



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

TESIS DE MAGISTER EN SALUD COLECTIVA

Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico
en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud;
Bahía Blanca, 2017-2019

Autora: Dévora Isolda Eliosoff

BAHÍA BLANCA

ARGENTINA

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

TESIS DE MAGISTER EN SALUD COLECTIVA

Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico
en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud;
Bahía Blanca, 2017-2019

Autora: Dévora Isolda Eliosoff

BAHÍA BLANCA

ARGENTINA

2019

Prefacio:

Esta Tesis se presenta como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Magister en Salud Colectiva, de la Universidad Nacional del Sur y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad u otra. La misma contiene los resultados obtenidos en investigaciones llevadas a cabo en el Departamento de Ciencias de la Salud durante el período comprendido entre el(fecha de aceptación del ingreso en la Secretaría Gral. de Posgrado) y el(fecha de la presentación de la tesis a la misma Secretaría), bajo la dirección de María Belén Noceti, Profesora Asociada, del Departamento de Economía de la Universidad Nacional del Sur.

Agradecimientos:

Deseo expresar mi agradecimiento a las mujeres usuarias que colaboraron en la presente investigación, así como a las compañeras psicólogas que ofrecieron su ayuda oportuna: Nadia Arancibia, Alejandra Azcoitia, Analía Cacchiarelli, Natalia Canelles, Lucía Crocioni, Fernanda Faggiani, Adriana Lucero, Mariana Páez, Analía Schargrodsky; Ana Paula Tamburi y Susana Volersen. Asimismo a los profesionales del Observatorio de Salud y Condiciones de Vida, de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca, especialmente a Juan Castiglia Solé. Igualmente a Florencia Arnaudo del Depto. de Economía (UNS), por sus valiosos aportes. A la Dra. María Belén Noceti, por su confianza.

A mi compañero Walter y a toda mi familia querida, sostén y alegría de mi vida. A los amigos del camino.

12 de julio de 2019

Departamento de Ciencias de la Salud

Universidad Nacional del Sur

RESUMEN

La presente investigación se propuso caracterizar los itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico de mujeres adultas usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud Mental (PNASM), en la ciudad de Bahía Blanca. El desarrollo de las trayectorias entendidas como estrategias de búsquedas de salud, permitió caracterizar el lugar asignado al PNASM por dichas usuarias. Para el período comprendido entre los años 2014-2018 observamos que el mayor número de personas atendidas en Unidades Sanitarias correspondió a mujeres, con una significativa prevalencia de Problemáticas vinculares.

Se efectuó una investigación de corte cualitativo, siguiendo una metodología de estudios de caso. Se realizaron 14 entrevistas semi-estructuradas a usuarias comprendidas entre los 19 y los 59 años de edad. Se implementó análisis de contenido con la herramienta auxiliar Atlas Ti. Los resultados dan cuenta de una escasa consulta de las mujeres entrevistadas a otras formas de atención por fuera del Modelo Médico Hegemónico, así como la presencia de un sinnúmero de prácticas creativas para *sentirse bien*. Los itinerarios se relacionaron preferentemente con la búsqueda de recursos y/o de diagnósticos, poniendo en tensión la oferta de dichos recursos con las expectativas de atención de las mujeres entrevistadas. Las demandas de atención permitieron observar un conjunto simultáneo de padecimientos preferentemente vinculares, y un ordenamiento del relato como unidad de sentido a partir del eje del sufrimiento psíquico; el desarrollo de prácticas para *sentirse bien* hacia adentro y hacia afuera del hogar; la centralidad del rol de las usuarias en el papel de cuidadoras de la salud familiar; y el lugar destacado de las redes de apoyo en la vida cotidiana de las mujeres entrevistadas.

Palabras clave: itinerarios terapéuticos, sufrimiento psíquico, cuidado, Atención Primaria de la Salud

ABSTRACT

The present investigation is oriented to characterize the therapeutic itineraries in face of the psychic suffering of adult women users of the First Level of Mental Health Care (FLMH), in the city of Bahía Blanca. The development of the trajectories understood as health search strategies, allows to characterize the place assigned to the FLMH by those users. For the period comprised between years 2014-2018, it can be seen that the largest number of attended people corresponds to women, with a significant prevalence of linking Problems.

The research is qualitative, following a case study methodology. Fourteen semi-structured interviews were conducted with users between 19 and 59 years of age. Content analysis was implemented with the auxiliar Atlas Ti tool. The results show a scant consultation of the interviewed women for other forms of care outside the Hegemonic Medical Model, as well as a countless of practices to *fell good*. The itineraries were preferably related to the search for resources and/or diagnoses, putting the supply of these resources in tension with the expectations of the interviewed women. The demands for attention allowed us to observe a simultaneous set of suffering and an ordering of the story as a unit of meaning from the axis of psychic suffering; the development of practices to *feel good* inside and outside the home; the centrality of the role of users in the role of carers of family health; and the prominent place of support networks in interviewed women's daily life.

Key words: therapeutic itineraries, psychic suffering, care, Primary Health Care

RESUMO

A presente investigação foi proposta para caracterizar os itinerários terapêuticos diante do sofrimento psíquico de mulheres adultas usuárias do Primeiro Nível de Atenção em Saúde Mental (PNASM), na cidade de Bahía Blanca. O desenvolvimento das trajetórias entendidas como estratégias de busca em saúde permitiu caracterizar o local atribuído ao PNASM por esses usuários. No período entre 2014 e 2018, observou-se que o maior número de pessoas atendidas nas Unidades de Saúde correspondia a mulheres, com uma prevalência significativa de problemas relacionados.

Foi realizada uma investigação qualitativa, seguindo uma metodologia de estudo de caso. Quatorze entrevistas semiestruturadas foram realizadas com usuários entre 19 e 59 anos. A análise de conteúdo foi implementada com a ferramenta auxiliar Atlas Ti. Os resultados mostram uma consulta limitada das mulheres entrevistadas para outras formas de atendimento fora do Modelo Médico Hegemônico, bem como a presença de inúmeras práticas criativas para se sentir bem. Os itinerários estavam preferencialmente relacionados à busca de recursos e / ou diagnóstico, enfatizando o suprimento desses recursos com as expectativas de atenção das mulheres entrevistadas. As demandas por atenção nos permitiram observar um conjunto simultâneo de doenças preferencialmente relacionadas, e uma ordenação da história como uma unidade de significado baseada no eixo do sofrimento psíquico; o desenvolvimento de práticas para se sentir bem dentro e fora de casa; a centralidade do papel dos usuários no papel de cuidadores de saúde da família; e o lugar de destaque das redes de apoio no cotidiano das mulheres entrevistadas.

Palavras-chave: itinerários terapêuticos, sofrimento psíquico, cuidado, Atenção Primária à Saúde

LISTADO DE FIGURAS

. Gráfico 1: Cantidad de publicaciones por país, región Latinoamérica y el Caribe; Google Académico, Scielo, PubMed y Biblioteca Virtual en Salud; 2005-2015	43
. Gráfico N° 2 Edades de las usuarias entrevistadas; Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2018/2019	78
. Gráfico N° 3. Consultas por género según rango de edades. Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2014-2018.....	87
. Gráfico N° 4 Diagnósticos más frecuentes en Psicología. Sexo Femenino. Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2014.....	90
. Gráfico N° 5. Diagnósticos más frecuentes en Psicología. Sexo Masculino. Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2015	91
. Gráfico N° 6. Problemas familiares paterno-filiales. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca	93
. Gráfico N° 7. Problemas biográfico-vitales. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca.....	95
. Gráfico N° 8. Problemas conyugales-vinculares. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca.....	96
. Figura 1. Mapa y ubicación de Unidades Sanitarias donde se efectuaron las entrevistas o sus domicilios cercanos, Bahía Blanca, 2019.....	103
. Ilustración 1. Sufrimiento Psíquico y Estrategias de búsquedas de salud	228
. Itinerario Usuaria Laura.....	233
. Itinerario Usuaria Florencia.....	236
. Itinerario Usuaria Franca	240
. Itinerario Usuaria Sandra.....	243
. Itinerario Usuaria Clara.....	247
. Itinerario Usuaria Soledad	251
. Itinerario Usuaria Yasmín	254
. Itinerario Usuaria Adriana	258

. Itinerario Usuaría Susana	263
. Itinerario Usuaría Natalia.....	266
. Itinerario Usuaría Violeta.....	269

LISTADO DE CUADROS

. Cuadro 1 . Usuaris entrevistadas y barrios de pertenencia, Bahía Blanca, 2018/2019	102
. Cuadro 2. Usuaris Entrevistadas. Estudios, Ocupación, Tipos de Familias, Bahía Blanca, 2019	107
. Cuadro 3. Usuaris Entrevistadas y Profesionales intervinientes en el <i>Episodio Actual de Atención. Itinerarios terapéuticos restringidos</i>	284

LISTADO DE TABLAS

. Tabla N° 1. Consultas por Género según rango de edades. Psicología. Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2014-2018	88
. Tabla N° 2. Diagnósticos más frecuentes en Psicología. Sexo Femenino. Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2014-018.....	90
. Tabla N° 3. Diagnósticos prevalentes. Sexo masculino. Psicología, Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2014-2018	92
. Tabla N° 4. Problemas familiares paterno-filiales. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca	93
. Tabla N° 5. Problemas biográfico-vitales. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca	94
. Tabla N° 6. Problemas conyugales-vinculares. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca	96

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

- . APS : Atención Primaria de la Salud
- . CIE: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud)
- . DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)
- . INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
- . OMS: Organización Mundial de la Salud
- . OPS: Organización Panamericana de la Salud
- . PNAS: Primer Nivel de Atención de la Salud
- . PNASM: Primer Nivel de Atención de la Salud Mental
- . RUDA: Red Única de Atención
- . US: Unidades Sanitarias

ÍNDICE

VOLUMEN 1

1. PROPÓSITO	22
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
2.1 ¿Sujeto, paciente o usuaria?.....	27
2.2 Dimensiones de Género y Edad en el ámbito de la salud.....	28
2.3 Organización de la atención en Argentina y Atención Primaria de la Salud.....	33
Sistema de Atención de la Salud en Argentina	33
Atención Primaria de la Salud.....	33
Sistema de salud y APS, el caso de Bahía Blanca.....	34
2.4 Demandas de atención. Sufrimiento psíquico y patología mental en el PNAS de la ciudad de Bahía Blanca.....	37
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	39
4. HIPÓTESIS	39
5. JUSTIFICACIÓN	40
5.1 Justificación social.....	40
5.2. Justificación académica.....	41
5.3 Justificación personal.....	41
6. ESTADO DEL ARTE	42
6.1 Estudios sobre itinerarios terapéuticos.....	44
Consideraciones. Objetivos, metodología y resultados.....	44
Formas de abordaje. Marcos teóricos referenciales	47
Relación con los modelos o formas de atención de los padecimientos.....	49
Elecciones y reorientaciones	52
Redes sociales de apoyo. La autoatención.....	53
7. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	56
7.1 Formas y Modelos de atención e itinerarios terapéuticos. Conceptualizaciones de Eduardo Menéndez y Anitilde Idoyaga Molina	56
7.2 El pensamiento de Pierre Bourdieu. Aportes teóricos con relación al tema de investigación	59
Itinerarios terapéuticos, clase social y desigualdades en salud	60
El concepto de campo y capital. Campo de la salud	62
El campo de la salud en disputa	63
Habitus y estrategias de salud de los usuarios. Las prácticas para sentirse bien y los aportes de otras disciplinas.....	65
7.3 Sufrimiento psíquico y patología mental.....	68
8. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	72
8.1 OBJETIVOS GENERALES.....	72
8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	72

9. METODOLOGÍA	73
9.1 Metodología escogida	73
9.2 Los primeros pasos en el campo	75
9.3 Realización de las entrevistas. Criterios de inclusión. Unidad de Análisis	77
9.4 Procesamiento y Análisis de los Datos	82
10. RESULTADOS	85
PRIMERA PARTE. LAS DEMANDAS DE ATENCIÓN	86
INTRODUCCIÓN.....	86
1. Distribución de las Consultas según género	87
2. Distribución de la Consulta según género y Diagnósticos frecuentes.....	88
3. Relación consultas/personas en los Diagnósticos frecuentes en Psicología	92
4. Discusión. Problemas vinculares y sufrimiento psíquico	97
RESULTADOS	100
SEGUNDA PARTE . ITINERARIOS TERAPÉUTICOS	100
INTRODUCCIÓN.....	100
CAPÍTULO 1. CARACTERIZACIÓN DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS	102
1.1 Usuarías y Barrios de pertenencia.....	102
1.2 Bahía Blanca. Barrios y Calidad de Vida.....	104
1.3 Usuarías. Estudios. Ocupación. Familia.....	106
CAPÍTULO 2. EL CONCEPTO DE SALUD/SALUD MENTAL	110
2.1 Usuarías y Salud Mental.....	110
2.2 Discusión .1.....	113
CAPÍTULO 3. ACCESIBILIDAD	114
3.1 Barreras geográficas. Distancia a la Unidad Sanitaria. Acceso a la Consulta	115
3.2 Barreras relativas al no cumplimiento de las expectativas del encuentro profesional-usuaria.....	117
3.3 Barreras organizacionales. El tema edilicio.....	119
3.4 Estrategias de atención de profesionales, usuarios e instituciones	120
3.5 El sistema público como garante de la atención de la salud. La oferta de servicios	123
3.6 Discusión	125
CAPÍTULO 4. LA CONSULTA PSICOLÓGICA	129
4.1 La relación terapéutica. Distancias percibidas. Ajuste. Importancia y Dificultades	129
La distancia percibida en la relación terapéutica	129
La relación con el terapeuta vista como relación de “encaje” o de “química”.	
La “confianza”	131
La importancia atribuida a la consulta psicológica actual	133
El trabajo terapéutico como un proceso “difícil”	135
4.2 La consulta psicológica. Un lugar especial.....	136
La consulta psicológica como un lugar especial donde “contar”.....	136
Consulta psicológica y “necesidad” de las usuarias.....	137
La consulta como espacio de “descarga” o “desahogo”.....	138
La consulta psicológica interpretada como “caída”.....	139
La consulta psicológica como “prueba”.....	140
La decisión de consultar. Motivo manifiesto y latente de consulta	141

4.3 Características de la psicóloga/o desde el punto de vista de las usuarias	146
Conocimiento previo del profesional.....	146
El psicólogo y sus estilos de intervención.....	147
El psicólogo situado en el lugar del saber.....	149
El psicólogo como alguien capaz de dar “ayuda”	150
4.4 Discusión.....	152
CAPÍTULO 5. RED DE APOYO.....	155
5.1 Caracterización. El “apoyo” como “tabla donde pisar”	157
5.2. Tipos de apoyo	159
Apoyo familiar.....	159
Apoyo del sector público. La figura de la “Asistente” y de la Psicóloga.....	162
Apoyo de la Unidad Sanitaria a través de la figura de la enfermera y de la médica ...	164
Apoyo a través de la figura del “gremio”.....	164
Apoyo de amigas, amigos y grupos.....	165
Red de apoyo e Iglesia.....	166
Apoyo y amigos virtuales.....	167
5.3 Discusión.....	168
CAPÍTULO 6. OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y PRÁCTICAS PARA <i>SENTIRSE BIEN</i>	170
6.1 Otras formas de atención de la salud	171
Yoga	173
Reiki	174
Masajes Terapéuticos	174
Concurrencia a la Iglesia. Sanadores	175
6.2. Actividades y prácticas para <i>sentirse bien</i>	180
Prácticas fuera del ámbito doméstico.....	182
Cursos.Estudiar; Charlas. Encuentros; Amigas . “Salir”; Gimnasia; Bicicleta; Caminar; Bailar; Trabajo; Trabajo Voluntario	
Prácticas para <i>sentirse bien</i> en relación con tareas domésticas.....	194
Cocinar; Limpiar	
Prácticas para <i>sentirse bien</i> realizadas en el hogar	196
Leer; Tejer. Coser. Bordar. Mandalas; Escuchar Música; Actividades recreativas familiares; Rezar; Mirar televisión; Maquillarse. Perfumes. Cambiar. Peinarse; Tomar té. Tomar mate. Compartir; Sexualidad; Internet. WhatsApp. Facebook; Jardinería	
6.3. Discusión.....	213
Otras Formas de atención y Prácticas para sentirse bien.....	213
Mujeres/madres cuidadoras. “Cuidadoras-24-horas”	221
Las estrategias del “mientras tanto” y la vertiente desiderativa de las prácticas.....	223
Criterios de elección o consulta a otras formas de atención y prácticas	224
El Subcampo específico de la salud mental en el PNAS.....	226

VOLUMEN 2

CAPÍTULO 7. ITINERARIOS TERAPÉUTICOS.....	229
7.1 Laura (42 años)	230

7.2 Florencia (35 años)	234
7.3 Franca (49 años).....	237
7.4 Sandra (47 años).....	241
7.5 Clara (59 años).....	244
7.6 Soledad (33 años).....	248
7.7 Yasmín (19 años).....	252
7.8 Adriana (33 años).....	255
7.9 Susana (46 años).....	259
7.10 Natalia (32 años)	264
7.11 Violeta (34 años)	267
7.12 Ana (45 años).....	270
7.13 Victoria (30 años).....	274
7.14 Mariana (38 años).....	278
7.15 Itinerarios Terapéuticos. Discusión	281
11. CONCLUSIONES	289
12. ANEXO	298
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	306

ÍNDICE

VOLUMEN 1

1. PROPÓSITO	22
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
2.1 ¿Sujeto, paciente o usuaria?.....	27
2.2 Dimensiones de Género y Edad en el ámbito de la salud.....	28
2.3 Organización de la atención en Argentina y Atención Primaria de la Salud.....	33
Sistema de Atención de la Salud en Argentina	33
Atención Primaria de la Salud.....	33
Sistema de salud y APS, el caso de Bahía Blanca.....	34
2.4 Demandas de atención. Sufrimiento psíquico y patología mental en el PNAS de la ciudad de Bahía Blanca.....	37
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	39
4. HIPÓTESIS	39
5. JUSTIFICACIÓN	40
5.1 Justificación social.....	40
5.2. Justificación académica.....	41
5.3 Justificación personal.....	41
6. ESTADO DEL ARTE	42
6.1 Estudios sobre itinerarios terapéuticos.....	44
Consideraciones. Objetivos, metodología y resultados.....	44
Formas de abordaje. Marcos teóricos referenciales	47
Relación con los modelos o formas de atención de los padecimientos.....	49
Elecciones y reorientaciones	52
Redes sociales de apoyo. La autoatención.....	53
7. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	56
7.1 Formas y Modelos de atención e itinerarios terapéuticos. Conceptualizaciones de Eduardo Menéndez y Anitilde Idoyaga Molina	56
7.2 El pensamiento de Pierre Bourdieu. Aportes teóricos con relación al tema de investigación	59
Itinerarios terapéuticos, clase social y desigualdades en salud	60
El concepto de campo y capital. Campo de la salud	62
El campo de la salud en disputa	63
Habitus y estrategias de salud de los usuarios. Las prácticas para sentirse bien y los aportes de otras disciplinas.....	65
7.3 Sufrimiento psíquico y patología mental.....	68
8. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	72
8.1 OBJETIVOS GENERALES.....	72
8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	72

9. METODOLOGÍA	73
9.1 Metodología escogida	73
9.2 Los primeros pasos en el campo	75
9.3 Realización de las entrevistas. Criterios de inclusión. Unidad de Análisis	77
9.4 Procesamiento y Análisis de los Datos	82
10. RESULTADOS	85
PRIMERA PARTE. LAS DEMANDAS DE ATENCIÓN	86
INTRODUCCIÓN.....	86
1. Distribución de las Consultas según género	87
2. Distribución de la Consulta según género y Diagnósticos frecuentes.....	88
3. Relación consultas/personas en los Diagnósticos frecuentes en Psicología	92
4. Discusión. Problemas vinculares y sufrimiento psíquico	97
RESULTADOS	100
SEGUNDA PARTE . ITINERARIOS TERAPÉUTICOS	100
INTRODUCCIÓN.....	100
CAPÍTULO 1. CARACTERIZACIÓN DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS	102
1.1 Usuarías y Barrios de pertenencia.....	102
1.2 Bahía Blanca. Barrios y Calidad de Vida.....	104
1.3 Usuarías. Estudios. Ocupación. Familia.....	106
CAPÍTULO 2. EL CONCEPTO DE SALUD/SALUD MENTAL	110
2.1 Usuarías y Salud Mental.....	110
2.2 Discusión .1.....	113
CAPÍTULO 3. ACCESIBILIDAD	114
3.1 Barreras geográficas. Distancia a la Unidad Sanitaria. Acceso a la Consulta	115
3.2 Barreras relativas al no cumplimiento de las expectativas del encuentro profesional-usuaria.....	117
3.3 Barreras organizacionales. El tema edilicio.....	119
3.4 Estrategias de atención de profesionales, usuarios e instituciones	120
3.5 El sistema público como garante de la atención de la salud. La oferta de servicios	123
3.6 Discusión	125
CAPÍTULO 4. LA CONSULTA PSICOLÓGICA	129
4.1 La relación terapéutica. Distancias percibidas. Ajuste. Importancia y Dificultades	129
La distancia percibida en la relación terapéutica	129
La relación con el terapeuta vista como relación de “encaje” o de “química”.	
La “confianza”	131
La importancia atribuida a la consulta psicológica actual	133
El trabajo terapéutico como un proceso “difícil”	135
4.2 La consulta psicológica. Un lugar especial.....	136
La consulta psicológica como un lugar especial donde “contar”.....	136
Consulta psicológica y “necesidad” de las usuarias.....	137
La consulta como espacio de “descarga” o “desahogo”.....	138
La consulta psicológica interpretada como “caída”.....	139
La consulta psicológica como “prueba”.....	140
La decisión de consultar. Motivo manifiesto y latente de consulta	141

4.3 Características de la psicóloga/o desde el punto de vista de las usuarias	146
Conocimiento previo del profesional.....	146
El psicólogo y sus estilos de intervención.....	147
El psicólogo situado en el lugar del saber.....	149
El psicólogo como alguien capaz de dar “ayuda”.....	150
4.4 Discusión.....	152
CAPÍTULO 5. RED DE APOYO.....	155
5.1 Caracterización. El “apoyo” como “tabla donde pisar”.....	157
5.2. Tipos de apoyo	159
Apoyo familiar.....	159
Apoyo del sector público. La figura de la “Asistente” y de la Psicóloga.....	162
Apoyo de la Unidad Sanitaria a través de la figura de la enfermera y de la médica ...	164
Apoyo a través de la figura del “gremio”.....	164
Apoyo de amigas, amigos y grupos.....	165
Red de apoyo e Iglesia.....	166
Apoyo y amigos virtuales.....	167
5.3 Discusión.....	168
CAPÍTULO 6. OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y PRÁCTICAS PARA <i>SENTIRSE BIEN</i>	170
6.1 Otras formas de atención de la salud	171
Yoga	173
Reiki	174
Masajes Terapéuticos	174
Concurrencia a la Iglesia. Sanadores	175
6.2. Actividades y prácticas para <i>sentirse bien</i>	180
Prácticas fuera del ámbito doméstico.....	182
Cursos.Estudiar; Charlas. Encuentros; Amigas . “Salir”; Gimnasia; Bicicleta; Caminar; Bailar; Trabajo; Trabajo Voluntario	
Prácticas para <i>sentirse bien</i> en relación con tareas domésticas.....	194
Cocinar; Limpiar	
Prácticas para <i>sentirse bien</i> realizadas en el hogar	196
Leer; Tejer. Coser. Bordar. Mandalas; Escuchar Música; Actividades recreativas familiares; Rezar; Mirar televisión; Maquillarse. Perfumes. Cambiar. Peinarse; Tomar té. Tomar mate. Compartir; Sexualidad; Internet. WhatsApp. Facebook; Jardinería	
6.3. Discusión.....	213
Otras Formas de atención y Prácticas para sentirse bien.....	213
Mujeres/madres cuidadoras. “Cuidadoras-24-horas”	221
Las estrategias del “mientras tanto” y la vertiente desiderativa de las prácticas.....	223
Criterios de elección o consulta a otras formas de atención y prácticas	224
El Subcampo específico de la salud mental en el PNAS.....	226

1. PROPÓSITO

La presente investigación se propone caracterizar los *itinerarios terapéuticos* frente al sufrimiento psíquico seguidos por mujeres adultas, usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud Mental en la ciudad de Bahía Blanca, durante los años 2017-2019.

Entendemos a los itinerarios terapéuticos como los recorridos que realizan los sujetos en sus búsquedas de salud o de alivio al sufrimiento psíquico en contextos determinados (Alves y Souza, 2008), siendo el modelo biomédico una de las opciones posibles de atención (Menéndez, 2005, 2009; Neves Pereira, 2009; Obach King, 2011; Perdiguero, 2006; entre otros).

Metodológicamente, la modelización de tales trayectorias o itinerarios permite dar cuenta del poder de agencia de las usuarias y de sus estrategias frente a los problemas de salud mental y/o el sufrimiento psíquico en contextos históricos, socio-económicos, culturales y políticos particulares (Engel Gerhardt, 2006; Menéndez, 2009; Perdiguero, 2010; Vianna Cabral et al, 2011).

En el área específica de la investigación en salud mental, las estrategias para recuperar la salud implementadas por los sujetos reciben una atención creciente en la región de Latinoamérica y el Caribe (Merhy et al, 2014; Ferreira Mangia y Muramoto, 2008; Junges et al, 2009; Freidin y Abrutzky, 2010; Pasarin, 2011; Freidin, Ballesteros & Echeconea, 2013; Goldberg, 2014, entre otros).

