en cuando algún camioncito de salud, pediátrica o de vacunación; de psiquiatría y psicología nunca, nunca. Hay que ir directamente a los hospitales grandes, pedir un turno y los turnos son tardíos.

I.: ¿Te gustaría sumar algo más a lo que dijimos hasta ahora?

E.: Que no pasa por si me gusta o no me gusta el tema de que la gente reciba ayuda. Yo creo que es un derecho. Yo creo que es un derecho de toda persona ser escuchado y es un derecho de buscar soluciones para que la gente tenga una mejor calidad de vida. Porque si la gente hoy no está bien, no piensa, no vive bien, no tiene una estabilidad emocional, las cosas van de mal en peor. Creo que es un derecho que todo ser humano necesita, de ser escuchado y de vivir una vida tranquila, más allá de las cosas que pasan mundialmente y la vida cotidiana, de poder vivir mejor y tener una vida... tranquila. Más por la forma de pensar, de mis pensamientos, cómo estoy yo mentalmente. Porque si no tenemos mente sana, equilibrada, estamos viviendo en un mundo difícil.

I.: Eso es todo Nadia. Muchas gracias.

ENTREVISTA A MIRANDA F.

Investigador: ¿Cuáles crees que son los problemas de salud mental más comunes presentes en el barrio?

Entrevistada: [Se apura a responder la pregunta] Adicciones... El tema en los chicos, es por el tema del bullying por ser extranjeros, la mayoría... Y después en adultos, creo que sí es adicciones y mucho tema de la depresión y esas cosas, porque la gente vive encerrada en una pieza. No tiene conexión con otros, ni con su propia familia a veces.

I.: ¿Qué significa para vos ser usuaria de un sistema de salud mental?

E.: No sé... No sé, mirá... Yo fui por un tema hace un par de años... A mí... Después de tener un problema con una persona que me acosó, tenía que ir al psicólogo; creo que tuve tres sesiones y... no había abasto así que tuve que dejar. No tenían espacio. Así que, eso es lo único que tengo en común con la psicología, así que no sé qué es ser un usuario.

I.: ¿Sentís que hay algún tipo de problemática de estas que son atendidas en el barrio, o que han sido atendidas?

E.: No... No, porque no hay lugares, no hay profesionales, casi. Nadie llega a estas zonas, que es donde más se necesita. Así que no... No.

I.: ¿Te pasó, o sabés de alguien, que le haya pasado de sentirse perdido de no saber a quién acudir para pedir ayuda?

E.: Si... Si. Y son las personas que en general después toman como al que es referente para consultar o ver dónde ir, o qué hacer; o las familias que buscan... En mi caso, me pasa esto.

I.: Por no saber a quién ir a buscar...

E.: Claro, vienen y me preguntan a mí: qué hacer, dónde puedo ir, cómo puedo conseguir. 'No consigo un lugar donde atiendan a mi hijo', 'no consigo un lugar donde vean a mí mamá', 'no consigo un lugar donde atiendan a mi hermano que, por ejemplo, está con adicción y necesita tratamiento psicológico'... Y no consiguen.

I.: ¿Y qué les respondés?

E.: Lo primero es derivarlos si consigo en la salita. En general no se atiende. Te derivan a un hospital mayor que tampoco tiene cupos. Y si no tratar de buscar estos lugares, por ejemplo, en adicciones, 'Adictos Anónimos', en alcohólicos, 'Alcohólicos Anónimos', porque son los únicos lugares que en estos momentos tienen la capacidad para acompañar a esa persona.

I.: Hace un momento me dijiste algo sobre esta pregunta, pero podés sumar algo más si querés... ¿Si has tenido alguna mala experiencia, o sabes de alguien que ha sufrido alguna mala experiencia intentando tener alguna consulta con un profesional de la salud mental?

E.: Sí, sí... Bueno yo, en lo personal y en lo familiar sí. Con mamá esperando un turno más de 6 meses...

I.: ¿Tu mamá?

E.: Sí. Más de 6 meses sigo esperando. Psiquiatría teniendo 86, casi cumpliendo 87 años... Es mucho, es mucho... Con respecto, por ejemplo en lo personal, tuve esa experiencia como hace 7 años atrás... Fue fea porque tampoco el psicólogo... no sé, lo tomó como 'bueeeeno, no pasa nada, ya está'... Fue fea. Por eso no he vuelto.