Sin embargo, estos aportes no abordan específicamente el tema con relación al sufrimiento psíquico y sus *formas* de atención en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud Mental. El trabajo diario en Unidades Sanitarias de la ciudad¹, nos permite observar que la solicitud de atención corresponde preferentemente a mujeres con significativa prevalencia de *problemáticas vinculares*² como motivo de consulta; es decir, problemáticas referidas a los vínculos cercanos como fuente de sufrimiento psíquico, no necesariamente acompañadas de cuadros psicopatológicos. Por otro lado, en la entrevista al profesional psicólogo en las

1 La investigadora se desempeña como Psicóloga en Unidades Sanitarias de la ciudad de Bahía Blanca desde el año 1996.

2 Por problemáticas vinculares nos referimos especialmente a las categorías *Problemas familiares-paterno-filiales*, *Problemas conyugales-vinculares* y *Problemas biográfico-vitales*, como a aquellas ligadas a la *Violencia* en todas sus formas (Nomenclador del Observatorio de Salud y Condiciones de Vida de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca; Anexo del presente proyecto).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Unidades Sanitarias de la ciudad, algunas de las usuarias refieren consultar a *Formas de atención* por fuera de la medicina tradicional, así como realizar prácticas o actividades para *sentirse bien*.

Consideramos que es a través del estudio de la singularidad de los recorridos de las usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud Mental (PNASM) que podemos dar cuenta de sus particularidades y dinámicas idiosincrásicas atentas al contexto de su inscripción y desarrollo. Asimismo, la propia modelización de los itinerarios terapéuticos permite visibilizar tanto el lugar asignado al modelo biomédico de atención de la salud, como a otras Formas de atención y prácticas novedosas frente al sufrimiento psíquico.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La especificidad de las formas de atención del sufrimiento psíquico en el Primer Nivel de Atención de la Salud Mental (PNASM) puede ser abordada a través del concepto de *itinerarios terapéuticos*.

El objetivo central de la investigación sociológica y antropológica contemporánea sobre el tema propone “...interpretar los procesos por los cuales los individuos o grupos sociales escogen, evalúan y adhieren (o no) a determinadas formas de tratamiento” (Alves y Souza, 2008, p. 125).

En la actualidad y en sociedades americanas y europeas encontramos una marcada heterogeneidad en las formas o *modelos de atención* de los padecimientos (Kleinman, 1980; Good, 1987 en Idoyaga Molina, 2005; Menéndez, 1985, 1992, 2006; Idoyaga Molina 2001, 2005); cada uno conforma un conjunto de saberes plurales en cuanto a las representaciones sobre salud y enfermedad, diagnóstico, tratamiento y pautas de curación. Tal *pluralismo médico* implica reconocer la utilización por parte de la población de saberes y formas de atención diversos no sólo para diferentes problemas de salud, sino aún para el mismo problema (Alves y Souza, 2008; Idoyaga Molina, 2002, 2005; Menéndez, 2009; Perdiguero, 2006, 2009, Strasser, 2014, entre otros).

La perspectiva antropológica en salud rescata esta heterogeneidad y propone ir más

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

allá del modelo biomédico para incluir a “todos los saberes y formas de atención que en términos intencionales buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado...” (Menéndez 2009, p. 25).

En 1980, Kleinman presenta el concepto de *modelos de atención de la salud* como sistemas culturales y locales; establece tres grandes clasificaciones: medicina profesional o alopática, incluyendo a las psicoterapias; folk; y popular (medicina practicada en el núcleo familiar primario y la comunidad). Por su parte, Good fue el primero en conceptualizar como sistemas etnomédicos a los sistemas de salud, dentro de los cuales la biomedicina es considerada una categoría más junto al autotratamiento y la medicina tradicional (Good, en Idoyaga Molina, 2005).

A partir de estos desarrollos, en nuestro país, Idoyaga Molina (2002, 2005) propone una categorización sensible a los aspectos socio-culturales, económicos e históricos de Argentina ; así distingue: la biomedicina, las medicinas tradicionales, el autotratamiento, las medicinas religiosas y las medicinas alternativas.

Menéndez (2009) apunta a la pluralidad de *saberes, formas y modelos de atención y prevención* de los padecimientos propios de cada sociedad, señalando la importancia no sólo de su diversidad, sino de su misma existencia. Distingue así entre: saberes y formas de atención de tipo biomédico; de tipo popular o tradicional; saberes y formas de atención alternativas, paralelas o *new age*; saberes y formas de atención correspondientes a otras tradiciones médicas; finalmente, saberes y formas de autoatención.

La OMS (2017) por su parte abarca bajo la categoría de *Medicinas alternativas y complementarias (MACs)* a la medicina tradicional y a aquellas prácticas de salud que no están integradas al sistema sanitario principal ni pertenecen a la tradición del país.

En estrecha relación con la problemática del *pluralismo médico* se encuentra el concepto de *itinerarios terapéuticos*, aporte de la antropología francesa y enfoque superador de las perspectivas micro y macro-sociológicas en salud (Perdiguero, 2006). Se entiende por *itinerarios terapéuticos* a la totalidad de los procesos llevados a cabo por las personas para buscar alivio al sufrimiento, desde la aparición del problema, su interpretación y resolución, valiéndose de diferentes alternativas terapéuticas en un marco de pluralismo médico (Sindzingre, 1985, en Perdiguero, 2006). Esta perspectiva hace eje en el punto de vista de los usuarios respecto de su manera de experimentar la enfermedad y orientarse hacia la cura

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

(Auge, 1996).

Actualmente el concepto *itinerarios terapéuticos* admite en la bibliografía diversas aproximaciones conceptuales más o menos afines: *itinerarios terapéuticos*, *camino terapéuticos* (Idoyaga Molina, 2005; Eroza y Álvarez Gordillo, 2008; Mallart en Goldberg, 2010), *trayectorias de atención* (Barragán Solís, 2002; Berenzon Gorn & Ríos, 2005), *proceso asistencial* (Comelles et al, 1981), *tecnologías de búsqueda*, *tecnologías de alivio del padecimiento* (Bialakowsky, 2005),), *rutas críticas* (Tajer, 2014), *procesos de gestión de la enfermedad* (Adaszko, 2011), *movimientos de los usuarios* (Merhy, Feuerwerker & Silva, 2014), entre otros.

La antropología médica por su parte, conceptualiza como *carrera del enfermo*, *carrera del paciente*, *carrera curativa* o *trayectorias de atención*, a las experiencias reales o procesos por los cuales los individuos y grupos sociales escogen, evalúan y adhieren (o no) a determinadas formas de tratamiento (Menéndez, 2005, 2009; Alves y Souza, 2007). El concepto de *carrera del enfermo* permite dar cuenta de las *formas de atención* operantes en contextos determinados; mediante su apropiación por parte de los sujetos se actualizan sus articulaciones y usos tanto como su reconocimiento para el tratamiento de distintos padecimientos. Metodológicamente posibilita la visibilización de las representaciones, saberes y prácticas diversos que los sujetos y grupos despliegan en contextos determinados para recuperar su salud (Menéndez, 2003, 2009).

Tanto el concepto de *itinerarios terapéuticos* como el de *carrera del enfermo* son ajenos al campo de la Psicología y no están siquiera conceptualizados en la formación académica del psicólogo. En nuestro país son cada vez más numerosos los trabajos que visibilizan su existencia y particularidades tanto en el campo de la medicina como en el de salud mental (Freidin y Abrutzky, 2009; Venturiello, 2012; Freidin, Ballesteros & Echecone, 2013; Dángelo, 2014). Sin embargo y en este último campo, entendemos que el concepto de *enfermo* para caracterizar al usuario del PNASM no condice enteramente con la especificidad de las consultas, que remiten con mayor frecuencia a problemáticas vinculares (Programa Si-Salud, Bahía Blanca). Adscribimos así a la postura de Augsburger y Galende -entre otros- para quienes sufrimiento psíquico y enfermedad mental no deben ser homologados, siendo en forma independiente o conjunta los disparadores de los procesos de búsquedas de salud (Augsburger, 2004, 2005; Galende, 1998, 2012, 2015).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

En el PNAS de la ciudad son las mujeres adultas las que consultan con mayor frecuencia en los servicios de psicología (Programa SI-Salud, Municipalidad de Bahía Blanca), hecho que adscribimos a su papel histórico de cuidadoras de la salud familiar en íntima relación con su condición femenina. Incluimos de esta manera al concepto de *género* y *edad* como dimensiones transversales a las producciones del proyecto.

Por otro lado observamos que, en una proporción importante de casos, el encuentro con el terapeuta en tanto representante del modelo de atención profesional puede ser valorado negativamente por el usuario; este desencuentro podría ser una de las causas que propicie el abandono del tratamiento, una reorientación hacia otras formas de atención, su solapamiento o articulación. En el campo de la medicina se observa un creciente grado de insatisfacción de los usuarios centralizado en forma amplia en la relación médico-paciente (Perdiguero, 2000; Franco y Pecci, 2004; Dipierri, 2004; Hernández Tezoquipa, 2005). En el escenario de la salud mental, el encuentro usuario-terapeuta se ve afectado en gran medida por las expectativas disímiles de ambos, siendo una queja frecuente la falta de intervención o el silencio diagnóstico por parte del profesional.

Esta demanda activa de los sujetos en búsquedas de salud los coloca en una posición social diferente a la del *paciente*. Históricamente el lugar del *sujeto paciente* remite a la espera, la pasividad; supone un sujeto moldeable por el médico y en relación de asimetría política, donde las prácticas y los conocimientos médicos son incuestionables. Desde este proyecto se considera al sujeto en búsquedas de salud en tanto usuario de diferentes prácticas y formas de atención, capaz de cuestionarlos, interpelarlos, de redirigirse, resistirse, abandonarlos, volver; en fin, usuario que posee agencia y que desarrolla estrategias para alcanzar sus objetivos de salud.

De este modo en el sector específico de la salud mental, tal perspectiva permite considerar a la consulta individual en el PNAS como parte de un proceso o recorrido singular cuyo objetivo final es el alivio al sufrimiento psíquico, cobrando relevancia tanto los trayectos recorridos como sus reorientaciones, solapamientos, complementariedades y alternancias por fuera y por dentro del *modelo médico hegemónico*³ (Menéndez, 1998, 2003,

3 El Modelo Médico Hegemónico refiere a una construcción metodológica de elevada abstracción propuesta por el autor como instrumento de indagación de la realidad y con el cual identifica a la medicina alopática u occidental, la psiquiatría y las diversas terapias. Sus características salientes se sustentan en determinadas concepciones teórico/ideológicas, su ahistoricidad, asocialidad, aculturalidad y exclusión del sujeto, resaltando la asimetría médico/paciente donde la enfermedad es considerada como desviación y puesta en

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

2005, 2009).

Finalmente sugerimos visualizar a tales recorridos como manifestación del poder de agencia del usuario a la vez que expresión de sus *trayectorias biográficas* y, por tanto, actualización de un *habitus* estructurado y estructurante en relación a condiciones objetivas de producción social (Bourdieu, 1995, 2011).

Desarrollaremos algunos contenidos que consideramos esenciales para la comprensión de la problemática planteada.

2.1 ¿Sujeto, paciente o usuaria?

En el presente trabajo fueron utilizados en forma indistinta los términos: *sujeto* y *usuaria/o*; deliberadamente excluimos el término *paciente*. Reconocemos que la designación adoptada no implica sólo una cuestión semántica ya que la especificidad de las denominaciones de los objetos nombrados inducen y propician diferentes formas de percibirlos, de construir realidad. Desarrollaremos brevemente los diferentes términos que pueden encontrarse en la bibliografía.

El concepto de *paciente* resulta ser el más antiguo y el más utilizado, su uso se remonta al siglo XIV y está asociado directamente con su raíz etimológica: *sufrir, soportar* (Diccionario Universidad de Salamanca). Admite además un segundo significado en tanto se relaciona *paciente* con paciencia en la espera de atención; implícitamente su uso puede remitir a la representación no sólo de una posición pasiva frente al profesional de la salud, sino también jerárquicamente inferior (Menéndez, 2005, 2009). En nuestro país, la Ley 26.529 reglamenta los Derechos del *Paciente* en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud; dicha ley data de 2009 y establece dichos derechos en cuanto a la autonomía de la voluntad del *paciente*, la información y la documentación clínica.

Menéndez (1978, 1979, 1983 y 1985) asocia esta consideración del *usuario* como *paciente* a las funciones del Modelo Médico Hegemónico. Puntualiza cuatro funciones que potencialmente cumple dicho modelo en toda sociedad: función curativo-preventiva; función

valor – junto a la salud- como mercancía (Menéndez, 2009).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

normatizadora; de control; y de legitimación. Aunque la primera es la que aparece como única y privilegiada, las siguientes son parte implícita del trabajo médico y suponen una participación pasiva de los *pacientes*.

El término *cliente*, poco usual en la bibliografía consultada, es un término que se asocia a la economía liberal de mercado y adscribe al sujeto que consulta el carácter de consumidor; la salud, desde esta perspectiva, es un bien de consumo y no un derecho social (Gracia, en Takutti et al, 2010).

Gradualmente se ha ido estableciendo en la bibliografía en salud el concepto de *usuario*; es utilizado como sinónimo de *paciente* (Glosario Servicios de Salud del Mercosur) y en otras ocasiones *usuario* como aquella persona que disfruta, que hace uso de un servicio público o particular.

Desde la propuesta del marco referencial teórico del presente proyecto, sumamos la noción de *agente* para caracterizar al *usuario* de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de la Salud. Sus formas de atención y sus prácticas fueron comprendidas en tanto *estrategias* encaminadas hacia la búsqueda activa de salud, vinculadas a su posición en un campo social determinado (Bourdieu y Wacquant, 2002).

2.2 Dimensiones de Género y Edad en el ámbito de la salud

La elección de las mujeres como *usuarias* en la presente investigación, introduce la consideración de la *perspectiva de género* para una adecuada apreciación de las estrategias de atención diferenciales de dichas mujeres.

Acordamos con Pombo (2012) en que no debemos proceder como si el *género* se tratara de un concepto autoevidente; en nuestro caso y salvo para políticas públicas específicas (por ejemplo: salud reproductiva) se recurre a la categoría general de *usuarios* de los servicios de salud, negando o silenciando los modos diferenciales de significar, percibir, sentir y actuar de las mujeres y los hombres en relación a la salud y sus estrategias de cuidado. Esta realidad conlleva a la invisibilización de las necesidades de salud propias de las mujeres y la desconsideración de sus demandas específicas de atención de la salud.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

La misma organización de salud sostiene estos *sesgos de género* (Valls Llobet et al; 2008; Benlloch, 2003, 2008; Tasa-Vinyals, Mora-Giral & Raich-Escursell, 2015) a través de prácticas profesionales indiferenciadas en cuanto al género, y con relación a diagnósticos de enfermedades, ensayos clínicos, prescripción de fármacos psicotrópicos e intervenciones quirúrgicas (Ruíz Cantero, 2009).

La investigación sociológica latinoamericana sobre género se realiza en el contexto de un importante debate activo y continuo con respecto a temas que han sido objeto de investigación desde los orígenes de las ciencias sociales, como la familia, o más novedosos como el de mujer y género (Bonilla Castro, 1993; Pombo 2012).⁴

Los Estudios sobre Género son aquellos dedicados al aporte en la producción de conocimientos que versan sobre las significaciones atribuidas al hecho de ser mujer o varón en una cultura particular (Burín y Meller, 2010).

Descriptivamente, autores como Burín y Meller (2010) sostienen que tanto los modos de pensar como de sentir y de comportarse de hombres y mujeres no responden a un orden natural ni inmutable, sino a construcciones sociales y familiares diferenciadas para mujeres y hombres. Desde etapas tempranas del desarrollo, "...unas y otros incorporan ciertas pautas de configuración psíquica y social que dan origen a la feminidad y la masculinidad" (Burin y Meller, 2010. p. 20); dichos procesos se traducen en un conjunto de rasgos de personalidad, valores, creencias, actitudes y comportamientos diferenciales según géneros. Tales diferencias implican no sólo desigualdades, sino jerarquías entre los mismos sostenidas bajo una lógica binaria de percepción.

Por otro lado, la categoría *género* no es una invariante universal, sino que las diferencias entre masculinidades y feminidades son procesos históricos de construcción social que han producido asignaciones adscritas al ser femenino o masculino, en ocasiones, hasta independientemente del status biológico.

Barrancos (2011) otorga prioridad a la relación de género con la de *ciudadanía*; rescata a los movimientos feministas que cuestionaron su calidad de universalidad. En consonancia con las investigaciones recientes, propone ampliar dicha noción restringida a lo político e incorporar los derechos civiles, sociales, culturales, de identidad, y aquellas

4 No es centro del presente estudio la revisión y desarrollo de la bibliografía sobre un tema amplio y complejo. Sin embargo, la consideración de las mujeres en tanto *mujeres* y *usuarias* obliga a asumir una posición sobre el *género* así como a observar su interjuego en el campo de la salud.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

dimensiones “...personalísimas tales como la cuestión de la identidad sexual y los vinculados a la soberanía del cuerpo” (Barrancos, 2011). Bajo esta óptica y para la Argentina, la autora propone la consideración de cuatro grupos de personas afectados por lo que caracteriza como *mengua de ciudadanía*: las mujeres; las personas que cuestionan los modelos genéricos a través de sus orientaciones sexuales; las poblaciones originarias; y los grupos inmigrantes, especialmente de los países latinoamericanos.

La autora entiende que históricamente se han conformado dos ámbitos o espacios de organización de la existencia humana como concepciones transhistóricas: la vida pública y la vida privada, y asignado a los hombres al primero y a las mujeres al espacio de lo privado. Esto implica considerar que la mujer tiene como principales funciones la de ser reproductora y cuidadora de la progenie y lo doméstico en general.

Entendemos que esta persistencia de la *incompletud de la ciudadanía femenina* (Barrancos, 2011) se verifica igualmente al interior del sector salud, donde al estatus de mujer se le adscribe el de *cuidadora* y responsable de la salud del grupo familiar, lugar naturalizado y familiarizado tanto por las propias usuarias como por los profesionales actuantes (Bronfman, 2001; Remorini 2012; Hernández Tezoquipa, 2005; Idoyaga Molina, 2005, 2007; Menéndez, 2009; Ramírez Hita, 2010; entre otros).

La consideración del género como una dimensión condicionante de la salud no implica desconocer su articulación con otros conceptos igualmente importantes, como la clase social, la etnia y la edad (Pombo, 2012; Esteban, 2006). A su vez, Esteban (2003) observa que la presunción de una categoría femenina universal invisibiliza otras diferencias fundamentales en la cotidianeidad de las mujeres, como su condición de clase, su edad, nacionalidad, etnia u orientación sexual, en tanto otros componentes de estratificación más allá del género. Tal articulación debe considerarse como estructural y evidencia la simultaneidad de las diferentes formas de desigualdad. Compartimos esta postura de las autoras como así también su crítica a los enfoques individualistas, a-históricos y descontextualizados que rescatan sólo las trayectorias biográficas particulares para dar cuenta de los procesos de subjetivación.

Finalmente y siguiendo a Esteban (2003) destacamos la pertinencia de pensar a los modelos sociales, incluidos a los de género, como duales; esto implica reconocerlos como modelos de pertenencia y seguimiento, a la vez que de lucha y desafío. Extiende esta observación al cuerpo y la salud :

Así, el cuerpo y la salud, por ejemplo, deberían ser vistos como lo inmediato, un terreno muy cercano donde las verdades y contradicciones sociales tienen lugar, el lugar de la manipulación, del sometimiento; pero también el espacio donde se da la resistencia personal y social, la creatividad, la contienda, la lucha (Esteban, 2003).

A partir de la postura de Gramsci, desarrollos e investigaciones en el campo de la salud sostienen este tipo de interpretación con relación a los grupos sociales. Los grupos subalternos -en nuestro caso las usuarias mujeres- resultan agentes de cambio frente al orden impuesto por los sectores hegemónicos. Desde esta perspectiva, los itinerarios terapéuticos pueden ser entendidos como fenómenos de resistencia dentro del campo de la salud. La mujer que consulta lo hace con una historia social implícita y el encuentro social con el profesional se da en el marco de una relación de poder /subordinación donde no son atendidas sus necesidades de salud. La falta de respuesta genera la búsqueda de nuevas propuestas, siendo la autoatención el proceso decisivo y articulador de estas estrategias de resistencia sostenidas por las mujeres (Hernández Tezoquipa, 2005).

En relación a la *edad* nos interesa destacar los aportes de la *antropología de la edad*, constructo cultural central en la organización de la vida social. Si bien todas las culturas reconocen la determinación de la naturaleza en las dimensiones del desarrollo humano, las formas que asume su categorización es sumamente variada en cada sociedad; así no resultan universales ni las divisiones impuestas al ciclo vital ni las pautas culturales adscritas a cada fase (Feixa, 1997).

En el curso de las últimas décadas la investigación en el campo de las ciencias sociales y en relación al estudio de los ciclos de vida, ha cuestionado la consideración del desarrollo de la vida humana como totalidad, interrogándose respecto de la articulación entre sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales e históricas; surge así el paradigma interdisciplinario de “trayecto de vida” (Gastron y Oddone, 2008).

La sociedad contemporánea experimenta una transformación en la organización tripartita del ciclo de vida. En la sociedad industrial dicha organización se caracterizó por la estructuración en torno al empleo asalariado en estrecha relación con las categorías de edades

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

reconocidas, distinguiendo tres etapas sucesivas y con funciones singulares: formación/niñez, trabajo/adulthood y jubilación/vejez. Los cambios en el modelo salarial llevaron a la individuación de las trayectorias individuales, donde prima un carácter *contingente* del curso de la vida ligado estrechamente a los períodos de empleo y desempleo que jalonan las trayectorias laborales de los sujetos. Así, los cambios en la organización del curso de vida se orientaron hacia la des-institucionalización, des-cronologización y la individuación (Oddone, 2012).

Según Oddone (2008, 2012) los trayectos actuales del ciclo de vida carecen de la linealidad temporal del modelo tripartito; el tiempo cronológico no juega el papel central en la regulación de las normas que rigen los comportamientos; hoy es el propio actor quien elige cuándo llevar a cabo una acción (Bessin en Oddone, 2012). “Asistimos entonces a una diversificación de las biografías, que se vuelven más inciertas y aleatorias a medida que se diluye el marco normativo del trayecto de las edades” (Oddone, 2012) así como al incremento del poder del sujeto sobre el tiempo, una flexibilidad temporal inédita que produce trayectorias biográficas diversas y mayormente negociadas (Kohli en Gastron y Oddone, 2008; Meyer en Gastron y Oddone, 2008).

La autora sostiene que el modelo tripartito del curso de la vida debe pensarse exclusivamente en relación a los hombres, en tanto jefes de familia y proveedores.”Las mujeres, que durante mucho tiempo estuvieron al margen del trabajo asalariado, conocen una temporalidad diferente, orientada hacia la esfera doméstica y las actividades relacionadas con el cuidado” (Oddone, 2008, 2012).

En el presente proyecto consideramos a la edad como una de las dimensiones que atraviesa nuestro objeto de investigación, en estrecha relación con el género y las condiciones socioeconómicas de las usuarias del PNAS. Entendemos que su estatus de mujeres adultas y las condiciones sociales de existencia compartidas en el espacio social, las dispone potencialmente a desempeñar roles similares, tanto en relación a su propia subsistencia como al eventual ejercicio de la parentalidad. Dentro de este marco conceptual, la singularidad de sus trayectos vitales en relación con las estrategias de salud fueron el objeto de estudio del presente proyecto.

2.3 Organización de la atención en Argentina y Atención Primaria de la Salud

Sistema de Atención de la Salud en Argentina

En la actualidad en la República Argentina un 46,41% de la población tiene obra social; un 15,69% posee algún tipo de sistema prepago de salud (por contratación voluntaria o a través de obra social); un 1,82%, cobertura por un programa o plan estatal de salud, y el 36,08% restante no cuenta con ningún tipo de cobertura (INDEC, 2017); sus necesidades de salud deben encausarse hacia el sistema privado o al público de atención.

Por otro lado, nuestro Sistema de Atención de la Salud presenta un estado de fuerte fragmentación caracterizado por visiones, coberturas, programas, financiamientos y órganos de control disímiles (OPS, 2011; Tobar, Olaviaga & Solano, 2012;). Su organización se encuentra dividida en tres subsectores:

. De la Seguridad Social. Con no menos de cuatro niveles diferentes: Obras Sociales Nacionales, Provinciales, de las Fuerzas Armadas y de Seguridad y, finalmente Obras Sociales de Universidades Nacionales y de los Poderes Legislativo y Judicial.

. Privado. Incluye los seguros voluntarios (medicina prepaga) y se expresa en un sinfín de entidades.

. Público. A su vez con tres niveles: Nacional, Provincial y Municipal y con normativas particulares derivadas de la pertenencia a esas diferentes jurisdicciones. Las Unidades Sanitarias en la ciudad de Bahía Blanca estarían ubicadas dentro del Subsector Público Municipal de Salud, junto con el Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero.

Las dos grandes variables para el acceso a uno u otros de dichos Subsectores están representadas por la posesión de cierto capital económico (Subsector Privado que incluye a los planes de medicina prepaga voluntarios) o de trabajo registrado con aporte al sistema de seguridad social (Subsector de la Seguridad Social); las personas que no se encuentran comprendidas en estas categorías deben recurrir al Sistema Público de Atención de la Salud.

Atención Primaria de la Salud

La Atención Primaria de la salud (APS) puede definirse como una estrategia de base territorial que busca superar las barreras en el acceso a la atención de la salud, integrando las prácticas de prevención de enfermedades y la promoción de la salud a través de intervenciones individuales y/o poblacionales con el objetivo de brindar una respuesta integral a los problemas de salud de la comunidad. El Equipo de Salud perteneciente a una Unidad Sanitaria o Centro de Salud es el responsable del conjunto de estas actividades en una zona determinada (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

En 1978 en la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata⁵ la APS adquiere posición prioritaria en el campo de la salud y reconocimiento conceptual en tanto estrategia específica. Como tal, incluye los principios básicos de accesibilidad de la población a la atención, cobertura universal atendiendo a sus necesidades de salud, organización y participación comunitaria garantizando el derecho a la salud y las estrategias de cuidado, intervenciones intersectoriales y el desarrollo de tecnologías apropiadas en función de los recursos disponibles (Ministerio de Salud de la Nación, 2004). Para lograr estos objetivos la APS conlleva una reorganización del sistema de salud en su conjunto, escalonando la atención en niveles ascendentes de complejidad, desde el primer nivel representado por las Unidades Sanitarias y los Centros de Salud hasta los niveles más altos que son los hospitales especializados (segundo nivel) y los centros de máxima complejidad (tercer nivel).⁶

Sistema de salud y APS, el caso de Bahía Blanca

La ciudad de Bahía Blanca está ubicada a 636 km al sur de la Ciudad de Buenos Aires y es cabecera del partido homónimo con una población total de 301572 habitantes, 48% de los cuales son varones y 52% mujeres. Su población está compuesta principalmente por adultos, siendo el 79% mayor de 15 años. El 6,9% de los hogares presenta necesidades básicas insatisfechas (INDEC, 2010).

5 La 1ª Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud se celebró del 6 al 12 de septiembre en la ciudad de Alma Ata, antigua URSS, en el año 1978.

6 Entendemos a los propósitos mencionados como metas ideales. Su recorrido efectivo y las críticas a su implementación escapan a los objetivos del presente estudio.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

En cuanto a su sistema de salud, en el año 1992 se constituyó la Red Única de Atención (RUDA) en el ámbito del partido, lo que significó la reestructuración del sistema en un Primer Nivel de Atención (PNA) organizado en Áreas Programáticas bajo la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS). Se promovió la descentralización hospitalaria reforzando el primer nivel de atención, aumentando los recursos humanos y adecuando la infraestructura sanitaria.

Se entiende por Área Programática a las zonas delimitadas por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico-administrativas. En la ciudad, sus áreas de referencia espaciales coinciden a grandes rasgos con las Delegaciones Municipales y su objetivo primordial es la cobertura de las necesidades de salud de la población de referencia.

En la actualidad las Áreas Programáticas son 11 y se cuenta con 56 Unidades Sanitarias, distribuidas entre 2 y 7 por cada Área; se suman 5 Centros de Salud, 3 de los cuales poseen guardia permanente y servicio de traslado para los usuarios que lo necesiten. Trabajan en este Primer Nivel de Atención de la Salud 443 agentes de diferentes disciplinas (Secretaría de Salud, Municipalidad de Bahía Blanca, 2015).

El Centro de Salud o las Unidades Sanitarias pueden definirse como establecimientos orientados al cuidado de la salud con un abordaje territorial, con eje en la familia y la comunidad; su objetivo y responsabilidad es la atención de la salud de una comunidad definida geográficamente y demográficamente, contemplando la prevención de enfermedades, la asistencia y la promoción de la salud.

En cada Unidad Sanitaria o Centro de Salud funcionan Equipos Interdisciplinarios de profesionales de la salud. La asistencia se realiza por turnos programados y por demanda espontánea de la comunidad. La prevención y promoción se efectiviza en actividades intra y extramuros con un enfoque de red, interinstitucional e intersectorial (Secretaría de Salud, Municipalidad de Bahía Blanca, 2015).

El Primer Nivel de Atención de la Salud articula sus estrategias de atención con los efectores del segundo nivel de atención de la salud local municipal (Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero) y local provincial (Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna). La infraestructura sanitaria de la ciudad se complementa con un Hospital Militar y cuatro Hospitales privados.

Cada Área Programática cuenta entre dos o tres profesionales psicólogos distribuidos

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

en las Unidades Sanitarias o los Centros de Salud. Cada profesional cumple una carga horaria entre 24 y 36 horas semanales en una o dos Unidades Sanitarias. Mayormente los turnos son programados y se evidencia una alta demanda por parte de los usuarios, listas de espera y demoras importantes para acceder a la consulta. Se recepcionan usuarios que solicitan turnos por derivación de otros profesionales de los Equipos de Salud, instituciones (judiciales, educativas, ONGs del sector, salud de otros efectores) o por demanda espontánea, entendiendo por tal el interés personal de los usuarios en acceder a una consulta. Los tratamientos que previa evaluación psicológica precisen de mayor especificidad son derivados por el profesional actuante hacia el segundo nivel de atención

Según ya expresamos, las personas que acceden a la atención de la salud mental en las Unidades sanitarias son aquellas que no cuentan con obra social o prepaga y se encuentran en situación económica desfavorable.

Desde cada Unidad Sanitaria se propicia que los servicios profesionales estén dirigidos en forma prioritaria a las personas ubicadas geográficamente en el espacio circundante inmediato; homóloga restricción existe para la atención en el Hospital Municipal donde el servicio está habilitado en forma específica para los habitantes de la ciudad, quienes deben acreditar su pertenencia mediante el registro correspondiente en el Documento Nacional de Identidad. Personas de otras localidades o provincias son derivados al Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna (ente provincial).

El modelo asistencial o de intervención en salud mental en Unidades Sanitarias de la ciudad incorporó desde su implementación profesionales formados con orientación psicoanalítica clásica. El psicoanálisis devino tecnología única de las prácticas, se instituyó como racionalidad (Silva Paím, 2006) de las intervenciones, trasladando el dispositivo analítico del consultorio particular a la consulta en el PNAS (Eliosoff, FUNSACOS, 2013). Bajo este aspecto, entendemos al psicólogo como integrante de una *cultura profesional* portador o representante del modelo hegemónico de la subjetividad en el campo psi y de un ideario individualista u autónomo del sujeto en calidad de *paciente* (Dimenstein, 2010); tal propuesta de relación no suele ser en general lo que el usuario espera; de allí el desencanto o decepción del encuentro.

Las tareas específicas de prevención de enfermedades y promoción de la salud se cumplimentan mediante la presentación de proyectos que intentan responder a las demandas

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

de salud de la comunidad, articulando recursos humanos y materiales.

El registro de la atención se lleva a cabo diariamente por todos los profesionales en formato papel (Planilla 2), donde se vuelcan los siguientes datos: fecha, apellido y nombres, documento, género, fecha de nacimiento, dirección y diagnóstico. Usualmente el mismo profesional carga los datos al Sistema SI-Salud, Sistema Informático integrado del Primer Nivel de Atención de la Salud que busca generar un banco de datos común entre las Unidades Sanitarias y el Hospital Municipal.

En cuanto al diagnóstico, la Secretaría de Salud ha implementado el *Nomenclador del Trabajo en Salud en el Primer Nivel de Atención* (Anexo), herramienta propia de clasificación/codificación tanto de problemas de salud como de prácticas de atención-cuidado, en base a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (DSM V) y códigos propios que dan cuenta de la realidad local. Generan información socio-demográfica y epidemiológica de la población atendida en el PNAS (Secretaría de Salud, Municipalidad de Bahía Blanca, 2015).

2.4 Demandas de atención. Sufrimiento psíquico y patología mental en el PNAS de la ciudad de Bahía Blanca

El estudio de las demandas de atención planteadas por los usuarios que consultan en el servicio de psicología del PNAS en la ciudad de Bahía Blanca permitió observar que una mayoría de las consultas no responde a una categorización diagnóstica de enfermedad mental, sino que cada sujeto despliega una serie de problemáticas que forman parte de su vida cotidiana y que superan su capacidad de resolución. Dicha caracterización abarca los problemas vinculares familiares afectando las relaciones con los grupos primarios y secundarios, involucrando los condicionantes socio-económicos y culturales en una trama compleja (Kern, Ganuza & Eliosoff, 2004).

Siguiendo a Augsburger (2004, 2005, 2014) entendemos al sufrimiento humano no sólo como un problema de orden biológico, sino como un emergente singular producto de contextos culturales y socio históricos determinados que interpela críticamente los sistemas

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

clasificatorios que se pretenden universales. En virtud de las actuales transformaciones sociales y las nuevas condiciones de existencia, la vida cotidiana familiar y social más amplia produce condiciones críticas que contribuyen a la generación de *sufrimiento psíquico* (Barreto, 1999; Galende, 2000; Augsburger, 2004; Bialakowsky, 2005; Algranti y Bordes, 2009; Obiols, 2012; Ausgsburger y Gerlero, 2012). De esta manera, el concepto de *sufrimiento psíquico* se propone como una categoría dotada de capacidad comprensiva para aprehender estas nuevas realidades y dar cuenta de dichos padecimientos subjetivos.

Ya en 1970, Szasz, el mayor representante del movimiento conocido como antpsiquiatría, definía a la enfermedad mental como un mito y escribía:

Nuestros adversarios no son demonios, brujas, el destino o la enfermedad mental. No tenemos ningún enemigo contra el cual combatir mediante la “cura” o al cual podamos exorcizar o disipar por esta vía. Lo que tenemos son problemas de la vida, ya sean biológicos, económicos, políticos o psicosociales (Szasz, 1970, p. 34.).

Desde esta perspectiva, el concepto de *enfermo* para definir al usuario de servicios de psicología en el PNASM presenta importantes reparos en tanto la situación problemática acerca de la cual consulta -en una gran proporción de casos- no puede ser encuadrada en categorías diagnósticas estrictas y estandarizadas previamente (CIE o DSM)⁷. Bialakowsky (2005) propone la categoría de *nuevos padecimientos* para caracterizar a las demandas actuales en salud pública, inéditas formas de sufrimiento psíquico estrechamente relacionadas con los procesos sociales y contextuales más amplios.

Siguiendo a Ausgsburger (2004) incorporamos la distinción entre el concepto de *sufrimiento psíquico* y *patología mental*. Dicha distinción evita patologizar y clasificar en términos de morbilidad los conflictos propios tanto de la vida cotidiana como de las interrelaciones sociales, entendiendo a los padecimientos como procesos históricamente situados en condiciones concretas de existencia. Así entendido, el *sufrimiento psíquico* no es

7 CIE es el acrónimo de la Clasificación Internacional de las Enfermedades publicada por la OMS; su última versión corresponde al año 1992 y se conoce como CIE-10. El DSM corresponde al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y es publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría; está vigente la quinta edición del año 2013 (DSM-5).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

el preámbulo de la enfermedad sino que puede tanto precederla como ser divergente de ella. Incorpora además "...la dimensión subjetiva del padecimiento, dimensión sin duda ausente en la gnosiografía clásica...." (Augsburger, 2004).

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los itinerarios terapéuticos ante al sufrimiento psíquico seguidos por las mujeres usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud Mental en la ciudad de Bahía Blanca? ¿Cuál es el lugar asignado al PNASM en el desarrollo de sus itinerarios terapéuticos?

4. HIPÓTESIS

En relación amplia con las preguntas de investigación las hipótesis del estudio fueron entendidas como enunciaciones provisionales:

. Se recurre a los servicios de psicología del PNAS por demandas que tienen que ver con el sufrimiento psíquico y que pueden acompañar o no a cuadros psicopatológicos determinados;

. Las búsquedas de salud se viabilizan en recorridos particulares a través de diferentes *formas de atención*, por dentro y fuera del modelo médico hegemónico. Su apropiación particular va delineando *itinerarios terapéuticos* singulares aunque condicionados por la posición del usuario en el campo social. Supone además valorar al sistema público de atención de la salud como poco permeable a la atención (¿expulsivo?) y con respuestas que se inscriben en el orden del desencanto o del desencuentro entre usuario y profesional-sistema de salud. Tales vicisitudes de la relación serían una de las causales que reorientarían las búsquedas de salud hacia otros profesionales y/o formas de atención, sucesiva o simultáneamente.

. Los itinerarios terapéuticos pueden entenderse como estrategias de los sujetos para enfrentar sus problemas de salud mental o sufrimiento psíquico, estrategias que remiten a la

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

puesta en acto de habitus propios de los usuarios del servicio de psicología del PNAS en la ciudad de Bahía Blanca.

5. JUSTIFICACIÓN

5.1 *Justificación social*

La inserción laboral en Unidades Sanitarias de la ciudad, pertenecientes al sistema público en el Primer Nivel de Atención de la Salud, impone la reflexión cotidiana de las características salientes de las consultas : la complejidad de la trama de los relatos; su resistencia a encuadrarse en nosografías psiquiátricas; en una importante proporción de los casos una marcada dificultad o demora en el acceso al sistema público de atención de la salud, así como el dramatismo de tantas *vidas tristes* (Baroja y Nessi, 1900) en contextos de amplias desigualdades sociales.

En este escenario concreto, entiendo que los itinerarios terapéuticos permiten un abordaje de las trayectorias de atención de las usuarias en sus búsquedas de salud, contribuyendo a su caracterización, al esclarecimiento de sus peculiaridades, a la comprensión humanizada de su sufrimiento psíquico y al establecimiento de intervenciones integrales atentas a su carácter *sui generis*.

Estimo que los desarrollos propuestos como objetivos en el presente proyecto contribuirán al acercamiento de los profesionales actuantes en el PNAS a las realidades cotidianas de los usuarios, visibilizando prácticas y lógicas diversas en sus estrategias de cuidado de la salud.

La producción de conocimientos territorializados implica asumir una posición ética en cuanto al sostenimiento de la salud como un derecho de todos los usuarios. En este aspecto, la visibilización de los itinerarios terapéuticos recorridos y la caracterización contextualizada de las diferentes formas y prácticas de atención, se torna indispensable para la construcción de proyectos terapéuticos cuidadores, con eje en el contexto real de vida de los usuarios, atendiendo a sus experiencias y su forma de significar la salud, la enfermedad y el padecimiento. Asimismo, el estudio de las reorientaciones y articulaciones de los itinerarios

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

terapéuticos permite una revisión crítica del papel profesional del propio psicólogo, revalorizando la mirada de los usuarios y sus observaciones respecto de sus expectativas y desencuentros en la consulta con el profesional.

5.2. Justificación académica

La planificación y las acciones consecuentes en el campo de la salud mental se ven restringidas por la acotada investigación y vacancia académica en la problemática planteada en el presente proyecto.

Según lo señalado por la OMS (2016) la incorporación de los resultados científicos relevantes al proceso de toma de decisiones se constituye en herramienta clave para la mejora de los propios sistemas de salud, y garante del acceso equitativo.

Pretendo que la consecución de los objetivos contribuya a la producción de conocimiento contextualizado en cuanto a las diferentes modalidades de atención del sufrimiento psíquico en el PNAS, caracterizando y conceptualizando, en su desarrollo y articulaciones las búsquedas de salud de dichos usuarios en un marco de creciente y visible pluralismo asistencial. Entiendo que sólo a partir de un análisis integral de las diferentes formas de atención territorializados es posible obtener un perfil epidemiológico de los padecimientos y sus formas de atención en el PNAS.

Desde el sistema de salud, el conocimiento y caracterización de los itinerarios terapéuticos seguidos por los usuarios del PNAS constituye información respecto de cómo dichos sujetos satisfacen sus necesidades de salud, a quiénes recurren, sus dificultades y obstáculos, así como las respuestas del propio sistema de salud; desde los profesionales y desde el sistema mismo se transforma en una oportunidad para repensar los cuidados en salud más ajustados a las necesidades de los usuarios y sus familias.

5.3 Justificación personal

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

En el plano personal, a través de los años fue recortándose un espacio de interés creciente en el tema, aprehendido conceptualmente en ocasión del cursado de la Maestría en Salud Colectiva.

El concepto de *carrera del enfermo* que Menéndez (2009) desarrolla desde el campo de la antropología médica funcionó como un disparador de fuerte impronta subjetiva; permitió formular preguntas inéditas respecto de la atención e interpeló supuestos visibilizando temáticas ciegas en mi formación académica, nulamente conceptualizadas y bajo un resguardo (¿ético?) respecto de las reorientaciones de las trayectorias de atención de los usuarios.

¿Podríamos hablar de un concepto similar en el campo de la psicología? ¿Es también una carrera, o una trayectoria, un recorrido, un itinerario? ¿El concepto de *enfermo* no resulta insuficiente para referirse a los usuarios que consultan en el PNAS?

La búsqueda bibliográfica llevó al encuentro de producciones e investigaciones sobre los trayectos de atención de los usuarios o itinerarios terapéuticos en búsquedas de salud, la visibilización de otras modalidades de atención y sus particularidades para el caso del sufrimiento psíquico.

Entiendo que las preguntas sobre qué encuentran y qué no encuentran los usuarios en sus búsquedas de alivio al sufrimiento no se trata sólo de una cuestión de recursos ofrecidos desde las Unidades Sanitarias, de experiencias carentes de relevancia o que interfieren en el tratamiento *oficial*. Un estudio que dé cuenta de las voces de los usuarios, de escucha atenta y amplia de todas sus estrategias de cuidado de la salud permitirá ahondar en la relación multidimensional que establece con diversas formas de atención del sufrimiento psíquico; trama compleja y pobremente resumida en la sección *Motivos de consulta* del registro diario relevado por el profesional actuante.

Considero que los estudios con relación a las problemáticas de salud mental enriquecerán su perspectiva al incorporar la lógica interpretativa los, universos paradójicos de libertad de elección pero también de clausura al mundo (Berger y Luckmann, 1984) , dentro de los cuales los sujetos delinear sus trayectorias para acallar o mitigar la aflicción.

6. ESTADO DEL ARTE

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Se realizó un relevamiento de la investigación académica sobre el tema desarrollada en Latinoamérica y el Caribe, en idiomas portugués y español, correspondientes al período 2005-2015. El período de búsqueda inicial abarcó los meses de marzo a noviembre de 2015. Fueron además incluidas las producciones puntuales que, en virtud de su importancia conceptual o de su referenciamiento regular en otras publicaciones, corresponden a fechas anteriores al intervalo considerado.

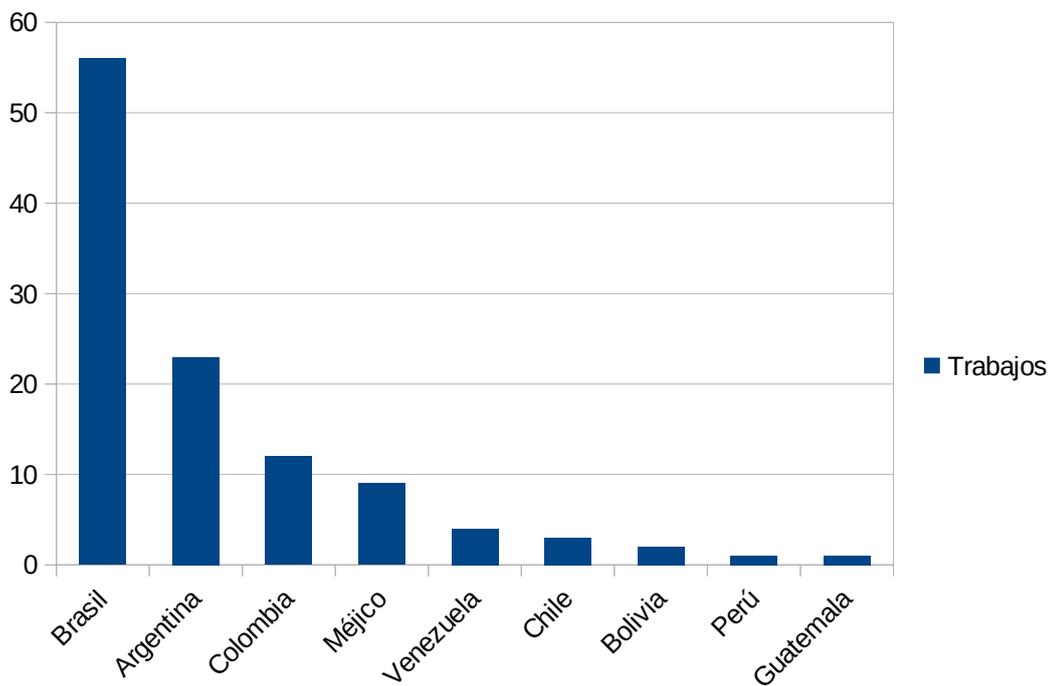
Los países que integran dichas regiones comparten en mayor o menor medida una determinada identidad socio-cultural e histórica así como un proceso de renovación de la Atención Primaria de la Salud (OPS/OMS, 2007). Se entiende que la nueva APS está experimentando un proceso de implementación y renovación en los siguientes países: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, México, Argentina, Chile y Uruguay, Brasil, Cuba, Haití, Paraguay y República Dominicana (Giraldo Osorio A y Vélez Álvarez C, 2013).⁸

Por países se obtuvo la siguiente distribución de contenidos originales: Brasil 56; Argentina 23; Colombia 12; Méjico 9; Venezuela 4; Chile 3; Bolivia 2; Perú 1 y Guatemala 1.

Gráfico 1: Cantidad de publicaciones por país, región Latinoamérica y el Caribe; Google Académico, Scielo, PubMed y Biblioteca Virtual en Salud; 2005-2015

8 Siguiendo a Menéndez (2009) no pretendemos la construcción artificial de un espacio homogéneo , sino señalar los factores o características que sustentaron el análisis y comparación entre trabajos de investigación de diferentes países, es decir, dar cuenta del criterio de inclusión y exclusión escogido.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]



Fuente: Elaboración propia

Los artículos seleccionados incluyeron a los itinerarios terapéuticos otorgándoles un lugar mayor o menor en el desarrollo de la investigación; su consideración en el presente apartado refiere a su pertinencia con relación al tema de investigación propuesto o en tanto resaltan dimensiones novedosas vinculadas a su tratamiento. En virtud de esta finalidad y del contenido de los trabajos, desarrollaremos su análisis a partir de sus objetivos, metodología y resultados; marco referencial teórico; relación con las formas de atención; elecciones y reorientaciones; redes de apoyo y autoatención.

6.1 Estudios sobre itinerarios terapéuticos

Consideraciones. Objetivos, metodología y resultados

La producción académica sobre el tema es heterogénea y con una proporción relevante de trabajos orientados a los itinerarios terapéuticos en relación a enfermedades médicas

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

(Idoyaga Molina, 2005; Sy, 2008; Visentin y Lenardt, 2010; Trad et al, 2010; Pinho y Gomes Pereira, 2012; Fava, 2012; Canesqui, 2013; Leite Fava et al, 2013; Barbosa Alves, 2013; Bermedo, 2015; entre otros)

La mayoría de los estudios se sitúa en el sistema público de salud ; recurren a un abordaje cualitativo de su objeto de estudio (a excepción de Carvalho dos Santos y Silva, 2014, que utilizan un abordaje cuali-cuantitativo) y, en general, con centro en el punto de vista del usuario (Merhy, 2014; Bellato et al, 2008, Giffoni y Santos, 2011, entre otros).

La metodología refiere a la utilización de la observación participante (Carvalho dos Santos y Silva, 2014; Marques y Mangia, 2013; Giffoni y Santos, 2011; Pinho y Gomes Pereira, 2012; Barbosa Alves, 2013), revisión bibliográfica y documental (Marques y Mangia, 2013), entrevistas semi-estructuradas (Carvalho dos Santos y Silva, 2014 quienes además se valen de cuestionarios; Giffoni y Santos, 2011, Neves Pereira, 2009; Barbosa Alves, 2013) ; grupos focales (Junges et al, 2009); historias de vida (Merhy, 2014) o historia de vida focal (Bellato et al, 2008; Musquim et al, 2013), administradas en general en varios encuentros con el mismo usuario (Bellato et al, 2008); diario de campo (Marques y Mangia, 2013); genograma y ecomapa (Musquim et al, 2013). Las muestras suelen ser pequeñas y las narrativas resultantes de las técnicas empleadas se interpretan desde el análisis de contenido, aunque dicho análisis no sea en todos los casos explicitado

Los itinerarios terapéuticos resultan ser considerados tanto un constructo metodológico (Oliveira Pereira, Castilho Sá & Miranda, 2014), teórico y metodológico a la vez (Perdiguero 2010; Ledesma Correa, 2013;), o instrumento conceptual y operativo (De Moura Pontes, Rego & Garnelo, 2015) que permite captar los recorridos concretos de los usuarios en sus búsquedas de salud, teniendo en cuenta las diferentes formas de atención presentes en diferentes contextos o circunstancias: en situaciones de pobreza, en hombres, en pacientes crónicos, en contextos rurales, entre otros (Gerhardt, 2006; Riquinho y Gerhardt, 2010). Mangia y Muramoto (2008) destacan la importancia de su investigación en tanto instrumentos y medios para el armado de *proyectos terapéuticos cuidadores*, orientadores de las prácticas de salud; en tanto Bellato, Araújo & Castro (2008) rescatan su potencialidad para la comprensión de las experiencias del cuidado de las personas; así al entender mejor las barreras y las dificultades en este plano, pueden entenderse como *herramientas metodológicas trazadoras del derecho a la salud*.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Carvalho dos Santos y Silva (2014) los entenderán como sinónimos de *prácticas* en contextos particulares, atendiendo a sus especificidades históricas. Adaszko (2011) prefiere hablar de ellos como *procesos de gestión de la enfermedad* en la vida cotidiana. Ferreira y Espírito Santo (2012) los significarán como *maratones urbanas*, extensos recorridos por diferentes servicios de atención que denuncian la falta de políticas de estado equitativas de asistencia a la salud

Su implementación responde a diferentes lógicas según los autores: Merhy (2014) destaca su importancia para vencer las barreras al cuidado, o por encuentros no previstos. Bellato et al (2008) los entienden como recursos para resolver las necesidades de salud del sujeto padeciente; Junges et al (2008) los circunscriben a la relación médico-paciente en tanto posibilidad de un desarrollo consensuado de acuerdo a un programa específico de salud en el PNAS; Rabelo, Alves & Souza (1999) consideran a las conductas de los usuarios destinadas a recuperar su salud como *acciones en progreso*, sujetas a correcciones, refinamientos o desviaciones con relación a un proyecto futuro trazado por el paciente.

Es importante el protagonismo asignado al usuario en la producción de su propio cuidado (Merhy 2014 ; Mangia y Muramoto, 2008; Gerhardt, 2006; Riquinho y Gerhardt, 2009). Destacamos la conceptualización de Merhy (2014) quien categoriza a los usuarios como *nómades* que se desplazan a través de *redes de cuidado*, por fuera y por dentro de los equipos de salud.