I.: ¿Y era público, privado...?

E.: Público. Porque fue una derivación a través del juzgado. Sí, sí, porque yo después no salía de mi casa, por los ataques de pánico... Después de que la persona me atacó dentro de mi casa... Llegó a... Más allá de la persecución que fue durante meses, las denuncias y todo eso, un día se metió a mi casa. Y me atacó en mi casa... La persona, bueno también problemas psiquiátricos, qué se yo... Él sí está, estuvo en un lugar, ya está suelto, obviamente. Me mandan a un tratamiento porque pasé meses sin salir de mi casa, había bajado 20 kilos. Y duré creo que sí, tres, creo que no llegó ni cuatro sesiones... Y, nada, se cortó ahí.

I.: ¿Existen profesionales disponibles que brinden servicios de salud mental en las zonas próximas? Digo públicos, privados, por obra social...

E.: Privados hay, varios, pero que tampoco tienen... Osea, los horarios de consulta ya llegan a ser, no sé... hay una de las chicas que sé que va a las 8 de la mañana... Y por ahí ella tiene que ir a

trabajar, no puede ir a las 8 de la mañana. Pero son de los pocos privados que hay en la zona, cercanos al barrio. En lo público quedan dos salitas y en las dos salitas sólo hay una psicóloga.

I.: ¿La misma psicóloga para las dos salitas?

E.: No. Una ya no lo tiene y quedó una sólo en la salita 6 [CAP n°6]. En la 14 quedó vacía.

I.: ¿A cuánto está del barrio?

E.: La salita 14 está a tres cuadras saliendo del barrio y la 6 está dentro del barrio.

I.: ¿Y por fuera del barrio, hospitales?

E.: El hospital es el Hospital Castex, que está a ¿cuántos son?... No sé cuántos kilómetros son. Y acá Bocalandro no tiene por ejemplo, no tiene psicología y psiquiatría acá. Que es el hospital más cercano. El Hospital Castex sí... Pero el Hospital Castex sólo recibe con una derivación de algo urgente: intento de suicidio y esas cosas. De otra manera, no hay atención. Luego está en el centro de San Martín el Pichón Riviere, pero bueno, no tiene capacidad tampoco.

I.: Cuando decís que no tiene capacidad, ¿es que no tiene suficientes...?

E.: [Interrumpe para contestar] No hay cupos, yo llevo un año y medio en espera.

I.: ¿Para una consulta? ¿Una primera sesión?

E.: Sí, exactamente... Con el antecedente de lo que yo ya había pasado, esto hace 7 años atrás.

I.: ¿Siempre identificaste que tuvieron estos problemas?

E.: Sí... Sí.

I.: ¿Y siempre tuvo esta importancia? Quiero decir, ¿siempre hubo esta cantidad de demanda?

E.: Sí, hay momentos en que hay un poco, bueno, en la época antes de la pandemia que había clase, por ejemplo, en el caso de los chicos, sí. Toodos los colegios pedían una psicopedagoga, todos los colegios venían y todos venían a mi casa por el apoyo escolar y buscando una psicopedagoga. Que era... Hay cosas que no... Por ejemplo, yo podía ayudarlos con el estudio pero no con eso. Podía derivarles, decirles 'mirá, acá hay una qué da horarios y otra acá en distintos

lugares', pero no más de eso. Durante la pandemia, empezó el otro problema que es la gente que quedó sola. Que es lo que te decía hace un rato que es la gente que estuvo... que alquila una pieza, viene de otro país, viene a trabajar, alquila una pieza y de golpe se quedó sin trabajo y queda encerrado en una pieza. Y son esas personas que están con depresión, que empiezan a consumir, y consumen o alcohol o empiezan con la droga directamente. Que eso fue lo que aumentó de una manera impresionante durante la pandemia.

I.: Me mencionaste lugares donde sí hay servicios disponibles, si bien no alcanzan...

E.: Sí.

I.: Sí uno quiere llegar, acceder a esos lugares, ¿qué barreras encontrás?

E.: Los públicos... El hospital público, por ejemplo, para llegar tenés que ir a tu centro de salud más cercano, 2 meses esperando un turno para que te vea un médico clínico... El clínico, hasta que te hace unos estudios se pasan 2 meses más. Luego él, según esa evaluación, te va a derivar a la trabajadora social y a la psicóloga de la salita, y esa psicóloga y esa trabajadora hacen un informe para que te reciban después en un hospital.