Se destaca la coincidencia en el análisis a partir del pluralismo médico (Rabelo, Alves & Souza, 1999; Neves Pereira, 2009; Perdiguero, 2010) y con un número destacado de producciones en nuestro país a partir de la clasificación de las medicinas en alternativas y complementarias (MACs) (Freidin y Abrutzky, 2009, 2010; Freidin, Ballesteros & Echeconea, 2013; D'Angelo, 2014).

Un objeto novedoso encontrado en artículos pertenecientes a Colombia investiga ciertos itinerarios terapéuticos particulares a los que caracteriza como *itinerarios burocráticos*; coincidiendo con Bellato, Araújo & Castro (2008) inscribe su estudio en el marco del derecho a la salud y de su vulneración a través de la negación de las necesidades de atención por parte del sistema y sus políticas institucionales; así los itinerarios burocráticos se caracterizan por no ser voluntarios, sino que “...son demandas obligatorias administrativas, financiera y jurídicas, que se imponen a los pacientes para acceder a los servicios o recibir una

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

atención adecuada”. En esta misma línea se sitúa el trabajo de Neves Pereira (2009) en relación a la descripción del paciente-sistema de salud: sus elecciones no estarían guiadas por un diagnóstico previo, sino por los atajos del sistema que le permitan acceder a la atención.

Los procesos de trabajo al interior del sistema son abordados con una visión crítica por Junges et al (2009) , entendiéndolos como procesos reproductores de prácticas hospitalarias en el PNAS, con escasa o nula incorporación de las dimensiones sociales y subjetivas de los pacientes.

En una valoración distinta, otros autores consideran a las instituciones de salud como puntos referenciales dentro de la red de asistencia comunitaria, transformándose así en *espacios-soporte* de la atención, eje de la actuación del equipo de salud y materializador de acogida y vínculo (Santos Carvalho et al, 2007); similar posición adoptan Oliveira Pereira, Castilho Sá & Miranda (2014) quienes caracterizan a los centros de Atención Primaria de la Salud como aquellos capaces de otorgar *visibilidad inaugural al sufrimiento psíquico*.

En cuanto a los resultados, la gran mayoría de los autores consultados remarca la creciente oferta de servicios de atención de la salud no restringidos al modelo biomédico, así como su apropiación y articulaciones idiosincrásicas por parte de los sujetos en sus búsquedas de salud y en contextos determinados, sin dejar de señalar a la vez su recorrido singular y único (Alves y Souza, 2008; Neves Pereira, 2009; Barbosa Alves, 2013; Ferrerira y Espírito Santo, 2012; Venturiello, 2012, entre otros).

Formas de abordaje. Marcos teóricos referenciales

Las perspectivas teóricas no siempre son manifiestas (Bellato et al, 2008; Ledesma Correa, 2013). Explícitamente, trabajos como los de Mangia y Muramoto (2008), Leite , Vasconcellos & Costa (2006), Marques y Mangia (2013), Aguiar (2014) se encuentran atravesados por la postura de Rabelo, Alves & Souza (1999); aunque los textos de referencia datan de 1999, su importancia justifica la inclusión en el análisis presente.

En investigaciones realizadas en Brasil respecto del padecimiento mental, Rabelo, Alves & Sousa se sitúan en una perspectiva fenomenológica con eje en la *situación* y en la *experiencia* para el análisis de los itinerarios terapéuticos, experiencia situada en condiciones

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

concretas e históricas de existencia. Inscriben sus trabajos de investigación dentro de la antropología médica con base fenomenológica en tanto propuesta superadora de la dicotomía sujeto-objeto; los autores mencionados fijan su acento en la experiencia subjetiva de la aflicción en contextos de intersubjetividad. En esta dinámica relacional, las redes sociales juegan un papel relevante: dan sustento, orientan y confieren sentido a las acciones de los sujetos para enfrentar la enfermedad.

Cuatro de los trabajos analizados recurren a Bourdieu : De Moura Pontes, Rego & Garnelo (2015), Adaszko (2011) , D'Angelo (2014) y Venturiello (2012). Los autores mencionados en primer lugar realizan un análisis circunscrito al campo de las distintas *formas y modelos de atención* como campo de luchas por la legitimación de su derecho a nombrar, clasificar e interpretar la realidad.

Adaszko retoma el concepto de *trayectorias de vida* que le permite vincular las representaciones y prácticas concretas de los pacientes con las condiciones estructurales de su existencia.

El trabajo de D'Angelo (2014) es de importancia en tanto rescata el lugar de agente del usuario de la salud y a las prácticas en tanto estrategias; hablará de *habitus de clase* tras el usuario de estas prácticas, *habitus* que da cuenta de un capital emocional que se traduce en significar los malestares bajo las categorías de estrés y ansiedad.

Destacamos además la producción de Venturiello (2012) quién, al estudiar los itinerarios terapéuticos de personas con discapacidad, señala los recursos con los que debe contar la *Red de Apoyo* familiar para alcanzar el diagnóstico médico adecuado; “contar con capital cultural, simbólico y económico es clave para poder llevar adelante esta tarea que requiere consultar varias opiniones y consolidar la propia” (Bourdieu, 1991). Para el caso particular de los pacientes con discapacidad, el capital económico resulta ser, finalmente, el más relevante.

Por su parte Santos Carvalho et al (2007) en su análisis de los itinerarios terapéuticos de pacientes con diagnóstico de psicosis, adscribe a la teoría interpretativa de la cultura de Geertz, en tanto considera a la cultura en una posición de centralidad en la comprensión de la interacción humana.

Otros autores declaran un enfoque o abordaje antropológico de los itinerarios terapéuticos (Ferreira y Espírito Santo, 2012); Merhy (2014) propone una aproximación

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

metodológica de características etnográficas al tema de estudio, permeada por el encuadre teórico de Foucault, Deleuze y Guattari.

En general la teoría de la acción racional es dejada de lado por análisis concretos, situados, destacándose las dimensiones relacional, cultural y/o social. La perspectiva socio-cultural amplia y el espacio de la vida cotidiana son rescatados por varios autores, entre ellos Carvalho dos Santos y Silva, 2014; Gerhardt, 2006; Riquinho y Gerhardt, 2009, entre otros.

Relación con los modelos o formas de atención de los padecimientos

Los trabajos de Freidin y Abrutsky (2009, 2010) en Argentina reafirman la presencia y utilización creciente de diferentes formas de atención de los padecimientos; sus estudios se centran precisamente en el uso de las medicinas alternativas y complementarias (MACs) y la caracterización de los usuarios estudiando en este caso el empleo creciente de la acupuntura por parte de sectores medios de la ciudad de Buenos Aires.

En la misma línea pero en cuanto a la caracterización de los seguidores del Ayurveda en Buenos Aires, Freidin, Ballesteros & Echeconea (2013) coinciden en señalar una visión crítica respecto del acceso casi exclusivo a este tipo de tratamiento por parte de sectores sociales considerados privilegiados, en virtud de los costos elevados de consulta y tratamiento. Consideramos relevante además la identificación de los usuarios como *seguidores*, portavoces del cuidado de la salud como imperativo cultural; la búsqueda de salud recae en el sujeto y es entendida como meta personal que implica un trabajo y responsabilidad. Así el ayurveda conforma un grupo con otras medicinas alternativas que remarcan la responsabilidad individual y personal por el cuidado (Sointu, 2013, en Freidin, Ballesteros & Echeconea, 2013, p. 180).

Por su parte D'Angelo (2014) analiza la utilización del yoga en nuestro país, inserto en un campo terapéutico más amplio bajo la lógica del trabajo sobre sí mismo y su utilización marcada especialmente en sectores medios urbanos educados. Es de destacar que también el yoga se presta a una utilización bajo una lógica práctica para algunos usuarios (*portable practices*) (Csordas, 2009, en D'Angelo, 2014, p. 198), en tanto complemento y no como forma alternativa para el cuidado de la salud. La autora señala, en consonancia con Idoyaga

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Molina (2005, 2007) la difícil distinción entre medicinas alternativas y complementarias, ya que como en el caso del yoga, puede significar una terapia alternativa o complementaria dependiendo de la utilización por parte de los usuarios en sus itinerarios terapéuticos. Su aporte en este punto es de importancia en tanto rescata el lugar de agente del usuario de la salud; así entiende un error considerar que las reorientaciones en los tratamientos o a las alternancias se deben a fallas del modelo biomédico, sino que el usuario puede, en algunos casos, realizar una elección activa como estrategia para recuperar su salud. Otro aspecto a destacar, según lo ya analizado por Menéndez (2003, 2009) es la coexistencia entre modelos explicativos de salud-enfermedad-atención, y la cooptación y sincretización mutuos entre prácticas de salud diversas.

Como puede observarse, la bibliografía respecto de las MACs en Argentina y respecto del yoga, el ayurdeva y la acupuntura dan cuenta de un usuario de sectores medios con posibilidades de solventar la consulta y tratamiento. Precisamente este es uno de los aspectos señalados por Freidin y Abrutsky (2009): “La literatura antropológica y en menor medida la sociológica han documentado que las denominadas medicinas alternativas y complementarias (MACs) son ampliamente utilizadas en nuestro país fuera del sistema de salud oficial; sin embargo, poco sabemos acerca de las experiencias de los usuarios cuando acceden a ellas en los servicios de salud y, en especial, en el sector público” .

Idoyaga Molina (2005, 2007) entiende por su parte que la combinación de la biomedicina con otras medicinas resulta ser un hecho común que puede observarse tanto en los países desarrollados como en los denominados del “tercer mundo”; el uso de terapias tradicionales por parte de la población así como la extensión de aquellas llamadas alternativas no debería asociarse con la falta de presencia de la biomedicina en circuitos precisos, a las condiciones socioeconómicas de la población o a su capital cultural. En una investigación llevada a cabo en hospitales de la ciudad de Buenos Aires en pacientes con cáncer, su utilización alcanzó al 72% de los casos sin diferencias en cuanto a edad y sexo de los entrevistados (Idoyaga Molina, 2005). Su uso fue complementario en el 67% de los casos, y en un 5% alternativo.

Como ejemplo de alternancia y complementariedad y sus particularidades en contextos situados, destacamos el trabajo de Ramírez Hita (2010) quien analiza la repercusión que ha tenido, para la población quechua en Bolivia, la facilidad en el acceso a los diferentes

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

sistemas médicos que ofrece el ámbito urbano, proponiendo el concepto de *pérdida de identidad sanitaria* para visibilizar este hecho. Al igual que Menéndez (2009) o Idoyaga Molina (2005, 2007) entre otros, observa la centralidad en el cuidado de las madres para atender la enfermedad y otorgarle significado, articulando diferentes saberes médicos tendientes a resolver los problemas del grupo familiar, en un marco de indudable pluralismo médico.

Con un enfoque menos crítico, la Tesis Doctoral de Obach King (2011) hablará de los itinerarios terapéuticos como *rutras de curación* y los considerará en relación a las MACs en Chile y a su inclusión en el sistema público de salud. La autora plantea una nueva interculturalidad en salud, caracterizada por la pluralidad y la generación de productos terapéuticos inéditos, resultado de la articulación entre lo local y lo global: “...en este territorio fluctuante y excepcionalmente activo conviven todas las prácticas de salud que los sujetos activan...” (Obach King, 2011). Su hipótesis de investigación considera que tanto los pacientes como las propias instituciones médicas diversifican las alternativas en el cuidado de la salud: los sujetos/pacientes prueban diversas terapias a través de lo que denomina *prácticas de tanteo*, en tanto los mismos sistemas de salud incorporan elementos de otras tradiciones terapéuticas, convirtiéndose en *cuerpos permeables* circunscritos por límites difusos y flexibles -procesos ya observados en esta doble vertiente por Menéndez (2009) en Méjico-. Finalmente la autora plantea cuestiones éticas de relevancia: ¿hablamos de empoderamiento o de diversificación de la atención para abaratar costos? ¿no estamos en presencia de una apropiación indebida de saberes en relación con la salud por parte de los sistemas de poder?

El contexto particular en que se van delineando los trayectos de atención puede ser abordado a través del trabajo de Duque Correa (2013) en Colombia; allí analiza las MACs como primer recurso en la atención de la salud mental e identifica su disponibilidad en dicho país así como el acceso garantizado por una legislación que reglamenta su uso como explicativas de su elección primera por parte de la población. Destaca la preferencia de los usuarios por brujos, santeros, espiritistas, pitonisas, tarotistas, entre otros, como primera opción y la consulta con los profesionales de salud mental como instancia final cuando el cuadro se hace inmanejable; sin embargo, dicha elección puede leerse, para determinadas patologías, a la luz de las importantes demoras entre el diagnóstico correcto y el tratamiento

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

adecuado.

Elecciones y reorientaciones

El mencionado texto de Freidin y Abrutzky (2009) presenta un interesante clasificación y revisión respecto de los modelos propuestos para entender el desarrollo de los itinerarios terapéuticos en cuanto a sus elecciones y reorientaciones.

Al respecto señalan tres enfoques: el primero refiere la utilización de MACs al descontento frente a la medicina tradicional incapaz de brindar solución a enfermedades específicas (enfoque de la *insatisfacción limitada*); el segundo enfoque hace eje en la *insatisfacción generalizada* en relación a la biomedicina en tanto forma de atención dominante para el cuidado de la salud; en esta perspectiva se inscriben también ciertas actitudes de ambivalencia y de escepticismo respecto de la biomedicina y el conocimiento experto, disposiciones que podríamos inscribir en una subjetividad propia de la posmodernidad o modernidad tardía. Finalmente la tercera perspectiva entiende a los usuarios de dichas medicinas alternativas y complementarias como *consumidores inteligentes*, en tanto maximizan el empleo de las mismas en un mercado de salud con creciente diversificación.

Las autoras sostienen que el pluralismo terapéutico ha sido ampliamente documentado en la literatura antropológica, característico de diversos grupos sociales evidenciado en sus estrategias de cuidado de la salud en diferentes contextos culturales y geográficos (Llovet en Freidin y Abrutzky, 2009).

En la bibliografía consultada las reorientaciones de los itinerarios terapéuticos no son mayormente uno de los ejes de análisis, sino que se hace referencia al itinerario como recorrido, disparado por la significación que el sujeto otorgue a su propia enfermedad o padecimiento, donde se elige mayormente en función de las posibilidades socioculturales del usuario y su red de apoyo, en un marco de pluralismo médico y posibilidades diferenciadas en el acceso.

Los diversos autores puntuarán o darán importancia en su análisis a algunas de dichas dimensiones: Barbosa Alves (2013) propone su comprensión a través del significado atribuido a dichas elecciones dependiendo del grado de satisfacción encontrado, aproximándose a la

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

postura de Freidin y Abrutzky (2009) y Venturiello (2012); esta última autora le suma el papel fundamental en el diagnóstico y elección de los tratamiento a la *Red de Apoyo* cercana al paciente; Ferreira y Espírito Santo (2012) entienden que dependen tanto de la oferta como de la facilidad en el acceso y de los elementos culturales que organizan la vida de la población; Obach King (2011) hablará de tales reorientaciones como *prácticas de tanteo* en tanto los pacientes prueban diversas terapias en un mercado de ofertas que incluye al propio sistema de salud que incorpora otras tradiciones terapéuticas.

Destacamos asimismo el trabajo de García Mantilla (2013) en tanto menciona la importancia de conocer los modelos explicativos de la enfermedad esgrimidos por los pacientes; recientes publicaciones encontraron correlaciones entre ellos y el pronóstico de la enfermedad (Novotny et al, 2010; Singh et al, 2010, en García Mantilla, 2013). El *por qué* juega entonces al interior de las elecciones encaminando los procesos de búsqueda hacia determinadas formas de atención, con resultados disímiles en la evolución de la enfermedad y/o padecimiento psíquico de acuerdo a la elección realizada.

Finalmente, Marques y Mangia (2013) relacionan la comprensión de los procesos de elección de prácticas terapéuticas con los procesos generales de la vida diaria, creados y compartidos en el contexto de redes sociales significativas para el sujeto; las orientaciones estarán condicionadas tanto por experiencias anteriores como por el conocimiento producido en la interacción con otras personas. En la misma línea, Rabelo, Alves & Souza (1999) y Barbosa Alves (2013) consideran a las reorientaciones de los recorridos como *construcciones negociadas* con el grupo de referencia. Igualmente Carvalho dos Santos y Silva (2014) remarcan la importancia de las redes sociales de parentesco y el entorno inmediato vecinal (así como las costumbres tradicionales) en las diferencias observadas en los itinerarios terapéuticos. La misma direccionalidad de los itinerarios terapéuticos en su relación con las redes sociales familiares y extendidas es remarcada por los trabajos de Mangia y Yasutaki (2008).

Redes sociales de apoyo. La autoatención

Como hemos analizado a propósito de las elecciones y reorientaciones en las

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

trayectorias de atención de los padecimientos, un importante número de trabajos sobre itinerarios terapéuticos presta especial atención a las redes de apoyo del paciente que consulta (Rabelo, Alves & Sousa, 1999; Leite, Vasconcellos & Costa, 2006; Bellato et al, 2008; Mangia y Muramoto, 2008; Ferreira Mangia & Yasutaki, 2008; Venturiello, 2012; Musquim et al, 2013; Barbosa Alves, 2013; Carvalho dos Santos y Silva, 2014).

Dentro de las redes de apoyo destacamos el trabajo de Venturiello (2011) quien observa la centralidad de las familias en los procesos de búsqueda de diagnóstico y elección de los tratamientos de los pacientes; las califica como *agentes cualificados de las prácticas en salud* en tanto participan activamente en las búsquedas de cuidado del sujeto padeciente. Sus conclusiones destacan la importancia de atender al vínculo con la red de cuidados familiar para no funcionar como obstaculizadores de los itinerarios terapéuticos de los usuarios, red gestora cotidiana de cuidados y lugar donde se determina la elección de los tratamientos. Un aspecto novedoso es la incorporación de la función de información de las redes de apoyo, indispensable para poder acceder a los servicios de salud y que van tejiendo una suerte de red de recomendaciones que facilitan el acceso al sistema; aspecto también señalado por Haro Encinas (2000) al referirse a los *cuidados profanos*.

Por su parte Musquim et al (2013) introducen el concepto de *núcleo de permanencia* para caracterizar a la *Red de Apoyo* para el cuidado de los enfermos crónicos, formado por personas que se relacionan de modo próximo e intenso con el sujeto padeciente. En la misma línea el trabajo de Ferrerira Mangia & Yasutaki (2008) asocia la direccionalidad de los itinerarios terapéuticos con las redes sociales familiares y extendidas de los pacientes, subrayando la importancia de la sinergia entre las acciones de los servicios de salud y las personas significativas de los sujetos padecientes.

En forma original y atendiendo a la red social más amplia, Rabelo, Alves & Souza (1999) proponen entender la enfermedad como *asunto público*, en tanto el barrio se constituye en el ámbito de soporte y de rechazo de la enfermedad mental. Destacamos asimismo los trabajos de Gerhardt (2006) y Riquinho y Gerhardt (2009) para quienes debe prestarse atención a la consideración de las relaciones familiares, comunitarias y los lazos de solidaridad o conflicto como *mecanismos de regulación o perturbación* de la salud/enfermedad de orden social y cultural en tanto mediadores entre el individuo y su ambiente.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

En nuestro país, la importancia de las redes sociales en tanto actores que direccionan los procesos de búsquedas de salud es abordado por Pasarin (2011). Con eje en los episodios de enfermedad, su objetivo es la visibilización y representación de los itinerarios terapéuticos seguidos a través de un Análisis de Redes Sociales; sus hallazgos ratifican investigaciones anteriores en cuanto a la centralidad de la mujer en el cuidado del niño y en el desarrollo de articulaciones entre los distintos sectores de la atención de la salud (carácter *multidimensional materno*) (Bronfman, 2001; Remorini 2005, 2006, 2009; Idoyaga Molina, 2005, 2007; Menéndez, 2009, Ramírez Hita, 2010; entre otros).

En estrecha relación se encuentra el concepto de *autoatención*, definido por Menéndez (2002, 2005, 2007, 2009) como una forma de atención constante "...y principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención...". Entenderla como una entidad en sí misma más que como proceso genera un subregistro de todas las actividades de autoatención presentes inclusive como parte de otras formas de atención (en particular la atención biomédica). Refiere así "a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres...", sin la intervención de curadores profesionales. La magnitud de su importancia en los procesos de búsquedas de salud es remarcada por el autor al considerar que la autoatención constituye el primer nivel real de atención.

En nuestro país, Idoyaga Molina (2001, 2005, 2005a, 2007) lo asimilará a las medicinas caseras y al autotratamiento no adquiriendo la centralidad conceptual que reviste en los trabajos de Menéndez, si bien lo reconoce como un conjunto de saberes, técnicas específicas y creencias que incluye una visión intersubjetiva de la salud, la enfermedad y el tratamiento que varían en diferentes culturas. Barbosa Alves (2013) introduce el concepto en sus investigaciones sobre itinerarios terapéuticos en pacientes con HIV, adhiriendo a la propuesta conceptual de Menéndez, mientras que Berenzon-Gorn et al (2009) tratarán de caracterizar -en forma contextualizada en mujeres de la ciudad de México- al conjunto de prácticas de autocuidado/autoatención para aliviar malestares emocionales.

Finalmente destacamos el trabajo de Lorente Fernández (2015) en México, quien resaltará que la atención o medicina doméstica suele pasar inadvertida pese a su omnipresencia en la vida cotidiana, con escasa presencia en estudios e investigaciones que la presenten en su contexto sociocultural, pese a representar un modelo de respuesta ante la enfermedad, con sus formas específicas de clasificación de las dolencias, establecer

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

diagnósticos y tratamientos.

7. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

En el presente proyecto el marco referencial teórico remite a los trabajos de E. Menéndez y A. Idoyaga Molina, quienes han contribuido con sus investigaciones y desarrollos teóricos a la conceptualización y caracterización de las diferentes modalidades de atención de los padecimientos, así como al estructuralismo genético de P. Bourdieu para entender las particularidades del subsector de la salud en el PNAS en la ciudad de Bahía Blanca. Referenciamos brevemente, al trabajar el concepto de estrategias y prácticas para *sentirse bien*, a los nuevos aportes de la Enfermería, la Antropología Médica y la Sociología de los Cuerpos y Emociones.

El tema del sufrimiento psíquico es abordado a través de la consideración de diversos autores contemporáneos, tales como C. Augsburger, A. Bialakowsky, E. Galende, S. Faraone y A. Stolkiner.

Entendemos que los citados autores proporcionan herramientas conceptuales pertinentes y adecuadas al tema de investigación del presente proyecto.

7.1 Formas y Modelos de atención e itinerarios terapéuticos.

En la actualidad asistimos a una creciente heterogeneidad en las formas o modelos de atención a las que recurren los usuarios en sus búsquedas de salud, tanto en sociedades europeas como americanas (pluralismo médico); este hecho se traduce en la consideración de diferentes diagnósticos e indicadores en el abordaje de las problemáticas de salud, criterios de curación y tratamientos (Menéndez, 1983, 1988, 2003, 2005, 2009). En este escenario se sitúan las investigaciones de E. Menéndez quien, adoptando una perspectiva antropológica prestará especial atención a los modelos, saberes y formas de atención y prevención de los padecimientos y no sólo a los de tipo biomédico, "... que en términos intencionales buscan

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado...” (Menéndez, 2009, p. 25).

Las particularidades de dichas formas de atención remiten al hecho de operar en contextos determinados, en sociedades con condiciones étnicas, económicas, políticas, religiosas, culturales y hasta técnico-científicas diferentes. No obstante, los antagonismos no se observan al nivel de las prácticas: los sujetos tienden a integrar esos diversos saberes y formas de atención y recurren a ellos para el tratamiento del mismo problema o para diferentes padecimientos (Menéndez, 2009).

Desde el punto de vista metodológico Menéndez propone la investigación de las distintas formas y saberes de atención no desde la relación curador-paciente, sino a partir de los sujetos y los conjuntos sociales, especialmente desde la *carrera del enfermo* en tanto permite identificar las formas de atención y sus articulaciones operantes en un contexto determinado. En el presente proyecto adherimos a tal posicionamiento incorporando el concepto de sufrimiento psíquico e itinerarios terapéuticos, en tanto concepto más amplio que integra todo el proceso de las búsquedas de salud de los sujetos, para dar cuenta de las realidades diferenciadas en el PNAS de la ciudad y en relación a la consulta psicológica.

Sus investigaciones le permiten diferenciar:

- . Saberes y formas de atención de *tipo biomédico*; aquí incluye al personal con dicha formación que actúa en los tres niveles de atención y que atiende tanto padecimientos físicos como mentales;
- . Saberes y formas de atención *popular y tradicional*, representadas por los curadores idiosincrásicos de cada comunidad como curanderos, hueseros, parteras empíricas, entre otros. Incluye en este nivel a las prácticas curativas desarrolladas por grupos religiosos, clasificación no compartida por Idoyaga Molina (2000, 2001, 2005, 2005a));
- . Saberes y formas de atención alternativas o *new age*, como sanadores, bioenergéticos, entre otros.
- . Otras tradiciones médicas académicas como la medicina ayurvédica, la acupuntura, entre otros.
- . Todas las formas y saberes referidos a la *autoatención*, tanto con relación al grupo primario doméstico como a grupos consolidados en torno a la autoayuda y padecimientos determinados (Menéndez, 2009).

Tal clasificación debe entenderse en forma dinámica, en tanto es susceptible de extensión o cambios, sin dejar de considerar que “...asumimos la existencia de un proceso dinámico entre los diferentes saberes y formas de atención...” (Menéndez, 2009, p. 32). Mas allá de la influencia de fuerzas sociales que impulsan el consumo o sus propios marcos referenciales con respecto a la manera de entender los padecimientos, el autor sostiene que la mayoría de las articulaciones son impulsadas por los propios sujetos mediante sus usos. Las *búsquedas de salud* se constituyen como *búsquedas pragmáticas de salud*, es decir, se imponen más allá de las incompatibilidades o diferencias que pueda señalarse a las formas de atención mencionadas.