I.: ¿Y sobre los privados que mencionaste?

E.: Los privados vas vos, no necesitás receta, no necesitás nada. Vas, te presentás, le pedís un turno. El tema siempre es el factor económico ahí... Porque no todos pueden pagar, la cantidad de veces que necesitan o que...

I.: ¿Cuánto crees que estará costando una sesión?

E.: Las sesiones más baratas están mil quinientos [\$1.500].

I.: ¿Y dónde se encuentran estos profesionales?

E.: Cercanos al barrio, y otros van directamente a Capital, porque son más accesibles en Capital que acá. Acá sabiendo que hay tanta demanda, son mucho más caros.

I.: ¿Por obras sociales se puede acceder?

E.: Poco. Casi no tienen tampoco. Por eso los padres, en general, vienen a preguntarme a mí por ese tema.

I.: ¿Casi no tienen qué? ¿Obras sociales?

E.: No, en la obra social no hay psicólogos o psiquiatras o psicopedagogos a disposición para tanta gente.

I.: Y con los privados que se pueden pagar, ¿se encuentran turnos? ¿Hay disponibilidad?

E.: Sí.

I.: ¿Siempre estuvieron estas barreras de acceso?

E.: Si... Si, si, porque sin, a ver... Nadie puede ir espontáneamente porque sentís la necesidad de tener una atención psicológica, sino que todos te hacen pasar por un proceso enorme, largo y burocrático, que quizás la otra persona no entiende y que vos necesitás en ese momento esa ayuda... Entonces sí, siempre fue así.

I.: ¿Crees que hay algo de la comunidad que se esté haciendo, o que se pueda hacer al respecto, para cambiar estas situaciones?

E.: Que se pueda hacer, sí. Se pueden hacer varias cosas. No se están haciendo, o las pocas que se están haciendo quizás no están bien organizadas todavía. Seguir el ejemplo que hace 'Alcohólicos Anónimos' o cosas para hacer cosas grupales, se podría. Pero no se ponen de acuerdo en la manera de trabajar. Entonces sería interesante, creo que sería muy bueno porque aparte ayuda a que la gente empiece a comunicarse con otros también. Que no se sientan que son únicos con ese problema.

I.: ¿Por qué no se ponen de acuerdo?

E.: Porque depende quién lo va a manejar, dónde se va a hacer. Si se hace dentro de una iglesia, bueno, si es una iglesia católica no va a venir el que es evangelista, si es en la evangelista no va a venir el que es católico, si lo hace fulano en un lugar que tiene que ver con la política, porque es un político, y así. Y entonces nunca llegan a un acuerdo de esa manera y la gente sigue esperando.

I.: ¿Tenés alguna otra opinión que quieras sumar sobre todo esto? ¿Algo más sobre lo que se viene hablando?

E.: Es que yo creo que acá lo único que falta son un poco más de recursos. Si hubiese recursos como para pagar sueldos a psiquiatras, psicólogos y todos los que se están recibiendo, vendrían a estos tipos de barrios. Porque me parece que hasta es mucho más interesante para ellos como experiencia que quizás otro lugar. Pero si no se les va a pagar, se les paga poco en una zona que vos también sabés que es peligrosa y que tiene muchas contras, va a estar complicado. Pero ojalá eso se solucione.

I.: Listo. Gracias Nadia.

E.: ¡De nada!

ENTREVISTA A ESTEFANÍA D.

Investigador: ¿Cuáles crees que son los problemas de salud mental más comunes presentes en el barrio?

Entrevistada: El más común es el tema de adicción... Lo que más hay acá es de niñez... Y, también algunos de... creo que son los maltratos, que quedan muchas secuelas... Y, hasta ahí.

I.: ¿Adicción a qué?

E.: A las drogas.

I.: ¿Algún tipo de droga en particular?