La centralidad de los sujetos en los procesos de búsquedas de salud se verifica además en el hecho de ser el agente quien no únicamente utiliza y articula saberes y formas de atención, sino que a través del proceso de autoatención como principal núcleo de articulación, las reconstituye y organiza en forma constante, individualmente o junto a su grupo familiar cercano (Menéndez, 2005 a), 2005 b), 2009).

Por su parte Idoyaga Molina desarrolla sus investigaciones en nuestro país y propone algunos cambios a la clasificación de Menéndez para adaptarla a la realidad local⁹. Apoyándose en autores como Kleinman o Good plantea la siguiente clasificación de los modelos de atención de los padecimientos:

- . biomedicina; se refiere tanto a la medicina alopática como a las psicoterapias, sin distinción entre sistemas públicos o privados, pero sí reconocidas y ofertadas en instituciones de salud;
- . medicinas tradicionales; refiere especialmente al curanderismo o al shamanismo en sociedades indígenas en nuestro país;
- . el autotratamiento incorpora no sólo el consumo de fármacos, sino también los remedios regionales o nativos así como rituales terapéuticos que remiten a marcos religiosos católicos, entre otros.
- . medicinas religiosas; aquí la autora incluye el conjunto de prácticas curativas tanto de iglesias católicas como evangélicas, pentecostales y umbanda;
- . y medicinas alternativas, vinculadas al fenómeno del new age (Idoyaga Molina, 2005 a), 2007).

9 El texto de referencia data de 2005 y la autora señala una serie de críticas a las propuestas de Menéndez basándose en escritos del autor de los años 1985 y 1992; Menéndez fue cambiando sus clasificaciones y la última que incorporamos data de 2009. Para más datos consultar los textos mencionados.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Al igual que Menéndez, remarca especialmente las estrategias de complementariedad terapéutica desarrolladas por los usuarios y hace hincapié en la importancia de recabar información con respecto a los *camino terapéuticos* (itinerarios) seguidos por los usuarios en sus episodios de enfermedad (2000; 2005; 2008).

Como puede apreciarse, Idoyaga Molina clasifica en forma diferenciada a las medicinas religiosas dada la importancia que han revestido en sus investigaciones en el noroeste argentino, y no confiere estatuto separado a las formas de atención de otras tradiciones médicas, como sí lo hace Menéndez; y si bien habla de autoatención no le otorga tal importancia central. Es en virtud de tales decisiones que varían las adjudicaciones a los diferentes apartados de algunas medicinas.

Más allá de estas disparidades, ambos autores remarcan la importancia de su visibilización y caracterización a través de la *carrera del enfermo* (Menéndez) o de los *camino terapéuticos* o itinerarios (Idoyaga Molina) que desarrollan los pacientes para mitigar su aflicción; como así también las articulaciones (Menéndez) o el traslape (Idoyaga Molina) entre las diferentes formas y modelos de atención.

7.2 El pensamiento de Pierre Bourdieu. Aportes teóricos con relación al tema de investigación

La inclusión del pensamiento de Pierre Bourdieu en relación con el tema del presente proyecto se fundamenta en los siguientes ítems:

- a) la relación entre elecciones individuales de los sujetos en cuanto a sus búsquedas de salud y el marco social más amplio en el que se desarrolla;
- b) las *prácticas* emprendidas por los usuarios como *estrategias de atención* que manifiestan su poder de agencia en la conformación de itinerarios terapéuticos;
- c) el concepto de *habitus* como generador de disposiciones a ver, pensar y sentir de determinada manera, propio de ciertos grupos situados en forma cercana en el espacio social, como las usuarias de Unidades Sanitarias de la ciudad;
- d) la consideración de las formas y modelos de atención de los padecimientos como sistemas

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

en lucha simbólica por su derecho a nombrar, clasificar y entender la enfermedad y el sufrimiento psíquico, conformando así un subsector específico dentro del campo de la salud en la ciudad; subcampo no limitado a las instituciones *oficiales* de atención, sino conformado por todos aquellos saberes y formas de atención de los padecimientos a los que recurren los usuarios del PNAS.

Itinerarios terapéuticos, clase social y desigualdades en salud

Como fue mencionado, el grueso de las personas que concurren a las Unidades Sanitarias de la ciudad no posee acceso a empleo registrado; esta circunstancia central establece sin más dos grandes circuitos diferenciados de atención de la salud: el sistema público y el sistema privado/obras sociales.

Así, el sujeto que consulta en el PNAS en búsquedas de salud va delineando itinerarios terapéuticos particulares; tales trayectorias pueden ser consideradas representativas de ciertos grupos sociales cercanos en el espacio social y que tienden a comportarse de manera similar (Weber, 1993); aquí la inclusión en el análisis del concepto de *clase* se incorpora como categoría construida para dar cuenta de dicha tendencia.

El concepto de clase supone por tanto una concepción respecto de la división de la sociedad (*estratificación social*) y es la forma más común que adopta en las sociedades modernas. Hablar de estratificación social implica distinguir, según un criterio determinado que varía de un enfoque teórico a otro, posiciones desiguales ocupadas por los individuos en la sociedad. El concepto de desigualdad en este marco se refiere a diferenciales de los grupos en el acceso a bienes educativos, de trabajo, a criterios objetivos (propiedad, conocimiento y autoridad), códigos y prácticas sociales idiosincrásicas, creencias, orientaciones y formas de autoimagen (Pérez, 2005). En este sentido podríamos incluir el acceso a los bienes y servicios en salud como diferenciales característicos de dichos grupos.

Bourdieu define su perspectiva teórica como *estructuralismo constructivista* o *constructivismo estructuralista*. Su visión estructuralista supone considerar que en el mundo social existen estructuras objetivas independientes del agente y capaces de orientar sus comportamientos; en cuanto al constructivismo, entiende por tal la génesis social de los

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

habitus y de las estructuras, en particular los campos y grupos, y dentro de éstos a las clases sociales (Bourdieu, 1988).

Bourdieu se propone:

...sustituir la relación ingenua entre el individuo y la sociedad, por la relación construida entre los dos modos de existencia de lo social: las estructuras sociales externas, lo social hecho cosas, plasmado en condiciones objetivas, y las estructuras sociales internalizadas, lo social hecho cuerpo, incorporado al agente (Gutiérrez, 1999, p. 18).

En virtud de esta doble inscripción de lo social, la comprensión de las prácticas sociales (aquí incluimos las prácticas de salud) a partir de la clase social tiene en cuenta *el capital objetivado* -en el ámbito del *campo*- y las *disposiciones internalizadas* en el actor como *habitus de clase* (Bourdieu, 1995).

En el artículo “Condición de clase y posición de clase” (2002), Bourdieu se interroga en qué medida, en una sociedad estratificada y sea ésta compuesta por clases o grupos de status, dichos elementos, unidades o partes constitutivas conforman una estructura; es decir, mantienen relaciones particulares (no de simple yuxtaposición) que les otorgan propiedades particulares derivadas de su pertenencia a esa totalidad “...o más precisamente de su posición en el sistema completo de relaciones que rige el sentido de cada relación particular” (Bourdieu, 2002, p.121).

Suma así el autor a su análisis otra característica esencial: la posición de un grupo o individuo dentro de la estructura social no puede definirse en forma estática ni completamente por su posición relativa con respecto al resto de la estructura (posición inferior, media o superior); tal corte sincrónico deberá valorar a su vez la *trayectoria social*, teniendo en cuenta tanto las propiedades ligadas a la posición (definida sincrónicamente) como las propiedades adscritas al devenir de la posición.

En el mismo texto establece una diferenciación entre *condición de clase y posición de clase*; la primera de tales proposiciones relaciona las características de las clases con las condiciones materiales de existencia (situación); la segunda proposición pone en relación tales características de la clase con su posición en la estructura.

El concepto de campo y capital. Campo de la salud

En “El espacio social y la génesis de las 'clases'” (1989) Bourdieu habla de la sociología como *topología social* en tanto el mundo social puede ser representado en forma espacial, espacio multidimensional cuyo principios de diferenciación remiten a propiedades activas que confieren a los sujetos un *poder* efectivo en dicho universo. Identifica los poderes como diferentes *especies de capital* eficientes en un campo determinado y propone definir la posición de un agente en diferentes campos en base a la distribución de los poderes o capitales actuantes en cada uno de ellos: capital económico, cultural, social y simbólico. En cada campo los agentes se distribuyen según el volumen global de su capital (primera dimensión) y por su estructura o composición (segunda dimensión).

Es a partir del conocimiento de este espacio de posiciones para un campo determinado que el investigador puede separar clases (en un sentido lógico):

...conjuntos de agentes ocupando posiciones similares que, situados en condiciones similares y sometidos a condicionamientos similares, tienen todas las probabilidades de tener disposiciones e intereses similares, luego de producir prácticas similares y parecidas tomas de posición (Bourdieu, 1989, pág. 30).

La anterior definición apunta a la consideración de la clase como categoría explicativa, no a la *clase real* sino a *clase sobre el papel*; no como *clase actual* (movilizada para la lucha) sino como *clase probable*, “...en tanto que es un conjunto de agentes que presentará menos obstáculos objetivos a los esfuerzos de movilización que cualquier otro conjunto de agentes” (Bourdieu, 1989, pág. 30). Bajo este aspecto, mas allá de la singularidad biográfica adscrita a los itinerarios terapéuticos de las mujeres usuarias del PNAS, dichos itinerarios tendrán la probabilidad de ser potencialmente similares en tanto representativos de un grupo que ocupa similares posiciones en el espacio social.

En cuanto al *campo de la salud*, Spinelli (2010) lo diferencia del *sistema de salud* y entiende por tal “...la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales”. Entiende que los agentes pueden ser individuales o colectivos con intereses y capacidades específicas, mencionando una variedad de los mismos (expertos, funcionarios, políticos, sindicalistas, agentes financieros, corporaciones, pacientes, entre otros). Por su parte Castro (2011) homologa el campo de la salud con el campo médico, y propone un espacio constituido por: instituciones políticas de regulación de las políticas sanitarias, instituciones específicas de salud, y formativas de nuevos cuadros, los agentes a cargo de las mismas, profesores, estudiantes y usuarios y usuarias de todos los servicios.

Si bien la construcción de un campo específico en torno a un capital específico y los límites del mismo se verifican en la misma operación de su demarcación (Bourdieu, 1995), es en virtud de los desarrollos anteriores que proponemos no homologar el Subsector en estudio con el Sistema de Salud Municipal, o exclusivamente con el campo médico (hegemónico, constituido por todos los profesionales de la salud oficiales o reconocidos). Las prácticas de salud y los itinerarios recorridos por los sujetos en sus búsquedas de salud tanto dentro del sistema público de atención como fuera de él (*Otras Formas de atención*) sugieren la conformación de un campo de disputas simbólicas tanto por el sentido y definición del proceso salud/enfermedad, como por el diagnóstico o interpretación probable de los malestares y los tratamientos propuestos.

El campo de la salud en disputa

La distribución desigual del capital en juego en el campo en cuestión define las diferentes posiciones que constituyen dicho campo; posiciones relativas definidas en relación a otras en el campo específico. Así Bourdieu distingue tres criterios o principios de distribución del capital específico, en nuestro caso con relación al *mercado* (Bourdieu, 1997) conformado por curadores y usuarias del PNAS :

- a) su posesión o no (poder de curar, aliviar, comprender, sostener; o de administrar los bienes capaces de curar, aliviar, comprender, sostener);
- b) posesión menor o mayor del capital específico, acumulado en el curso de las luchas por

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

dicha posesión en el campo en cuestión (podríamos entenderlo como títulos o certificaciones que acreditan la formación de los distintos curadores o prestigio ganado en el desarrollo de las prácticas);

c) finalmente, carácter legítimo o ilegítimo de posesión del capital o del poder de administrarlo (curadores oficiales y curanderos). Es en base a estos criterios que se estructuran relaciones de poder (dominantes-dominados) entre posiciones, no entre individuos (Gutiérrez, 1999).

Así un campo específico se constituye en torno a un capital específico y a un mercado también específico: se conforman y diferencian en primera instancia los *productores* del capital específico (curadores en sentido amplio) de los *consumidores* (o *públicos*) del bien (usuarios) como así también los intermediarios en tanto distribuidores del bien (Unidades Sanitarias, iglesias, institutos) y las instituciones de legitimación del propio campo (universidades, residencias, hospitales). Quedan establecidos así todos los elementos para una *situación de mercado*: surge competencia entre los oferentes por ganar al público consumidor (Gutiérrez, 1999). Entendemos que *público* en nuestro caso está representado por las usuarias del PNAS; sus estrategias de salud y elecciones en cuanto a los modos de atención del sufrimiento psíquico se concretizan en un campo de oferentes en disputa por el derecho legítimo a significar la enfermedad o padecimiento del sujeto que consulta.

El campo de la salud se presenta con características propias en cuanto a la distribución del capital específico en juego. A manera de hipótesis provisoria, entendemos que si bien los curadores detentan cierto capital específico que los hace acreedores al lugar de *productores* en el subcampo de estudio, las usuarias no quedan ubicadas directamente sólo en la posición de *públicos* o *consumidoras*, en tanto que sus saberes producen prácticas altamente calificadas en cuanto a la salud mental propia y del grupo familiar. Así podemos dar cuenta de las mencionadas *estrategias de subversión* o de *mantenimiento* también en relación con las usuarias y no sólo con los *productores/curadores*. Tales afirmaciones revisten el carácter de hipótesis provisionales que deberán ser discutidas en desarrollos posteriores y que exceden el marco de la presente investigación.

Una de las estrategias preferidas del modelo médico hegemónico consiste en la deslegitimación de las formas de capital específico adscrito a otras posiciones en el campo en cuestión; así las diferentes *formas de atención* son considerados por los representantes del

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

modelo biomédico como primitivos, resabios del pensamiento mágico y expresión de actitudes irracionales y/o de ignorancia del sujeto que consulta; éste termina adoptando ciertas estrategias como la negación y el ocultamiento en la consulta con el profesional (Idoyaga Molina, 1999), quien usualmente detenta una visión estigmatizada de algunos de dichos saberes y prácticas “..subrayando que la eficacia, la eficiencia y la legitimidad están referidos exclusivamente al propio saber biomédico” (Menéndez, 2009, p. 35).

Habitus y estrategias de salud de los usuarios. Las prácticas para *sentirse bien* y los aportes de otras disciplinas

Como ya mencionamos, Bourdieu propone una doble existencia de lo social: en las estructuras objetivas (campo) y en los cuerpos (habitus). Las estructuras sociales externas refieren a campos de posiciones sociales que admiten una historia propia de constitución, mientras que las estructuras sociales internalizadas aluden a disposiciones o *habitus*:

[...] estos esquemas de percepción, apreciación y acción permiten llevar a cabo actos de conocimiento práctico...unas estrategias adaptadas y renovadas sin cesar, pero dentro de los límites de las imposiciones estructurales de las que son producto y que los definen (Bourdieu,1999, p. 183)

Tales disposiciones han sido interiorizadas por el individuo en el curso de su historia, han encarnado en el cuerpo como segunda naturaleza y en tanto inculcadas en el marco de condiciones objetivas de existencia resultan concordantes, compatibles con dichas condiciones. No exento de paradoja resulta pensar la exteriorización libre del *habitus* en pensamientos, percepciones, y acciones que sin embargo encuentran su límite en las condiciones particulares de su misma producción (Bourdieu, 1989, 2005).

Destacamos la correlación entre *habitus* y *clase*: Bourdieu propone el concepto de *habitus de clase* para dar cuenta del sistema de disposiciones común a aquellos individuos que han compartido iguales condiciones de existencia. Se supone así que todos los miembros de una misma clase tienen mayores probabilidad de verse enfrentados a situaciones similares

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

como así también a los mismos condicionamientos entre sí, más que en relación a los miembros de otra clase. Entendemos que el *habitus de clase* permite dar cuenta de las semejanzas entre los sistemas de disposiciones de individuos en condiciones afines de existencia, como así también de los itinerarios terapéuticos como expresión de dichas orientaciones en un campo específico.

Las prácticas de salud podrían entenderse como producto de un *sentido práctico*, es decir, “de una aptitud para moverse, para actuar y para orientarse según la posición ocupada en el espacio social, según la lógica del campo y de la situación en la cual se está implicado”. (Gutiérrez, 1999, pág. 49). A su vez, toda práctica (entendemos que también las de salud) puede ser asimilada al concepto de *estrategia* en tanto opera en el campo específico en defensa de los intereses ligados a la posición del agente.

Pensar las prácticas de salud como *estrategias* supone una doble diferenciación. Como *estrategias de sobrevivencia* implementadas por los usuarios para recuperar la salud perdida por la enfermedad o el sufrimiento psíquico; y/o como *estrategias de cambio* (Bourdieu, 1988) al servicio de mejorar la calidad de vida o el *sentirse bien*; aquí englobaríamos las denominadas conductas preventivas y de promoción de la salud por el modelo biomédico.

En el campo específico de la salud y la salud mental, el “sentirse bien” puede ser considerado como una dimensión inherente a las formas de atención y sus prácticas. Las búsquedas de salud de los usuarios se relacionan activamente con mantener su estado actual si lo consideran satisfactorio así como a recuperarlo cuando las problemáticas de salud mental ocasionan sufrimiento psíquico (estrategias de sobrevivencia) Pueden también apuntar enriquecer un estado actual (estrategias de cambio) mejorando la calidad de vida del agente y el sentimiento de sentirse bien.

Rodero Sánchez et. Al (2010) hablan del “fenómeno del sentirse bien-sentirse mal” específicamente en referencia a las situaciones de cuidado de los pacientes (en su caso, de Enfermería). Destacan su fuerte relación con la recuperación de las rutinas de la vida diaria, a la vez que lo proponen como un analizador no menor de la “calidad de vida” de los usuarios.

El *sentirse bien* forma parte del lenguaje coloquial de los profesionales de la salud, aunque su descripción y estatuto teórico está todavía en ciernes. En esta investigación se lo utiliza como un *cualificador* de las prácticas de salud entendidas en forma amplia (estrategias o prácticas para *sentirse bien*), como dimensión inherente a las mismas, o como anhelo de

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

recuperación de la calidad de vida perdida.

Desde el campo disciplinar de la Antropología médica, Haro Encinas (2000) coincidiendo con Menéndez (1984) retoma y amplía los conceptos de “cuidados legos” o “cuidados profanos” para referirse a la atención no profesional de la salud, que constituye una dimensión estructural en todas las sociedades. Dichos cuidados:

...abarcan una amplia gama de actividades que no siempre parecen estar directamente relacionadas con la salud: comienzan con el cuidado de nosotros mismos, que conllevan las rutinas y hábitos cotidianos, los ritmos de trabajo y reposo, las relaciones sociales que cultivamos y otras conductas protectoras de la salud, la prevención y también el autotratamiento en caso de enfermedades. Comprenden la activación de redes familiares y sociales...(Haro Encinas, 2000, p. 101)

Haro Encinas entiende este ámbito como una “dimensión negada” del cuidado de la salud. Distingue en su interior los procesos de autocuidado y autoatención; los primeros referencian aquellas prácticas cotidianas, preferentemente preventivas y de promoción de la salud, con eje tanto en las personas como en el grupo doméstico. El término autoatención se reserva para aquellos episodios de enfermedad o sufrimiento que ponen en juego respuestas colectivas o activan “redes sociales” informales. Así el nivel de autocuidado cotidiano de promoción de la salud se diferencia de la autoatención, que implica búsquedas activas por ruptura del bienestar.

De esta forma, las estrategias puestas al servicio del cuidado no formal de la salud pueden ser entendidas como recursos internos o endógenos de determinados grupos; formas de respuesta idiosincrásicas a partir de un acervo común de saberes, representaciones y prácticas, por fuera de los modelos de atención de la salud oficiales:

...funcionan como un dispositivo de protección social, pues tienen como soporte un sistema relacional de sostén recíproco que a su vez se apoya en una síntesis de saberes que es nutrida en forma característica de manera ecléctica y plural (González en Haro Encinas, 2000, p. 118).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Este “cuidado lego” está atravesado y transversalizado por la cultura popular, es de naturaleza pragmática en tanto responde a episodios particulares, y se encuentra al servicio de la satisfacción de aquellas necesidades no alcanzadas por los sistemas médicos (profesionalizados y alternativos).

Entendemos que las prácticas para *sentirse bien* pueden ser adscriptas a esta red de autocuidados/autoatención legos, con eje en las mujeres y en su función de cuidadoras del hogar, extensivas a su grupo doméstico.

Por otro lado, desde la Sociología de los Cuerpos y las Emociones se despliega un campo disciplinar que, entre otras cuestiones, focaliza en aquellas “prácticas intersticiales” (Scribano, 2012) como estructuras temporales creativas por fuera de las lógicas mercantiles:

Se trata de prácticas que desmienten sin instituir, que destituyen sin subvertir: no implican una acción “contra-sistema”, ni una revolución en ciernes, sino una hendidura, una pausa, una situación que reflexiona sobre las vinculaciones afectivas y las perspectivas a futuro (Lisdero y Quattrini, 2018).

Entendemos que como campo promisorio de investigación, las prácticas para *sentirse bien* podrían ser abordadas como intersticiales dentro de este esquema de pensamiento; promoviendo su discusión y caracterización particular, y adviniendo a su dimensión corporal y emocional, de ¿resistencia? ¿reproducción? de las formas cotidianas de relación y de las modalidades particulares de habitar los espacios en búsquedas de salud en contextos situados.

En el trayecto de la presente investigación las prácticas para *sentirse bien* fueron adquiriendo un estatus privilegiado como *herramientas a mano* (Schutz y Luckmann, 2004) en la vida cotidiana de las usuarias. Todo un apartado del estudio da cuenta concreta de estas observaciones.

7.3 Sufrimiento psíquico y patología mental.

En el estudio de los procesos de salud-enfermedad en el campo de la salud mental, se

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

evidencia que la epidemiología ha trabajado históricamente desde una concepción estrictamente psiquiátrica, tomando como objeto de su quehacer a la enfermedad mental desde una postura esencialista; en este sentido, las relaciones entre padecimiento mental y condiciones de producción han permanecido ausentes. Privilegiando signos y síntomas, tanto el sujeto como los procesos de subjetivación son ignorados desatendiendo así el carácter social de la salud mental (Augsburger y Gerlero, 2005).

Al privilegiar los signos y síntomas (disease) se han despreciado las representaciones o puntos de vista del paciente (illness) o las significaciones socio-culturales de los grupos humanos (sicknes;); produciendo una delimitación objetiva de la enfermedad en donde queda excluida la dimensión subjetiva de quien la padece (Augsburger y Gerlero, 2005)

El mayor representante del movimiento conocido como antpsiquiatría, Thomas S. Szasz definía a la enfermedad mental como un mito y escribía ya en 1970:

Nuestros adversarios no son demonios, brujas, el destino o la enfermedad mental. No tenemos ningún enemigo contra el cual combatir mediante la 'cura' o al cual podamos exorcizar o disipar por esta vía. Lo que tenemos son problemas de la vida, ya sean biológicos, económicos, políticos o psicosociales (Szasz, 1970, p. 34.).

Desde esta perspectiva amplia, el sufrimiento humano excede el orden biológico y necesita incorporar para su análisis las condiciones de producción de los padecimientos en contextos culturales y socio-históricos determinados, realizando una lectura crítica de los sistemas clasificatorios universalistas y ahistóricos (Augsburger, 2004).¹⁰

En este sentido, si bien la autora reconoce la necesidad de un proceso de clasificación de las enfermedades mentales, tanto para su investigación epidemiológica como para permitir

10 En nuestro país, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) rescata este espíritu al establecer como sujeto de intervención a las personas “con padecimiento mental” entendiendo por tal a “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos incluyendo trastornos y/o enfermedades” .

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

el registro sistemático y la comparación, esta normalización se ha organizado históricamente sobre nosografías psiquiátricas. Tanto la clasificación europea (Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud) como la norteamericana (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) en sus distintas versiones, organizan sus nosografías desde el *trastorno mental* como categoría central.

Desde la antropología, la sociología y la psiquiatría se han ido generando cuestionamientos sobre la noción de enfermedad mental y las caracterizaciones diagnósticas universalistas (Faraone, 2013), debates que exceden los objetivos del presente trabajo.

Asimismo destacamos que la inclusión de las nociones de *sufrimiento psíquico* o *padecimiento mental* intenta dar cuenta de una nueva manera de entender la aflicción ahora definitivamente vinculada al tejido social y cultural más amplio; implica una verdadera “ruptura epistemológica” (Faraone, 2013) en el campo de la psiquiatría y la salud mental, o como propusiera Galende (1998) señalizan la constitución misma del campo de la salud mental.

Stolkiner (2013) coincide con Augsburger al diferenciar sufrimiento psíquico o subjetivo de categorizaciones psicopatológicas o enfermedades mentales; la categoría *sufrimiento psíquico* permite “...adentrarnos en las diversas maneras en que el dolor forma parte de los procesos vitales y en los efectos que pueden derivar de su reducción a la psicopatología”.

En sintonía con la perspectiva de Bourdieu -en cuanto a los saberes médicos como agentes en lucha por su derecho a nombrar y clasificar la enfermedad y el sufrimiento-, la autora hablará de *hegemonía discursiva* para describir los actos de transformación de las vivencias dolorosas en categorías psicopatológicas, donde la subalternización de significantes mediante un conjunto de reglas debe entenderse como dispositivo de control social. Tal hegemonía discursiva debe entenderse como proceso que acompaña a la categorización en salud mental, generando campos de sentidos y de prácticas consecuentes. Se posiciona en una postura crítica respecto del DSM V (última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) en tanto patologiza procesos vitales y sostiene sus diagnósticos en el concepto de *riesgo*. Vivimos una época signada por la premisa *malestar cero*, y en ese contexto “..una serie de padecimientos subjetivos que forman parte de las vicisitudes de la vida son considerados suprimibles médicamente a partir de incorporarlos a la patología”

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

(Stolkiner, 2013). Entiende que la introducción del concepto de *sufrimiento psíquico o subjetivo*... “permite ampliar el campo de comprensión de las problemáticas, descentrándolas de la ontologización psicopatologizante” (Stolkiner, 2013).

Por su parte, Ceres (2011) desde el campo de la Antropología y la Antropología Médica en Brasil, señala el importante lugar que el concepto de sufrimiento/sufrimiento social ha revestido en los estudios a lo largo de la historia de la disciplina. Retomando conceptos de Kleinman en cuanto al sufrimiento, sostiene su impronta social en tanto vinculado directamente al marco socio-económico y político más amplio; si bien el sufrimiento puede presentarse como individual o corporal, siempre es posible observar cómo poderes económicos, políticos e institucionales se entretajan en la vida cotidiana de las personas. Y es sufrimiento social en su doble vertiente: generado por condiciones histórico-sociales, a la vez que “... proceso social corporificado en los sujetos históricos” ¹¹(Ceres, 2011).

Desde una perspectiva que hace eje en las determinaciones macrosociales del sufrimiento, Bialakowsky (2005) categoriza a las *nuevas formas de padecimientos* en estrecha relación con los condicionantes socio-culturales en Argentina. El autor observa “...gente con un dolor psíquico que es nuevo” y propone a los *nuevos padecimientos* como una categoría conceptual que refiere a los nuevos sufrimientos relacionados con los procesos de exclusión social que se vivieron en nuestro país, sobre todo a partir de la década del noventa. Tal categoría abarca “...aquellos síntomas y patologías que en los relevamientos empíricos etnoepidemiológicos son connotados por los trabajadores de la salud como emergentes de la situación contextual” (Bialakowsky et al, 2005, p. 90).

Finalmente Emiliano Galende reconoce, junto a la permanencia de enfermedades mentales *clásicas*, nuevas formas de expresión del sufrimiento que no pueden ser encasillados en patologías definidas y que guardan estrecha relación con “...los nuevos modos de vida en esta cultura” (Galende, 2002). Entiende que no podemos separar *lo individual* de la práctica clínica con *lo general* o social para entender los procesos de subjetivación actuales:

Quizás una de las características más sobresalientes de estos pacientes con patologías psíquicas nuevas, la constituya la constatación en ellos de una relación estrecha entre los rasgos subjetivos que presentan con las manifestaciones

11 Traducción propia.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

dominantes de la cultura y la vida social actual, lo cual hace que estas personas puedan ser percibidas como verdaderos “paradigmas de lo social” (Galende, 1998, p. 18).

8. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

8.1 OBJETIVOS GENERALES

- . Construir los perfiles de la demanda asistencial en salud mental de mujeres adultas, usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud en la ciudad de Bahía Blanca, durante los años 2014 al 2018
- . Caracterizar los itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico desarrollados por mujeres adultas, usuarias del PNASM en la ciudad de Bahía Blanca

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- . Identificar las *demandas de atención* de las mujeres adultas que concurren a las Unidades Sanitarias de la ciudad de Bahía Blanca, según la mirada del profesional psicólogo actuante.
- . Identificar los *motivos o razones de atención psicológica* referidos por mujeres adultas usuarias del PNASM en Unidades Sanitarias de la ciudad.
- . Reconstruir los *itinerarios terapéuticos* ante el *sufrimiento psíquico* referidos por las usuarias en la consulta en el PNASM.
- . Describir las *formas de atención* y las *prácticas de salud* seguidas por las usuarias del PNASM
- . Reconocer factores y dimensiones intervinientes en las reorientaciones y articulaciones entre

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

las diferentes formas de atención consultadas por dichas usuarias.

. Delinear el *campo de la salud* por el que transitan las mujeres adultas usuarias de Unidades Sanitarias desde la consideración de su posición en el espacio social.

9. METODOLOGÍA

9.1 Metodología escogida

La presente investigación se valió mayormente de metodología cualitativa, en tanto estuvo orientada a “investigar la construcción social de significados, las perspectivas de los actores sociales, los condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad” (Denzin y Lincoln en Wainerman y Sautu, 2011, p. 188).

El acercamiento a dicha construcción se realizó mediante el Estudio de Casos definido como “...un medio de organizar los datos sociales, preservando el carácter unitario del objeto social estudiado” (Good y Hatt, en Souza Minayo, 2009).

Souza Minayo (2009) entiende que el Estudio de casos se vale de estrategias de investigación cualitativa “ para mapear, describir y analizar el contexto, las relaciones y las percepciones con relación a la situación, fenómeno o episodio en cuestión” (Souza Minayo, 2009, p. 133). Su importancia se relaciona con la capacidad de producir conocimiento con respecto a la singularidad de eventos vivenciados, como por ejemplo intervenciones y procesos de cambio. Es indicado para responder a preguntas de *cómo* y *por qué* determinado fenómeno se presenta. Apunta a relevar, para el problema de investigación propuesto, “la mayor riqueza posible, respetando la mirada de los actores sociales involucrados” (Vasilachis de Gialdino, 2009, p. 220) y utilizando diversas fuentes de información (Sautu, 1999; Yin en Souza Minayo, 2009).

El estudio de casos habilita un análisis tanto temporal como situacional y permite la reconstrucción de cada episodio de enfermedad/padecimiento expresado en la consulta al profesional de la salud, “...del antes y del después, de los intereses y posiciones

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

involucrados, de las distintas versiones, de los sucesos, procedimientos efectivamente actualizados; de las alternativas consideradas y excluidas, de sus efectos, evaluación e implicancias” (Noceti, p. 65, 2008) Resulta así un instrumento metodológico privilegiado para indagar y describir aspectos de lo que podríamos llamar los modos de hacer, decir y ser en el ámbito de la salud.

Los estudios de caso utilizan las estrategias de investigación cualitativa para mapear, describir y analizar el contexto, las relaciones y las percepciones con relación a la situación, fenómeno o episodio en cuestión (Souza Minayo, 2009, p. 133)

Sautu (1999) caracteriza tres rasgos propios de este tipo de método: su focalización en una situación, hecho o fenómeno en particular, “aun cuando en su elección se tenga en cuenta que es un caso entre otros con los que comparte ciertos rasgos” (Sautu, 1999, p. 80); en segundo lugar su alto contenido descriptivo para poder captar la complejidad del fenómeno en estudio; dicha descripción permite mostrar “... la influencia del tiempo y las secuencias en que los hechos vinculados al caso tienen lugar” (Sautu, 1999, p. 80). Finalmente permite, en virtud de su cualidad heurística, explicaciones relativas al cómo y por qué de los hechos.

Por su parte, la inclusión de la técnica de entrevistas obedeció al hecho de ser considerada, en su sentido amplio, como una conversación con una finalidad, además de admitir diversas organizaciones y conformar la técnica más usada en el trabajo de campo cualitativo (Souza Minayo, 2009). Se optó por la realización de entrevistas semi-estructuradas en tanto modalidad caracterizada por la presencia de preguntas cerradas y abiertas de acuerdo a una Guía elaborada previamente; fueron grabadas previa solicitud de autorización a las usuarias entrevistadas. La *observación* acompañó toda la investigación así como la utilización del *diario de campo*.

Respecto del estudio y análisis de las demandas de atención de las usuarias de Unidades Sanitarias en el PNASM en la ciudad de Bahía Blanca, recurrimos al Sistema Si-Salud (Sistema Informático Integrado del Primer Nivel de Atención de la Salud), programa a cargo del Observatorio de Salud y Condiciones de Vida de la Secretaría de Salud de la ciudad.

9.2 Los primeros pasos en el campo

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

En primer lugar se debieron formalizar ante las autoridades competentes ciertos requerimientos legales y éticos. Se redactó y elevó el Formulario de Consentimiento Informado para su aprobación ante el Comité de Docencia de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca; el mismo Formulario fue presentado ante la Comisión de Ética del Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero (Anexo).

Asimismo se solicitó el acceso a los datos del Sistema Si-Salud de dicha Secretaría, lo que permitió obtener información de los diagnósticos prevalentes en las consultas al PNASM y dar cuenta de las demandas de atención de las usuarias, paso necesario para poder dar cumplimiento a uno de los Objetivos generales de la investigación.

El sistema Si-Salud (Sistema Informático Integrado del Primer Nivel de Atención de la Salud) genera información socio-demográfica y epidemiológica de relevancia del PNAS. Su implementación se inició en el año 2013 en el marco de la creación del Observatorio de Salud y Condiciones de Vida¹² y consiste en una red informática entre las Unidades Sanitarias, los Centros de salud y la Secretaría de Salud, que permite la digitalización y acceso de datos de los usuarios, con conectividad a Internet/Intranet. El software del programa se desarrolló en forma conjunta con el Departamento de Sistematización de Datos del Municipio. Luego de algunas demoras se logró contar con el material iniciándose el trabajo de análisis de los datos.

La información relevada a través de entrevistas informales a personal del Observatorio de Salud, dio cuenta de aspectos a considerar en el diseño y análisis de los datos. Dado que cada año se toma como una unidad cerrada por el Sistema, y se repiten -si fuera el caso- el registro de pacientes ya en tratamiento, la información se organizó tomando el período 2014-2018 en forma conjunta, tanto para la caracterización de la demanda de atención como para la diferenciación por sexos. Se creyó conveniente además tomar, para los 5 diagnósticos prevalentes, una caracterización detallada a través de los años, así como la diferenciación entre personas atendidas por año y consultas realizadas por año, para determinar si hubo variación significativa.

En cuanto a la realización de las entrevistas para conocer los itinerarios terapéuticos de las usuarias, los primeros pasos estuvieron encaminados al contacto con profesionales

12 Su propósito fundamental es el de “ coordinar todos los esfuerzos relacionados a la recolección de datos en salud, su posterior análisis y comunicación, así como también es el responsable de organizar y dirigir todo el proceso relacionado a la información y actividad epidemiológica de esta secretaría” (Expediente fecha 17/07/2013; Secretaría de Salud Bahía Blanca. Creación Observatorio de Salud y Condiciones de Vida).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

psicólogos y psicólogas que trabajan en el PNASM en forma directa, en actividades compartidas como parte del trabajo de la investigadora en Unidades Sanitarias, o vía telefónica en otros casos. Se les solicitó su colaboración en la investigación; se explicaron los objetivos del proyecto, la realización de una única entrevista en lugar y tiempo a acordar con la usuaria así como la firma de un Consentimiento informado. Las y los profesionales fueron las que replicaron esta información a las usuarias solicitando su participación en la investigación, en forma voluntaria y brindando un número telefónico para el contacto.

El período de realización de entrevistas comenzó en julio/2018. Sólo dos psicólogas respondieron en forma inmediata y producto de ello fueron las tres primeras entrevistas en el mes de julio de 2018. Posteriormente y a pesar de reiteradas solicitudes, pudimos observar cierta renuencia a participar en la investigación. Ello obligó a un cambio de estrategia: la comunicación regular de recordatorios a través de la aplicación WhatsApp del pedido de colaboración, los objetivos de la investigación y de los requisitos de tal solicitud. Con los mismos datos se elaboró una hoja impresa con el número de celular de la investigadora, hoja repartida sistemáticamente en todas las reuniones subsiguientes de psicólogos y psicólogas, acompañadas de un expreso pedido de colaboración. Esto posibilitó que pueda realizar gran parte de las entrevistas en los meses de octubre/noviembre de 2018 y las últimas en febrero/2019. Según una de las compañeras psicólogas que prestó colaboración tardíamente, su postergación en la participación se debió a cierta incomodidad derivada del hecho de interpretar la entrevista como una evaluación indirecta de su trabajo, una suerte de exposición de sus modalidades y formas de intervención. Es de mencionar que ningún *psicólogo* respondió a la convocatoria de participación.

El acceso a las Unidades Sanitarias para la realización de las entrevistas fue mediado por la psicóloga a cargo del tratamiento de las usuarias seleccionadas. Previamente se realizó una o más llamadas telefónicas a cada uno de los Coordinadores de Áreas para solicitar su autorización y el permiso de ingreso. En cuanto al pedido de colaboración a las usuarias, éstas manifestaron expresiones y comportamientos disímiles; algunas se negaron directamente a colaborar; otras dieron su número pero resultó imposible acordar una entrevista por las dilaciones continuas o la falta de respuesta; otros encuentros finalmente se encontraron con demoras debido a la falta de horarios compatibles entre las usuarias, la investigadora y el contexto institucional.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Es de destacar, a pesar de las señaladas dificultades, que todas las usuarias entrevistadas finalmente manifestaron muy buena disposición a participar. El vínculo cercano y de confianza con sus psicólogas actuales posibilitó un clima de entrevista abierto al diálogo y la posibilidad de compartir sus vivencias personales.

Todos los eventos señalados dilataron la realización de los encuentros, y dificultaron en cierta manera el análisis al extender el período de recolección de datos más allá de lo programado en el proyecto inicial. Ampliaron a 11 el número de Unidades Sanitarias consideradas en el proyecto original de investigación; 4 entrevistas se realizaron en los domicilios de las usuarias (ceranos a las Unidades Sanitarias de referencia) y a pedido de las mismas.

Las Unidades Sanitarias de la ciudad de Bahía Blanca consideradas fueron: Maldonado, 9 de Noviembre, Norte, Noroeste, Spurr, Mariano Moreno, Miramar, Rucci, Harding Green, , Pedro Pico y Grumbein.

9.3 Realización de las entrevistas. Criterios de inclusión. Unidad de Análisis

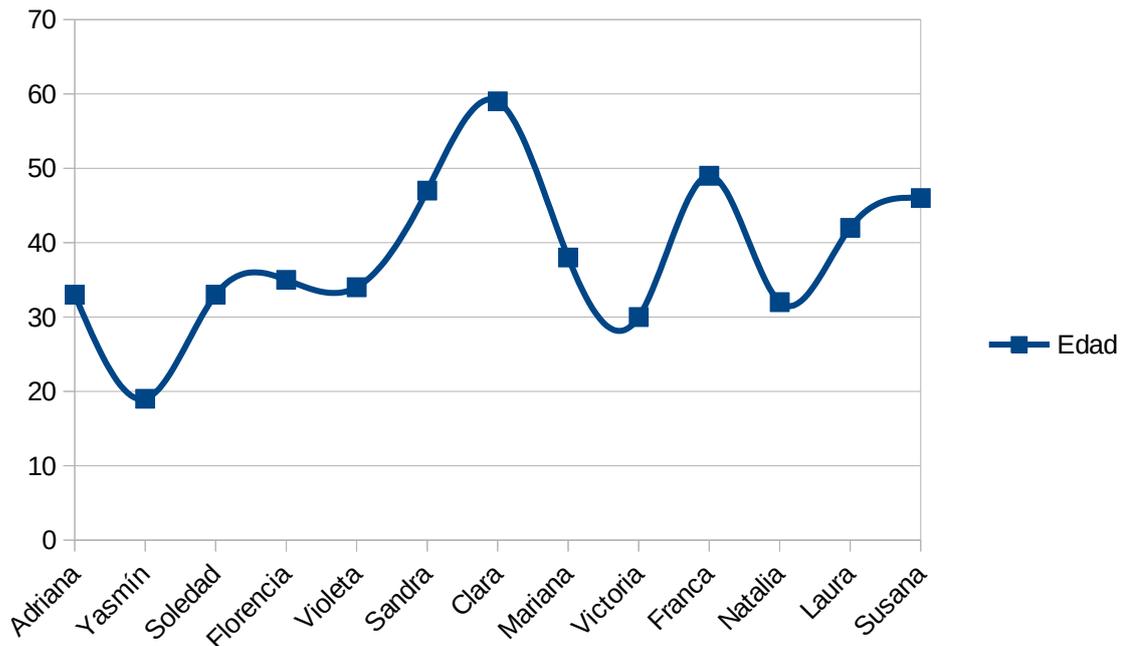
Para la elección de las usuarias se siguió un criterio de inclusión amplio: usuarias del sistema de atención de la salud público de la ciudad de Bahía Blanca y actualmente en tratamiento, a partir de los 18 años de edad, y que presentaran problemáticas vinculares.

En tanto se trató de una investigación cualitativa, el criterio fue definido “en términos de Suely Deslandes: ‘¿qué individuos sociales tienen una vinculación más significativa con el problema a ser investigado?’” (Deslandes en Arakaki, 2010).

Se fijó en principio un tope de 45 años, que se extendió en virtud de la disponibilidad de personas para acceder en forma voluntaria a la investigación. El intervalo de edad considerado supuso dar cuenta del período del *trayecto de vida* (Gastron y Oddone, 2008) orientado especialmente hacia la esfera doméstica y las actividades relacionadas con el cuidado de los hijos.

. Gráfico N° 2 Edades de las usuarias entrevistadas; Unidades Sanitarias, Bahía Blanca,

2018/2019



Fuente: Elaboración propia

Como ya fue mencionado, la amplia mayoría de las personas que concurre a las Unidades Sanitarias no posee acceso a empleo registrado y por tanto, no está adscrito al sistema de obras sociales. Tampoco cuenta con un capital económico suficiente que le permita sostener tratamientos de salud en forma privada. En algunos casos pudo observarse que, aún contando con obra social, las prestaciones de psicología son sumamente escasas, los turnos conllevan importantes demoras o el sobrepago de tasas diferenciales excesivas para las usuarias. Es en este marco contextual desde donde entendemos las *búsquedas de salud* de las usuarias y su adscripción amplia a grupos sociales cercanos en el espacio social, que tienden a comportarse de manera similar (Weber, 1993; Bourdieu, 2002).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Se realizaron un total de 14 entrevistas, con una duración aproximada de una hora y media de entrevista (una de las usuarias se extendió más allá de ese límite; y sólo una ocupó 45 minutos). Diez de las entrevistas fueron realizadas en las Unidades Sanitarias donde se atendían las usuarias con las profesionales psicólogas. Cuatro entrevistas se realizaron en los domicilios particulares de las usuarias, a pedido de las mismas.

La decisión de realizar entrevistas semi-estructuradas permitió abarcar los temas de investigación relevantes, a la vez que posibilitó el margen propicio para que las usuarias puedan relatar sus experiencias en forma amplia (Minayo, 1997, 2003).

La Guía de Entrevista

Las entrevistas se estructuraron alrededor de una Guía (Anexo) que se organizó en las siguientes dimensiones relevantes:

- 1) Caracterización inicial de la familia, integrantes, edades, ocupaciones, actividades.
- 2) Descripción del Motivo de Consulta a la psicóloga; acceso a la Unidad Sanitaria; las causas autopercebidas de la consulta; concepto de salud.
- 3) *Red de apoyo* y toma de decisiones terapéuticas; apoyo, aprobación, acompañamiento.
- 4) Consultas anteriores; resultados, reorientaciones, motivos.
- 5) Consultas a otras formas de atención. Actividades o prácticas de salud para “sentirse bien”.

Tanto la guía como la forma de realizarla fueron objeto de evaluación constante y de ajuste en el curso del trabajo de campo.

Para el punto 5) se confeccionó un Listado que tuvo como objetivo la obtención de información relevante respecto de *otras formas de atención de la salud*, así como de *prácticas para “sentirse bien”* más allá de la consulta a la psicóloga en Unidades Sanitarias (Anexo).

El “Listado de *Formas de Atención de la Salud y Prácticas para sentirse bien*” (en adelante: “Listado”) se confeccionó sobre la base de dos documentos. El primero de ellos es la “Encuesta sobre el conocimiento, uso y satisfacción de las medicinas alternativas/complementarias”. Dentro de la bibliografía consultada las ventajas de su

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

inclusión referían a su carácter de estudio de investigación sistemático, el respaldo de una institución de prestigio, su pertenencia a la región (geográfica) y su elaboración en base al uso de terapias alternativas y no sobre los ofertantes o curadores. Fue elaborado por la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile en el año 2012.

El segundo documento: “Medicinas Tradicionales y Complementarias que se brindan en el Sistema de Salud público de la Argentina” corresponde a un relevamiento sobre la base de la oferta de servicios de atención en hospitales públicos y privados de Argentina. Dicho relevamiento forma parte del Proyecto de Ley S-4579/16, presentado en el año 2016 en la Cámara de Diputados de la Nación, con el objetivo de: “Garantizar y promover el uso racional, informado, seguro, eficaz, oportuno y de calidad de las prácticas y terapias que integran la Medicina Tradicional y Complementaria (MTC)” (Artículo 1, inciso a), Proyecto de Ley S-4579/16).¹³

El Listado propuesto se completó con formas de atención y prácticas de salud mencionadas por usuarias atendidas en Unidades Sanitarias del PNASM, en la ciudad de Bahía Blanca, y por las propias participantes de la investigación en ocasión de las primeras entrevistas. Su inclusión se consideró pertinente en tanto incorporó prácticas locales y formas de atención utilizadas por usuarias del sistema público de atención de la salud en la ciudad, específicamente, en Unidades Sanitarias.

El Listado quedó organizado así en dos bloques:

El Primer Bloque incluyó:

- . La nómina del Informe Final chileno (Parte 1, ítems 1 al 21 formas de atención de la salud);
- . el listado que forma parte del Proyecto de Ley De Argentina (Parte 2, ítems 22 al 35) y
- . terapias y/o prácticas señaladas por usuarias de Unidades Sanitarias (Parte 3, ítems 36 al 48).

El Segundo Bloque versó exclusivamente en torno a las actividades o prácticas para “sentirse bien”, rescatando la idea de “prácticas” de Menéndez y el de “estrategias” de Bourdieu.

Destacamos en forma especial que, desde el punto de vista metodológico, el diseño del instrumento no presentó las características de una Encuesta cerrada o un Cuestionario. Su

13 La información contenida en el Proyecto de Ley mencionado fue el resultado de un equipo de trabajo integrado por terapeutas y representantes de la MTC de diferentes regiones del país, médicos que trabajan con dichas terapias, representantes de hospitales públicos que prestan este tipo de servicios, así como integrantes de las áreas de Salud del Ministerio e investigadores del CONICET.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

objetivo fue el prestarse como disparador de asociaciones para proceder a la identificación, en la vida cotidiana de las usuarias, de la presencia y uso de diferentes formas de atención de la salud y prácticas para *sentirse bien*.

Todas las entrevistas fueron grabadas y se tomó registro escrito; por cuestiones técnicas no se contó con una de las grabaciones pero se pudo suplir con las notas tomadas en ocasión del encuentro. Se utilizó en forma sistemática el cuaderno o diario de campo como técnica de registro; se incluyeron notas de observación que acompañaron el trabajo de campo: las impresiones personales, las conversaciones informales, observaciones contradictorias, expresiones de los interlocutores en relación a los temas de investigación; dificultades en el acceso, facilitadores, sentimientos; registro visual de los lugares de las entrevistas, ruidos, disposición del mobiliario, entre otros; tales notas e impresiones fueron incorporadas al análisis de la investigación (Souza Minayo, 2009).

Dificultades en el campo con relación a las entrevistas

Las usuarias respondieron con muy buena predisposición a las preguntas de la investigadora y con un grado de profundidad importante. Personalmente, la amplitud o grado de implicación en el relato de las usuarias fue un dato relevante; la hipótesis subyacente giró en torno a la posibilidad de una transferencia positiva hacia la investigadora, habilitada por el vínculo de la usuaria con la psicóloga encargada de su tratamiento. Entendemos que supuso además una adscripción de la investigadora al papel de psicóloga preferencialmente; esta circunstancia daría cuenta del hecho de que algunas de las entrevistadas manifestaron expresamente su expectativa respecto de una posible guía u orientación frente a las problemáticas planteadas.

Como fue explicado más arriba, el punto 5) de la Guía supuso un cierto corte en la situación de entrevista. A las usuarias les costó identificar otras formas de atención y prácticas para sentirse bien por fuera de las que se daban como ejemplo y ello reforzó la idea de incluir el “Listado” ya citado.

La implementación del “Listado” por su parte presentó la dificultad de reconocer como *prácticas para sentirse bien* las que efectivamente identificaron las usuarias, y aquellas

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

que el investigador podía adscribir a la categoría. Este proceso significó una evaluación constante del trabajo con los datos y, cuando se presentaron dudas respecto de determinadas actividades cotidianas de la usuarias, no se incluyeron como *prácticas para sentirse bien*.

Unidad de Análisis

Se consideró como unidad de análisis (Guber, 2004) a los *itinerarios terapéuticos* ante el sufrimiento psíquico de las usuarias entrevistadas, respondiendo al Motivo Actual de consulta al psicólogo de Unidades Sanitarias y circunscripto al *episodio actual de atención*. Se tuvieron en cuenta las consultas de las usuarias a Formas de atención no circunscriptas al tipo biomédico (Modelo Médico Hegemónico) , así como la presencia de prácticas cotidianas para *sentirse bien*.

9.4 Procesamiento y Análisis de los Datos

El tratamiento de los datos de la presente investigación se realizó a través del Análisis de contenido según los lineamientos de la Teoría Fundada (Glasser y Strauss, 1967). Se contó para ello con la ayuda auxiliar del Programa Atlas Ti.

Los datos numéricos respecto de los Diagnósticos prevalentes en el PNASM fueron procesados a través de gráficos y cuadros que son desarrollados en el capítulo siguiente. También se incluyeron gráficos y otros recursos cuando se consideró oportuna su inclusión con el objetivo de ordenar y facilitar la exposición.

Las transcripciones de las grabaciones de las entrevistas y de las notas de campo de una de ellas fueron incorporadas al Programa Atlas Ti. Se respetaron las formas propias de expresión de cada una de las usuarias entrevistadas, así como aquellas características paraverbales que acompañaron el relato.

Sistematización

El primer paso del análisis consistió en el examen microscópico de los datos. El examen minucioso al comienzo de la investigación permitió generar las primeras categorías, o categorías iniciales del análisis. “Aunque a veces al microanálisis se lo llama análisis ‘línea por línea’ el mismo proceso también se le puede aplicar a una palabra, oración o párrafo” (Strauss y Corbin, p.63, 1998).

Este primer tipo de *codificación abierta* (Strauss y Corbin, 1998) refiere así al análisis cuidadoso de los datos, a un examen descriptivo y analítico a la vez, realizando comparaciones constantes en cuanto a las dimensiones y propiedades de las categorías emergentes (Strauss y Corbin, 1998). Este proceso permitió comenzar a recomponer tales datos en forma de primeros esbozos interpretativos, siempre con una escucha atenta al *qué* y *cómo* las propias usuarias entrevistadas comprendieron los acontecimientos. Se prestó especial atención a las palabras usadas en los relatos, material valioso para la propuesta de códigos *in vivo* en el análisis.