E.: Ahora llegó... después de la pandemia llegó todo. No hay... Osea está todo acá en lo que es el barrio, está todo. Y más lo que llegó y lo que está cada vez más fuerte es el tema de las pastillas. Lo que ya venía pero ahora está muy, ya es algo normal, como decir... Y después están los polvitos mágicos como le dicen... Y ya llegó también el otro que es más fuerte, que es... no me llega el nombre a la cabeza. Y, imaginate que están hasta con la nafta ahora. Está también acá. Y todo eso no lo había. Y ahora ya lo hay. Después de la pandemia es como que, quedó muy complicado todo. Más el tema de juventud, a los jóvenes a los que más estamos perdiendo con todo eso.

I.: Mencionaste niñez, ¿en niñez qué ves?

E.: Mucho maltrato. De los padres a los niños. Y no hay nadie quien los ayude, y no hay nadie quien los contenga. Sí llegan... Después llegan los que son 'Servicio Social' y nada más llega. Pero tampoco no hay alguien que les pueda atender a esa familia o a qué es lo que está pasando con los chicos. Porque los padres también maltratan, y también, a parte de eso está la adicción. Y tendría que haber un foco en la ayuda en eso.

I.: ¿Qué significa para vos ser usuaria de un sistema de salud mental?

E.: Sería bueno tenerlo... De haber, debe haber. Pero nunca pude, los que somos de acá, por lo menos Costa [Esperanza], nunca pudimos acceder a uno...

I.: ¿Para ser usuaria qué hace falta para vos?

E.: Para mí, hace falta más personas que, que estén, que quieran y que amen lo que estudiaron, porque hay muchos que estudiaron pero que... en vez de darte una ayuda, te generan un problema. ¿Por qué? Porque después como que se dan cuenta que no aman lo que hacen y no ayudan como tienen que ayudar. Para mí, sería que tendrían que haber más personas capacitadas atendiendo y tratando de acaparar también los problemas que hay. Y cuando se necesite poder ayudar.

I.: ¿Pensás que estos problemas de salud mental que me mencionaste, no tienen respuesta en el barrio o las zonas alrededor?

E.: No...

I.: ¿Y... sentís que algunas sí?

E.: Por experiencia misma te digo que no. Más que... el tema es que, acá en la organización no hay tanto como podría. También estaría bueno que haya una en cada organización y que puedan ayudarlo, porque en las organizaciones son las que más hay, personas que vienen y las que menos reciben ayuda o, en sí, las que nos buscan, porque hay muchas personas que vienen y hablan con los que son de acá, las chicas del comedor, o que están hablando con otras personas que están y que, que no se acercan a un hospital o a una salita o... Porque más allá, no se acercan. También a uno por el trato. Porque los tratos que hay en las salita no son tampoco... no te tratan bien cuando te vas a pedir una ayuda, en vez de ayudarte, salís con... salís mal de ahí. Porque tampoco, no es que, que te tratan bien o que te hablan bien, que te dicen 'mirá, esto'...

I.: ¿Esto en Salud en general lo decís?

E.: En general... Más como, como personal a lo que es afuera.

I.: ¿Conocés alguna mala experiencia que alguien haya tenido, puntualmente queriendo atenderse en salud mental? Sea en salitas, en hospitales, en privados acá en el barrio o cerca.

E.: Sí. Uno por la adicción, que trataron de sacarlo y ayudarla a esa persona. Buscaron todos los medios los padres, en ayudarlo, y no consiguieron ayuda. Los psicólogos que trataron de buscar en la salita no... La atendieron dos veces y después no lo quisieron atender más. Porque dicen que ellos no están aptos para, para ayudar. O si no te derivan a otras personas que no son, vamos a decir especialistas para que te atiendan. Como afuera y en personal también, porque... Mis hermanos también ahora buscaron y tampoco no la atendieron así que la oferta está muy escasa en lo que es... Por eso estaría bueno que haya más lo que es atención, porque nadie presta atención en lo que pasa en hospitales y en la salita, nadie lleva lo que es eso, lo que es una ayuda ahí. Todo porque es una salita o porque es un hospital y nadie mira qué pasa con los doctores o cómo tratan o como... nadie le presta atención, están ahí y está bien tienen un director pero el director no... [Silencio].

I.: ¿Según tu opinión, existen profesionales que brinden algún tipo de servicio de salud mental en la zona? Públicos, privados, por obra social, en estas salitas, hospitales, en algún lado.

E.: Si existen, sí, existen... Pero de poder llegar a ellos, es muy complicado.