Las entrevistas no fueron trabajadas como casos separados y autónomos, sino que cada una de ellas dio pie a preguntas específicas y posibles significados, dimensiones y relaciones, que permitieron ampliar la sensibilidad frente a los nuevos datos.

Las categorías emergentes fueron construidas en términos de propiedades y dimensiones, continuamente evaluadas, corregidas, repensadas y reagrupadas en función de su lugar en una estructura relacional y jerárquica de vínculos. Así, la *codificación axial* nos permitió relacionar categorías con subcategorías de acuerdo a sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 1998).

La herramienta Atlas Ti resultó especialmente útil para este procesamiento de los datos. El acceso casi instantáneo a la relación código/citas facilitó el trabajo de comparación y elaboración de categorías. La redacción regular de *memos* a propósito de los extractos destacados de las entrevistas permitió ir desarrollando ideas, proponiendo reflexiones, hipótesis, plantear dudas, como parte esencial de un trabajo analítico en *proceso constante* a través de todo el análisis. Dichos *memos* representaron un apoyo sustancial para la construcción de los marcos interpretativos de la investigación.

La falta de manejo más profundo del Atlas Ti impidió elaborar los Gráficos de los

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

itinerarios terapéuticos con esta herramienta. Asimismo no fue posible hallar en la bibliografía relevada un modelo acorde a las características idiosincrásicas de los mismos, en el ámbito específico de estudio. Fueron entonces producidos con las herramientas disponibles en Word para lograr una adecuada representación de los diferentes tipos de datos. Dado que el corpus principal de la investigación se realizó con el software libre Linux, debieron convertirse en archivos pdf para permitir su conversión. Ello determinó cierta pérdida de sus características originales en cuanto a la proporción de los diferentes medios gráficos utilizados u otros detalles, que entendemos no afectan su claridad y propuesta de organización conceptual.

La presentación de los resultados se dividió en dos grandes bloques en base a los Objetivos Generales de la presente investigación. La organización por capítulos respondió a los Objetivos Específicos así como a dimensiones particulares que surgieron en el curso del análisis. Cada capítulo de presentación de resultados incluyó a su vez discusiones parciales o finales relativas a los temas específicos tratados.

Metodológicamente la subdivisión resultante así como los fragmentos ilustrativos no deben ser considerados en forma excluyente, sino como ejes de análisis con fronteras flexibles y pasibles de solapamientos, o de nuevas formas de organización.

Resultados. Primera Parte. Las demandas de atención

Caracterización de la Demanda de atención

Resultados. Segunda Parte. Itinerarios terapéuticos

Caracterización de las usuarias entrevistadas

El concepto de salud/salud mental

Accesibilidad

La consulta psicológica

Red de Apoyo

Otras Formas de Atención de la Salud y Prácticas para *sentirse bien*

Itinerarios terapéuticos.

Conclusiones

10. RESULTADOS

La presente sección expone los resultados de la investigación. Se estructura en dos grandes bloques conforme a la propuesta comprendida en los Objetivos Generales:

. **PRIMERA PARTE.** Comprende la caracterización de la demanda¹⁴ de atención de mujeres, usuarias de los servicios de psicología en el Primer Nivel de Atención de la Salud en la ciudad de Bahía Blanca, entre los años 2014 y 2018, de acuerdo a información proporcionada por el Observatorio de Salud y Condiciones de Vida (Programa Si-Salud), dependiente de la Secretaría de Salud de la ciudad.

. **SEGUNDA PARTE.** Refiere a la consideración de los Itinerarios Terapéuticos en búsquedas de salud o de alivio al sufrimiento psíquico de las usuarias entrevistadas. En este punto iniciamos la presentación de los resultados con una breve caracterización del grupo de usuarias entrevistadas. En segundo lugar procedemos a describir las diferentes categorías de análisis propuestas.

14 La *demanda* en este caso refiere al sentido común del concepto, en tanto solicitud o pedido de atención de la usuaria, interpretados por el profesional en los *Motivos de Consulta* consignados de acuerdo al Nomenclador del trabajo en salud en el Primer Nivel de Atención (Anexo).

PRIMERA PARTE. LAS DEMANDAS DE ATENCIÓN

Introducción

El presente apartado se propone caracterizar la demanda de atención de mujeres, usuarias del PMASM, en la ciudad de Bahía Blanca, en el período comprendido entre los años 2014-2018.

La información que conforma el presente apartado fue proporcionada por el Observatorio de Salud y Condiciones de Vida la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca. Corresponde a la sistematización de datos volcados al Programa Si-Salud por los psicólogas y psicólogos que atienden en Unidades Sanitarias. Dicho registro se confecciona en base a la consideración de las *demandas de atención* de las usuarias, categorizadas por los profesionales como *Motivos de Consulta*.

Como ya hemos consignado, el registro de la atención se realiza diariamente por el conjunto de los profesionales que atienden en el PNASM, en formato papel (Planilla2). Es el propio profesional en general quien vuelca esa información al Sistema Si-Salud (Sistema Informático Integrado del Primer Nivel de Atención de la Salud), generando información socio-demográfica y epidemiológica de relevancia para dicho Primer Nivel (Secretaría de Salud, Municipalidad de Bahía Blanca, 2015).

Los diagnósticos consignados corresponden al *Nomenclador del Trabajo en Salud en el Primer Nivel de Atención* (Anexo) instrumento de categorización y codificación de problemas de salud y de prácticas de atención-cuidado, confeccionado en base al *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), y a la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE), además de códigos locales atendiendo a las vicisitudes propias de la atención en la ciudad.

El Observatorio de Salud y Condiciones de Vida nos permitió el acceso a distinto tipo de información. El período considerado fue el intervalo comprendido entre los años 2014-2018. En primer lugar presentamos la distribución de consultas según género. Luego procedimos a analizar los datos correspondientes a los 10 Diagnósticos prevalentes en Psicología, para todas las Áreas, y para las mujeres usuarias en el período considerado. Finalmente evaluamos y sistematizamos los datos respecto de los 3 principales diagnósticos

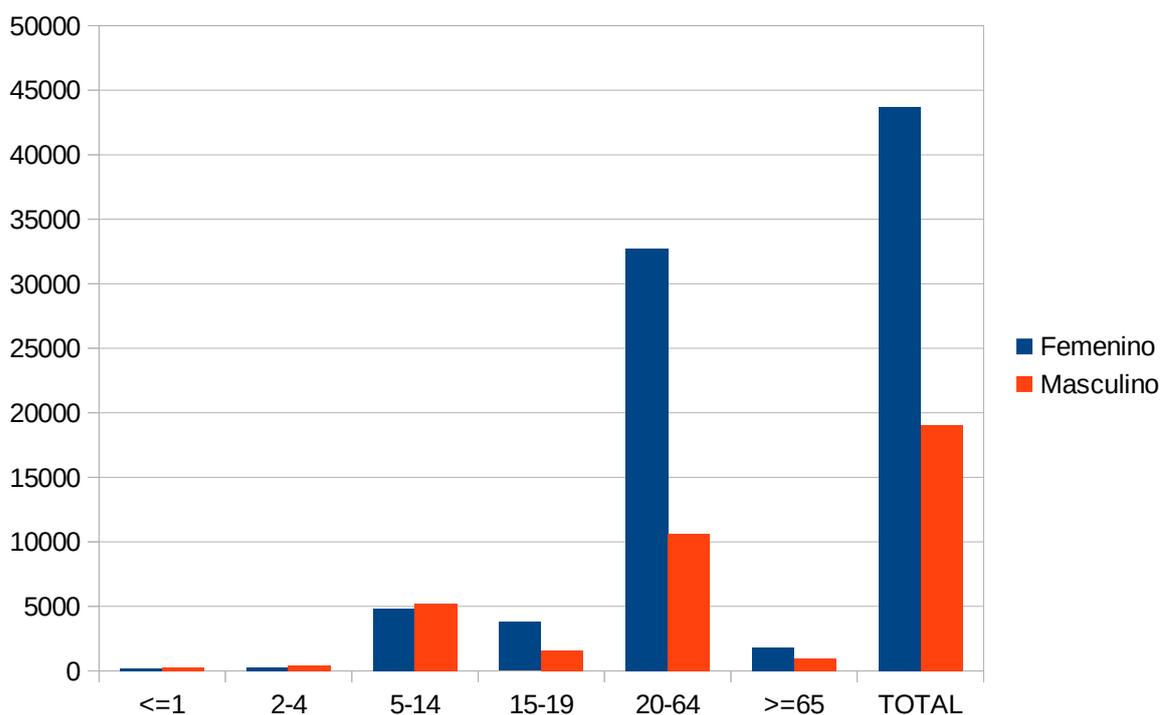
Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

referidos a problemáticas vinculares, atendiendo a su distribución por consultas y por personas.

1. Distribución de las consultas según género

Expondremos a continuación en forma gráfica los datos correspondientes a la distribución de consultas según género femenino o masculino para el período 2014-2018. A continuación se presenta el cuadro con los datos mencionados y las consultas efectuadas.¹⁵

Gráfico N.º 3. Consultas por género según rango de edades. Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2014-2018



Fuente: Si-Salud. Elaboración propia

15 Es de aclarar que estamos analizando Diagnósticos en referencia a Consultas, y no Personas. No obstante entendemos que el conjunto de datos resulta ampliamente significativo. La relación consultas/personas es analizada más adelante en referencia a los tres principales diagnósticos.

Tabla N.º 1. Consultas por Género según rango de edades. Psicología. Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2014-2018

Edad	Femenino	Masculino
<=1	222	288
2-4	245	393
5-14	4841	5179
15-19	3777	1592
20-64	32763	10616
>=65	1825	957
TOTAL	43673	19025

Fuente: Si-Salud.

Como puede observarse se destaca una consulta mayormente femenina a partir de los 15 años de edad de las usuarias. Y un predominio de consulta masculina hasta los 14 años y en los tres intervalos anteriores.

En el período comprendido entre los 20 y los 64 años la consulta fue significativamente mayor en mujeres (32763 contra 10616), disminuyendo esa diferencia a una proporción de dos a uno a favor de las mujeres a a partir de los 65 años de edad. Las diferencias en los diagnósticos que presentaron ambos sexos es abordada en el siguiente apartado y explican la mayor presencia de uno u otro a partir de los 15 años de edad.

2. Distribución de la Consulta según género y Diagnósticos frecuentes

De acuerdo a lo ya expresado, los Diagnósticos se consignan sobre la base del *Nomenclador del Trabajo en Salud en el Primer Nivel de Atención*.

El mencionado *Nomenclador* incluye la clasificación de los probables diagnósticos, pero no su descripción. Por este motivo presentamos una reseña mínima de los denominados *Problemas de relación* (equivalentes en forma aproximada a lo que entendemos por *Problemáticas Vinculares* en la presente investigación) respondiendo a la categorización que de ellos hace el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), uno de

los textos en el que se basa el Nomenclador.

Los *Problemas de relación* se agrupan en un Capítulo especial del DSM, y refieren a aquellas problemáticas vinculares o interaccionales que surgen al interior de los hogares, que pueden ocasionar “un deterioro en la actividad clínicamente significativo, la presentación de síntomas por parte de uno o más integrantes, o el deterioro de la unidad relacional misma” (DSM IV, p. 696).

Incluyen entre otros a los *Problemas paterno-filiales*, los *Problemas conyugales*, el *Duelo* y el *Problema biográfico*. Este último remite a problemáticas asociadas a una etapa de la vida, que se cursan como esperables (*crisis normativas*), y a las que los individuos se encuentran expuestos en virtud del atravesamiento de su ciclo vital (incorporación de los hijos al jardín o la escuela, el matrimonio, la partida de los hijos del hogar, la jubilación). Por su lado, las crisis paranormativas señalan la exposición eventual a circunstancias de orden excepcional en la vida cotidiana de los usuarios (muertes tempranas, despidos laborales, desalojos, situaciones traumáticas, entre otros). Tanto unas como otras no poseen una impronta afectiva neutral para las usuarias, sino que se presentan acompañadas por una importante carga de padecimiento subjetivo y/o sufrimiento psíquico.

En el presente estudio nos referimos a *Problemáticas Vinculares* que incluyen las precedentes así como todas aquellas relacionadas con la Violencia en todas sus formas (como también las incluye el *Nomenclador*). La propuesta tiende a reforzar el aspecto interaccional del sufrimiento en contextos situados, con una visión crítica del modo de entender el padecimiento desde la psiquiatría tradicional.

Tal como fue expresado, las *Problemáticas Vinculares* en tanto categoría intentan dar cuenta de las dificultades interaccionales; apuntan a visibilizar y reportar las dinámicas del lazo social en tanto fuente de *sufrimiento psíquico*. Adherimos a los planteamientos de Augsburger (2004, 2005, 2014) y Galende (2000) de no homologar enfermedad mental y *sufrimiento psíquico*. Los autores, entre otros, van a sostener una postura crítica respecto de las clasificaciones nosográficas ahistóricas y desterritorializadas de los padecimientos, proponiendo su lectura en tanto procesos históricamente situados en condiciones de existencia concreta. El *Sufrimiento psíquico* se muestra como una categoría heurística novedosa que puede dar cuenta comprensivamente de estas nuevas realidades; se presenta como expresión de una realidad que excede el orden biológico e incorpora las condiciones de producción de

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

los padecimientos (Augsburger, 2004).

Presentamos los diez diagnósticos frecuentes en Psicología según Sexo y para el período considerado, en las Unidades Sanitarias de la ciudad.

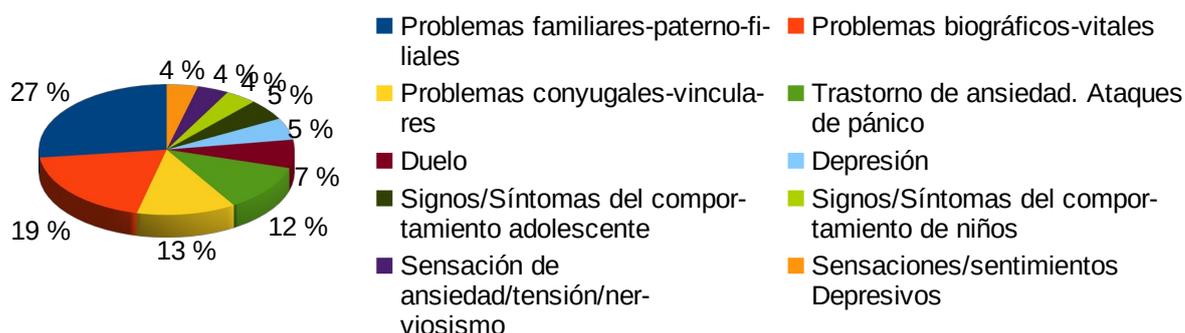


Gráfico N.º 4. Diagnósticos más frecuentes en Psicología. Sexo Femenino. Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2014-2018

Fuente: Elaboración propia según datos del SI-Salud

Tabla N.º 2. Diagnósticos más frecuentes en Psicología. Sexo Femenino. Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2014-2018

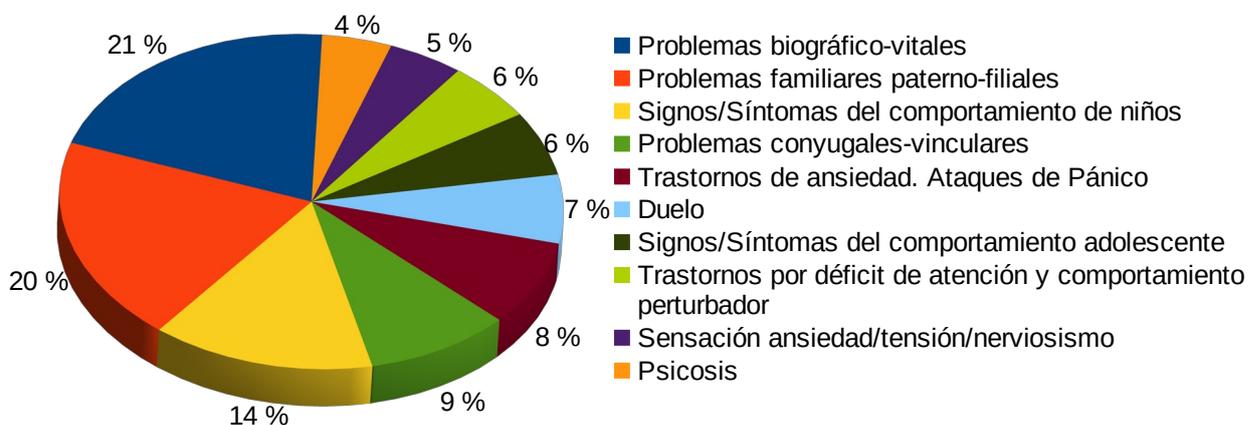
Diagnósticos	Total
Problemas familiares-paterno-filiales	6692
Problemas biográficos-vitales	4795
Problemas conyugales-vinculares	3123
Trastorno de ansiedad. Ataques de pánico	2885
Duelo	1748
Depresión	1339
Signos/Síntomas del comportamiento adolescente	1305
Signos/Síntomas del comportamiento de niños	988
Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo	984
Sensaciones/sentimientos Depresivos	983
TOTAL	24842

Fuente: SI-Salud. Elaboración propia

Como puede observarse en el cuadro precedente, para los cinco años considerados y con relación al Sexo Femenino, los *Problemas familiares-paterno-filiales* representaron el Diagnóstico más frecuente de la Especialidad Psicología (27%), en Unidades Sanitarias.¹⁶ Se ubicaron luego los *Problemas biográfico-vitales* (19%), los *Problemas conyugales-vinculares* (13%), el *Trastorno de Ansiedad y Ataque de Pánico* (12%); y el *Duelo* (7%). Más atrás: *Depresión*, *Signos/síntomas del comportamiento de adolescentes y de niños*; *Sensación ansiedad/nerviosismo* y finalmente las *Sensaciones/Sentimientos Depresivos*.

En cuanto al Sexo Masculino y para el período 2014-2018, presentamos el siguiente cuadro y la Tabla correspondiente para todas las Unidades Sanitarias de la ciudad.

Gráfico N° 5. Diagnósticos más frecuentes en Psicología. Sexo Masculino. Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2014-2018



Fuente: Si-Salud. Elaboración propia

16 Es de aclarar que estamos analizando en este caso Diagnósticos, y no Personas que consultan por un diagnóstico particular. No obstante entendemos que el conjunto de datos resulta ampliamente significativo. Consideraremos ambos aspectos en el tratamiento de los tres principales diagnósticos de demandas de atención.

Tabla N° 3. Diagnósticos prevalentes. Sexo masculino. Psicología, Unidades Sanitarias, Bahía Blanca, 2014-2018

Diagnósticos	Totales
Problemas biográfico-vitales	1583
Problemas familiares paterno-filiales	1491
Signos/Síntomas del comportamiento de niños	1084
Problemas conyugales-vinculares	723
Trastornos de ansiedad. Ataques de Pánico	642
Duelo	505
Signos/Síntomas del comportamiento adolescente	466
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	425
Sensación ansiedad/tensión/nerviosismo	363
Psicosis	339
Total	7621

Fuente: Si-Salud. Elaboración propia

El período 2014-2018 muestra una relación invertida respecto de los dos primeros diagnósticos, con relación al sexo femenino: Los problemas Biográfico-Vitales (21%) figuraron en primer lugar, y en segundo lugar los Problemas familiares paterno-filiales (20%). Descienden a un cuarto lugar los Problemas conyugales-vinculares (9%), y aparecen en tercer lugar los Problemas relacionados con “Signos/Síntomas del Comportamiento de niños” (14%). Esta categoría se encuentra en directa relación con el diagnóstico *Problemas de Comportamiento*. A a partir de lo 6 años se suelen sumar los *Trastornos de Aprendizaje*, ambos diagnósticos significativamente de mayor ocurrencia en niños en el período considerado, según pudo observarse también en el gráfico correspondiente a la distribución de consultas según sexo.

3. Relación consultas/personas en los Diagnósticos frecuentes en Psicología

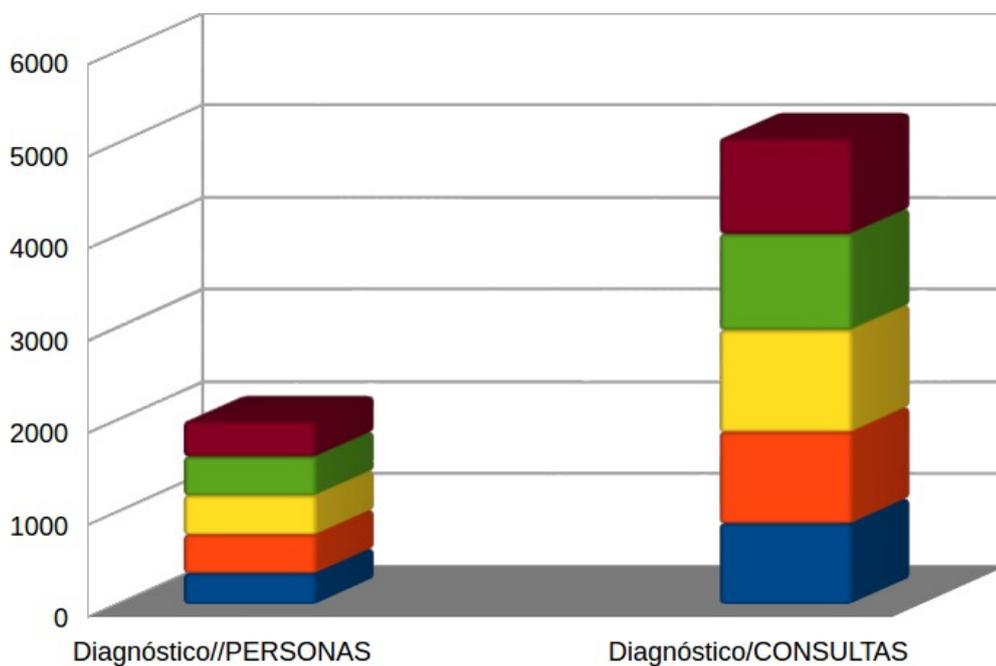
Presentamos a continuación la evolución de los tres primeros diagnósticos en Psicología con relación a problemáticas vinculares, para el período 2014-2018, bajo la doble consideración de Personas atendidas y Consultas realizadas.

Tabla N° 4. Problemas familiares paterno-filiales. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca

DIAGNÓSTICOS	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018
Diagnóstico//PERSONAS	333	421	424	422	387
Diagnóstico/CONSULTAS	876	993	1106	1045	1043

Fuente: Si-Salud. Elaboración propia

Gráfico N.º 6. Problemas familiares paterno-filiales. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca



Fuente: SI-Salud. Elaboración propia

La diferenciación en cuanto a los diagnósticos frecuentes entre Personas atendidas y Consultas realizadas tuvo el propósito de visualizar la correspondencia entre dichas

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

categorías. El sistema Si-Salud ordena en primer lugar las consultas por diagnósticos, no por personas, dato que debe ser buscado en forma secundaria. Observamos para la especialidad Psicología que la relación diagnósticos de personas/diagnósticos en consultas para los Problemas familiares paterno-filiales, se elevó en general a más del doble y mantiene similar configuración. No consideramos el promedio en este caso como una medida valiosa, ya que una usuaria puede consultar sólo una vez, y otras permanecer por espacios prolongados en atención, en algunas ocasiones hasta años.

Por otro lado, la consideración de los diagnósticos en base a personas puede estar ligeramente sobre-representado, ya que el programa SI-Salud no discrimina, para cada año analizado, entre usuarias nuevas y usuarias ya en tratamiento.

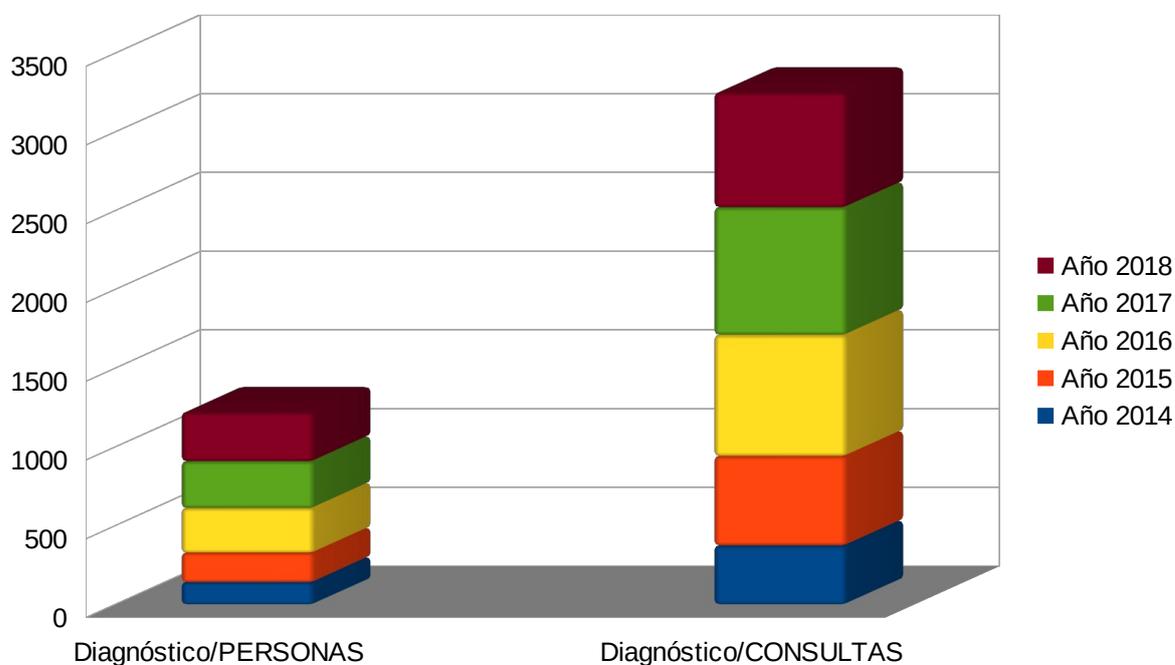
Consideraremos a continuación a los Problemas biográfico-vitales, ubicados en segundo lugar como más frecuentes en base a las consultas realizadas, para compararlas con las personas atendidas en el período 2014-2018.