I.: ¿Y qué barreras de acceso hay para llegar a ellos? ¿Qué complicaciones crees que hay?

E.: Una, es que... Los turnos, los famosos turnos que ahora hay pero que como está tan saturado ya todo, es como que tampoco no... no te dan. Entonces, depende del problema que tenga y de que tan grave sea, como que ahí recién te dan una ayuda o tenés que ser alguien.

I.: ¿Tenés que ser alguien?

E.: Sí, como que alguien te tiene que reconocer. En una salita también como que, sea diferente a lo que, a lo que buscás o lo que ves. Entonces, por eso es como que es difícil. Y si tenés que conseguir en uno que es público o privado... Más privado... Tenés que tener una obra social o tenés que tener plata, y [tono de énfasis] *tenés que tener plata*. No es que vamos a decir que no, porque lo que sale... Más acá los que somos de acá, de los barrios, que no es que trabajamos y ganamos tan bien. Se trabaja y se gana al día, vamos a decir. Entonces, cuesta mucho más pagar lo que es uno privado.

I.: ¿Pensás que este problema existió siempre? ¿O en algún momento fue distinto, mejor, peor?

E.: Creo que fue, ahora como que se ve un poco más, porque antes lo tapaban mucho a lo que pasaba. Como que ahora se ve un poco más de lo que pasa. Y como que alguien le presta más atención, y como que ahora ya no es tanto como antes, por ejemplo que si le veían golpeando a los hijos que nadie hacía nada. Ahora, bueno, por lo menos te podés meter y podés hacer pero, más son los vecinos... Pero estaría bueno que alguien haga eso, como que empiece a prestar atención a lo que pasa. Porque el tema psicológico es una demanda que es muy grande y a parte de eso, es que es muy necesaria, y hay muchos que no lo ven. Es como que, es algo que, que no le presten mucha atención, porque no es que te está doliendo algo, no es que se ve, es algo que otra persona de afuera lo ve.

I.: ¿Creés que en el barrio hay un problema de demanda insatisfecha?

E.: [Se apura en contestar] Si, sí.

I.: ...¿De que buscan acceder a un servicio de un profesional y no lo hay, no lo encuentran o no llegan?

E.: Hay mucho... Hay mucho y más las mujeres. Porque estamos acá en lo que es el barrio, que... que son de otras provincias y vienen con otras culturas. Y esas culturas como que... son mucho del maltrato. Como que ellos lo veían bien al maltratar a la mujer, pegarle a la mujer. Y como que esas mujeres no tienen mucha ayuda y como que acá hay mucha necesidad. Y también en los chicos. En lo que es ayudarle a los chicos por el tema de acá la adicción acá se está yendo para...

I.: ¿En qué edades empezas a ver eso?

E.: A partir de 12 años para arriba... Y si no es menos, también. Empieza de la escuela. Y tampoco en un colegio, también tendría que haber una ayuda para estos chicos, porque para que haya todo eso debe haber un problema y solamente un profesional puede ayudar y puede entender ese problema.

I.: ¿Crees que hay acciones que la comunidad pueda tomar para cambiar esta situación? ¿O que estén haciéndose?

E.: Sí, podría haber... No, de hacer no están haciendo nada, siguen esperando. Y de haber... Estaría bueno que haya algo como decís para que... pero tiene que ser algo como para que te escuchen.



I.: ¿Que te escuche quién?

E.: El estado. [Silencio] Y el Estado y muchas otras personas más porque, en general el Estado te dice 'sí, lo vamos a hacer también', pero tampoco no lo hacen. Entonces hay otras organizaciones o otras personas que le gusta, y le gusta ayudar, entonces son esas personas las que a veces te escuchan y te dan una mano.

I.: ¿Querés agregar algo más a todo lo que se dijo hasta ahora?

E.: Me encantaría que haya profesionales que puedan ayudar más, como que yo estoy muy enfocada en la juventud antes que los perdamos... Es eso lo que más me gustaría y dejarlo más claro, es que... Sin la juventud, más adelante no vamos a poder... Perder la juventud es como perder el futuro. Porque son nuestro futuro. Entonces, si los perdemos a ellos, es como que estamos perdiendo una parte muy fundamental del futuro... Y que haya ayuda, porque todo se puede solucionar, pero sí tiene que haber profesionales.

I.: Gracias Estefanía.