Tabla N° 5. Problemas biográfico-vitales. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca

DIAGNÓSTICOS	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018
Diagnóstico/PERSONAS	141	187	284	297	312
Diagnóstico/CONSULTAS	374	568	769	810	730

Fuente: Si-Salud. Elaboración propia

Gráfico N° 7. Problemas biográfico-vitales. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca



Fuente: Si-Salud. Elaboración propia

Al igual que en la consideración del diagnóstico anterior, los Problemas Biográfico-Vitales mantuvieron una similar correspondencia entre personas atendidas y consultas realizadas para los 5 años considerados. También se observó más marcadamente que en el caso anterior, una tendencia ascendente a través de los años analizados, en el número de personas y consultas. No poseemos información suficiente que permita establecer si dicha tendencia se debe a un aumento de la demanda de atención respecto de las problemáticas de salud en estudio, o a otros factores (incremento de dedicación de horas a la atención por parte de los profesionales, incorporación de personal, distribución de la carga horaria dando mayor prioridad a la atención por sobre la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, entre otros).

Consideramos a continuación la relación entre Consultas y Personas atendidas en el período 2014-2018 para el Diagnóstico *Problemas conyugales-vinculares*, sexo femenino, en las Unidades Sanitarias de la Ciudad

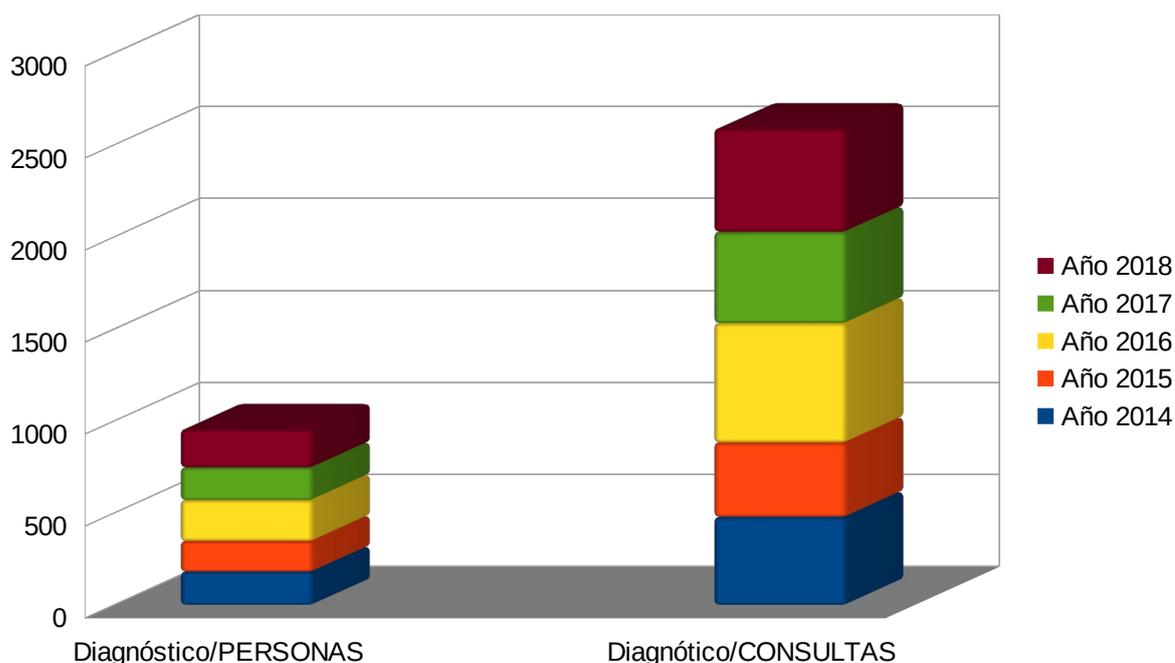
Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Tabla N.º 6. Problemas conyugales-vinculares. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca

DIAGNÓSTICOS	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018
Diagnóstico/PERSONAS	181	167	223	176	209
Diagnóstico/CONSULTAS	479	404	649	496	562

Fuente: Si-Salud. Elaboración propia

Gráfico N.º 8. Problemas conyugales-vinculares. Diagnósticos frecuentes por personas y por consultas, sexo femenino, Unidades Sanitarias, 2014-2018, Bahía Blanca



Fuente: Si-Salud. Elaboración propia

Los problemas conyugales-vinculares se ubicaron en tercer lugar entre los diez diagnósticos más frecuentes en Psicología en Unidades Sanitarias, tomando como base el número de consultas. Mantuvieron similar correlación personas/consultas respecto de los Problemas familiares paterno-filiales y los Problemas biográfico-vitales, observándose

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

asimismo una tendencia creciente en el número de ambas categorías para el período 2014-2018. Se observó para el año 2016 un aumento sobresaliente respecto de esta tendencia general.

4. *Discusión. Problemas vinculares y sufrimiento psíquico*

Como hemos podido observar, a partir de los datos proporcionados por el Observatorio de Salud y Condiciones de Vida de la Secretaría de Salud de la ciudad, se destaca una consulta mayormente femenina a partir de los 15 años de edad de las usuarias. La prevalencia de consulta masculina en los intervalos anteriores se entiende asociada al diagnóstico de *Problemas de Comportamiento* y *Problemas de Aprendizaje*, categorización de mayor frecuencia en niños que en niñas para el período considerado, y en la atención en Unidades Sanitarias de la ciudad.

En el intervalo comprendido entre los 20 y los 64 años, la consulta fue significativamente mayor en mujeres (32763 contra 10616), y disminuye esa diferencia a una proporción de dos a uno a favor de las mujeres a a partir de los 65 años de edad.

Para los cinco años considerados y con relación al Sexo Femenino, los *Problemas familiares-paterno-filiales* representaron el Diagnóstico más frecuente de la Especialidad Psicología, en Unidades Sanitarias. Se ubicaron luego los *Problemas biográfico-vitales*, los *Problemas conyugales-vinculares*, el *Trastorno de Ansiedad y Ataque de Pánico*; y el *Duelo*. Les siguen: *Depresión*, *Signos/síntomas del comportamiento de adolescentes y de niños*; *Sensación ansiedad/nerviosismo* y finalmente las *Sensaciones/Sentimientos Depresivos*.

Esta presentación de los diagnósticos dio cuenta de la presencia de problemas en la relación con los hijos como la fuente principal de consulta. Sobresalieron además las problemáticas adscriptas a crisis normativas o *vitales* (esperables), y paranormativas o *accidentales* (no esperables, fortuitas o excepcionales) (Fiorini, 1995) , categorizadas como *Problemas biográfico-vitales* de acuerdo al *Nomenclador*. Asimismo fueron importantes las problemáticas relacionadas con los conflictos devenidos de las relaciones conyugales o de pareja (tercer lugar). Los *Trastornos de Ansiedad/Ataques de Pánico* representaron el único

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

diagnóstico propiamente psicopatológico (dentro de los cinco diagnósticos principales). Por su parte llamó la atención la ubicación del *Duelo*; la consulta por la pérdida de seres queridos da cuenta de una demanda de la comunidad para el acompañamiento profesional por estas pérdidas. Excede el margen del presente estudio su precisa caracterización, aunque como hipótesis podríamos suponer la inclusión del duelo como un caso más de la *psicologización* (en algunos casos también de la *psiquiatrización/ medicalización*) de procesos de pérdida indudablemente tristes, pero que forman parte del ciclo natural de la vida y que anteriormente se tramitaban intramuros.

Si bien no analizamos en forma particular cada uno de los años, y sí lo hicimos para el total del período 2014-2018 por las razones expuestas, la observación particular de las consultas realizadas en el año 2016 permitió percibir la presencia del diagnóstico de *Violencia Familiar* ubicado en noveno lugar; no volvió a aparecer entre los 10 primeros en los sucesivos años. Sin embargo, la información recogida a través de los testimonios de las usuarias entrevistadas, informantes-clave, conversaciones informales y los recorridos propios de la investigadora, ubicaron a la *Violencia Familiar* como una problemática presente y no siempre visibilizada en las relaciones de pareja, o con otros miembros del círculo familiar. La *Violencia Psicológica* y la *Violencia Física* mayormente (sumada en general a la violencia económica) se incorporaron dolorosamente en varios de los relatos de las mujeres entrevistadas, referidas a situaciones pasadas o presentes. Entendemos que este hecho pudo obedecer a un subregistro del diagnóstico mencionado cuyas causales superan los objetivos de investigación del presente estudio.

Finalmente y dado que los datos primeros del Si-Salud corresponden a Consultas realizadas y no a Personas atendidas, entendimos que era necesario indagar respecto de su correlación. Para ello analizamos los primeros tres diagnósticos frecuentes en Psicología, que corresponden a *Problemáticas Vinculares: Problemas familiares paterno-filiales, Problemas biográfico-vitales y Problemas Conyugales*. Los datos obtenidos permitieron corroborar una similar configuración y correlación entre ambas categorías; consideramos además que ello no bastaba para establecer el promedio de consultas por personas, dada la gran variabilidad en la duración de los tratamientos (desde una sola consulta a varios años de tratamiento).

El análisis de los datos dio cuenta de que 4 de los 5 Diagnósticos más frecuentes que se presentaron en la consulta en salud mental, en las Unidades Sanitarias de la ciudad,

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

correspondieron a *Problemáticas Vinculares*, para los cinco años considerados y para el Sexo Femenino.

Confirmaron las consideraciones expresadas en el presente estudio, respecto de las características de las consultas de usuarias en el PNAS de la ciudad: su relación con las problemáticas relacionales en tanto germen de sufrimiento psíquico, acompañadas o no por la presencia de cuadros psicopatológicos. Mostraron significativamente la presencia de consulta mayormente femenina a partir de los 15 años de edad. Señalaron especialmente a las dinámicas conflictivas del lazo social en la vida cotidiana como causales de sufrimiento psíquico, y razón de movilización de las usuarias para realizar la consulta profesional. El sufrimiento psíquico devenido de problemas de relación -con su expresión máxima de violencia en todas sus formas, no siempre visibilizadas- pudo dar cuenta de las formas que adquiere el padecimiento subjetivo de las usuarias que consultan en el PNASM en la ciudad de Bahía Blanca.

Por otro lado, la importancia superlativa de la mujer en las consultas de psicología en el Primer Nivel de Atención de la Salud en la ciudad, puso de manifiesto la extensión de su papel de *cuidadoras* de la salud familiar; y ratificó lo expresado por las distintas fuentes bibliográficas consultadas. El *carácter multidimensional materno* (Idoyaga Molina 2005, 2007; Menéndez, 2009) se expresó en la centralidad de la mujer en el desarrollo del cuidado de la salud familiar y en la articulación sectorial e intersectorial como parte de sus *estrategias*; punto que desarrollamos especialmente en la consideración de las diversas prácticas que se ponen en juego en la cotidianeidad familiar y en las búsquedas de salud mental de las usuarias en el siguiente apartado.

RESULTADOS

SEGUNDA PARTE. ITINERARIOS TERAPÉUTICOS

Introducción

La Segunda Parte del presente estudio refiere a la consideración de los Itinerarios Terapéuticos en búsquedas de salud o de alivio al sufrimiento psíquico de las usuarias entrevistadas. Responde al segundo de los Objetivos Generales propuestos para la investigación.

Las diferentes categorías de análisis, sus propiedades y dimensiones surgieron a partir de los datos de la investigación, resultaron significativas para la comprensión de la problemática abordada y pudieron responder a los Objetivos Específicos planteados. Se reproducen en forma textual fragmentos del discurso de las usuarias entrevistadas para dar cuenta y/o fundamentar los tópicos correspondientes.

Para organizar la presentación dividimos la sección en capítulos donde se presentan los resultados de la investigación referidos especialmente al tema en cuestión, y a continuación la discusión de los mismos.

El Capítulo 1 presenta una breve caracterización del grupo de usuarias entrevistadas. Para ello prestamos especial atención a los barrios en los que se desenvuelve la vida cotidiana de dichas mujeres, ubicándolos de acuerdo al *índice de calidad de vida* (Prieto, 2008) y a sus condiciones socioeconómicas, en este caso por vía indirecta a través del *índice de necesidades de salud* (Arnaudo, 2017). Su inclusión se consideró relevante en tanto aporte a la discusión de los propios itinerarios terapéuticos, potencialmente similares en tanto representativos de un grupo que ocupa similares posiciones en el espacio social.

El Capítulo 2 responde a la pregunta respecto del concepto de salud/salud mental de las usuarias entrevistadas.

El Capítulo 3 refiere a la Accesibilidad a la consulta y al PNASM en la ciudad para las mujeres entrevistadas. Se analizan las barreras geográficas así como el acceso a la consulta profesional en forma específica; las estrategias diferenciadas de los actores y cómo se presenta la oferta de servicios en salud mental.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

El Capítulo 4 aborda la caracterización de la consulta psicológica desde el punto de vista de las usuarias. La relación terapéutica y las distancias percibidas, el tipo de relación, su importancia, su dificultad. La consulta psicológica como lugar especial, como “necesidad”, o espacio de “descarga”, de “caída”, de “prueba”. Finalmente se abordan los aspectos relativos a la figura del profesional: el conocimiento previo, los estilos de intervención, su lugar de “saber” y por sobre todo, su capacidad de brindar “ayuda”.

El Capítulo 5 se propone dar cuenta de la *Red de Apoyo* de las mujeres entrevistadas. A partir de su aprehensión como “tabla donde pisar”, se describen sus diferentes tipos: familiar, del sector público, del gremio, de amigos y amigas (incluyendo a los virtuales) y de la Iglesia.

El Capítulo 6 refiere a Otras Formas de Atención de la Salud y Prácticas para *sentirse bien* en sus variadas presentaciones; y estructuradas por fuera del ámbito familiar, en el hogar, y adscritas especialmente a tareas domésticas.

El Capítulo 7 presenta los aspectos salientes de las entrevistas de cada una de las mujeres entrevistadas y se propone un *itinerario terapéutico amplio* (de acuerdo a la forma de estructuración del relato de las propias usuarias) y un *itinerario terapéutico restringido al episodio actual de atención*. Finalizamos con Conclusiones, Anexo y las Referencias bibliográficas.

Capítulo 1. Caracterización de las usuarias entrevistadas

1.1 Usuaris y Barrios de pertenencia

Se entrevistaron catorce (14) usuarias de Unidades Sanitarias, correspondientes a 11 barrios de la ciudad de Bahía Blanca. En el siguiente cuadro se consigna la distribución de las mujeres entrevistadas de acuerdo a las Unidades Sanitarias donde se efectuaron las entrevistas (o las Unidades Sanitarias de referencia para los cuatro casos de entrevistas domiciliarias); a continuación se presenta el mapa de la ciudad donde puede observarse la ubicación espacial de dichas Unidades Sanitarias.

Cuadro 1 . Usuaris entrevistadas y barrios de pertenencia, Bahía Blanca, 2018/2019

Paciente	Barrio
1 Adriana	Maldonado (Entrevista en Unidad Sanitaria). Ricchieri 2535
2 Yasmín	Maldonado (Entrevista en Unidad Sanitaria). Richieri 2535
3 Soledad	9 de Noviembre (Entrevista en Unidad Sanitaria). Leopoldo Marechal 1712
4 Florencia	Spurr (Entrevista en Unidad Sanitaria, CIC). Esmeralda 1450
5 Violeta	Spurr (<i>Entrevista en domicilio particular</i>). Unidad Sanitaria en Esmeralda 1450
6 Sandra	Matadero (Entrevista en Centro de Salud Norte). Vieytes 2616
7 Clara	Matadero (<i>Entrevista en domicilio particular</i>). Unidad Sanitaria en Vieytes 2616
8 Mariana	Mariano Moreno (Entrevista en Unidad Sanitaria). Mendoza 1250
9 Victoria	Barrio Rucci (Entrevista en Unidad Sanitaria). Avda. Arias 1750
10 Franca	Miramar (<i>Entrevista en domicilio particular</i>). Unidad Sanitaria en Laudelino Cruz 1892
11 Natalia	Harding Green (Entrevista en Unidad Sanitaria). Salinas Chicas 4150
12 Laura	Grumbein (Entrevista en Unidad Sanitaria). La Rioja 5700
13 Susana	Noroeste (<i>Entrevista en domicilio particular</i>). Unidad Sanitaria en Líbano 589
14 Ana	Pedro Pico (Entrevista en Unidad Sanitaria). Misiones 754

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Mapa y ubicación de Unidades Sanitarias donde se efectuaron las entrevistas o sus domicilios cercanos, Bahía Blanca, 2019

Unidades Sanitarias consideradas en el Proyecto



Fuente: Elaboración propia

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Se consigna en el mapa la ubicación de las distintas Unidades Sanitarias donde se realizaron las entrevistas, o el lugar de referencia cercano cuando se hicieron en domicilios particulares, como en 4 de los casos considerados (Spurr, Matadero, Miramar y Noroeste). Analizamos brevemente a continuación las características de la ciudad y su diferenciación según barrios en tanto dan cuenta de las condiciones en que se desarrollan los modos de existencia de las usuarias entrevistadas.

1.2 Bahía Blanca. Barrios y Calidad de Vida

La ciudad de Bahía Blanca está ubicada geográficamente en el sudoeste de la Provincia de Buenos Aires. Es cabecera del Partido del mismo nombre y lo integran además las localidades de Cabildo, General Daniel Cerri e Ingeniero White. Es un centro urbano de tamaño intermedio con una población de 301.572 habitantes (INDEC, 2010), con un incremento intercensal relativo de 5,9% en comparación con el censo 2001. Constituye el principal partido en términos de cantidad de población y actividad económica. Es un centro comercial y de servicios para la zona con predominio de empleos asociados al sector terciario, destacándose la presencia del puerto de Ing. White como lugar estratégico de intercambio comercial (Municipio de Bahía Blanca, 2019).

Con el objetivo de caracterizar las condiciones de vida de las usuarias entrevistadas desde un análisis macrosocial, consultamos diferentes fuentes de datos. La información estadística proporcionada por el Censo 2010 respecto de la Población, Hogares y Viviendas del país, y especialmente para la ciudad de Bahía Blanca, no se encuentra desagregada por barrios sino por radios censales.

Destacamos dos investigaciones locales que contribuyeron a nuestro objetivo. Prieto (2008) desarrolló particularmente el *índice-resumen de Calidad de Vida (ICV)*, que constituye uno de los instrumentos para abordar la *calidad de vida*¹⁷ de una población determinada.

17 El constructo *calidad de vida* se muestra como un índice-resumen de carácter multidimensional, que abarca necesidades de orden material y aquellas inherentes al desarrollo físico y espiritual de las personas. Incorpora dos dimensiones diferenciadas: una privada relativa a cada hogar y familia (que puede dimensionarse a través de la metodología de las Necesidades Básicas Insatisfechas); y una pública derivada de la generación de políticas públicas. Representa un concepto más abarcativo que el *nivel de vida*, que refiere exclusivamente al consumo de los individuos (Prieto, 2008).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Consideramos que resulta ilustrativo para los propósitos de la investigación en tanto incorpora las dimensiones de vivienda, educación, salud y ambiente (Prieto, 2008). A continuación analizamos dichas dimensiones para el caso especial de Bahía Blanca con foco en los barrios de las usuarias, en tanto aportes para la comprensión contextualizada de sus modos de existencia cotidiana.

Respecto de la *vivienda*, Mariano Moreno fue el único de los barrios en el que se puede observar alta concentración de buenos materiales en su construcción; este porcentaje va disminuyendo progresivamente a medida que nos acercamos a la periferia de la ciudad (Prieto, 2008). Por otro lado, el suministro de servicios básicos se incorpora como un indicador importante de habitabilidad de las viviendas; al respecto, Miramar se encuentra dentro de los barrios con amplias carencias en la dotación de dichos servicios, al igual que el conjunto de las viviendas que se localizan en la periferia de la ciudad. Una sólo de las usuarias entrevistadas (Mariana, 38 años) se referenció con la Unidad Sanitaria Mariano Moreno en el barrio homónimo; sin embargo ese domicilio es el de su madre con la que se encontraba viviendo luego de la separación de su pareja.

En cuanto a la dimensión *educación*, los índices de población con nivel de instrucción menor a primario coinciden con la periferia de la ciudad, con excepción de la zona norte de Bahía Blanca; y aumentan progresivamente desde el centro hacia la periferia.

En la dimensión *salud*, la cobertura se encuentra directamente relacionada con la estructura general de la economía del país, registrándose cambios de consideración ligados al aumento del desempleo, las pérdidas de poder adquisitivo o a la caída de los aportes patronales, entre otros. Así por ejemplo, en el año 2008 Prieto refirió un 37% de personas sin cobertura en salud (Prieto, 2008). Para el año 2015 esa cifra se ubicó en el 25% según el Centro Regional de Estudios Económicos de Bahía Blanca, es decir, son 75.0000 las personas que recurren a los servicios públicos de prestación de salud (Hospitales y Unidades Sanitarias). El acceso al agua potable se considera un indicador asociado a la salud de la población; Miramar es uno de los barrios que presentó una de las situaciones más críticas, con extensión a la zonas de la periferia norte y este de la ciudad (Prieto, 2008).

Finalmente y en cuanto al *ambiente* como la cuarta dimensión incluida en el Índice-Resumen *Calidad de Vida*, el indicador principal lo constituye el servicio de recolección de residuos. Si bien los valores de cobertura fueron elevados, éstos son menores en el sector

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

suroeste y se agregan diferentes barrios, entre ellos Harding Green. Igual distribución espacial deficitaria presentan los espacios verdes en la ciudad.

Siguiendo a Prieto (2008) concluimos que las áreas con mejor índice de calidad de vida corresponden al micro y macro centro de la ciudad; se suman algunos barrios que no están comprendidos entre aquellos considerados en el presente estudio. Ninguno de los barrios a los que pertenecen las usuarias entrevistadas se encuentra dentro de estas áreas mejor posicionadas en cuanto al *índice de calidad de vida* (entre 6,7 y 8,1). Mariano Moreno y Noroeste se encuentran en la franja siguiente (5,6 – 6,6). Los restantes barrios se ubican por debajo de dichos valores con falencias importantes en las cuatro dimensiones consideradas.

La siguiente investigación corresponde a Arnaudo (2017), quién desarrolló metodología oportuna para la estimación del *índice de las necesidades de salud* de la ciudad, proponiendo a tal fin un índice cuantitativo basado en datos socioeconómicos -sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC, 2016)-. Las variables consideradas e incluidas en el análisis se relacionaron con características habitacionales, del hogar y de la población para cada radio censal de la ciudad de Bahía Blanca. La mayoría de las variables incluidas refieren a situaciones de privación correlacionadas negativamente con los ingresos familiares, donde los mayores valores del índice correspondieron a aquellos radios censales donde sus habitantes presentaron mayores necesidades sanitarias.¹⁸ Dada la forma de construcción del *índice de las necesidades de salud* lo consideramos como indicativo de situaciones de privación de la población.¹⁹

Para la exposición de los resultados se dividieron por cuartiles los radios censales; cada cuartil comprendió el 25 % de los mismos y se enumeraron en orden creciente de 1 a 4 , desde la menor a la mayor necesidad sanitaria (Arnaudo, 2017); para nuestro caso, de situaciones de menor a mayor privación de los hogares. Observamos así que las Unidades Sanitarias consideradas en la presente investigación se encuentran ubicadas dentro del Tercer o Cuarto Cuartil censal, es decir, refieren a situaciones con los mayores valores de necesidades sanitarias y de privación de los hogares en la ciudad. Tales resultados ratifican los aportes de Prieto (2008), analizados precedentemente.

18 Para una mayor precisión en la construcción del *índice de las necesidades de salud*, consultar: Arnaudo MF (2018), *Tesis Doctoral en Economía. Planeamiento Óptimo en el Sector Salud: aportes de la Economía y la Ingeniería de Sistemas*.

19 Dicha recomendación metodológica fue sugerida por la propia autora.

1.3 Usuarías. Estudios. Ocupación. Familia

Los datos para la caracterización de las usuarias entrevistadas surgieron en el transcurso de las entrevistas. En algunos casos y , debido al particular desarrollo del relato, no fue posible acceder al total de la información que se proyectó como objetivo inicial.

Cuadro 2. Usuarías Entrevistadas. Estudios, Ocupación, Tipos de Familias, Bahía Blanca, 2019

Paciente	Edad	Estudios (máximo nivel alcanzado)	Ocupación de la usuaria	Ocupación de la pareja	Tipos de Familias/Hijos
1 Adriana	33	Sec. Incompleto.	Ama de casa	Independiente. Marmolero	Ensamblada. 2 hijos: 13 y 8 años.
2 Yasmín	19	Univ. Incompleto. Dejó este año de estudiar	Desempleada	Padre: Imprenta Madre: Ama de casa	Nuclear. Hija única
3 Soledad	33	Sec. Incompleto	Ama de casa	Camionero	Ensamblada. 5 hijos: 18, 12, 10, 7 y 4 años.
4 Florencia	35	Terciario (cursando)	Ama de casa. Empleada doméstica	Albañil	Nuclear. 1 hijo de 17 años.
5 Violeta	34	Cursando Peluquería (2 años)	Ama de casa Estudia peluquería	Camionero	Ensamblada. 5 hijos (2 fallecidos): 14, 10 y 6 años. Fallecidos: 6 meses y 4 años.
6 Sandra	47	Terciario completo. Docente primaria (No ejerce)	Ama de casa. Limpieza como trabajo voluntario	Empleado empresa de gas	Nuclear. 2 hijas de 20 y 26 años.
7 Clara	59	Sec. Completo. Esc. De Teatro (incompleto)	Ama de casa. Cuidado de pacientes Talleres varios		Separada. 2 hijos de 39 y 36 años; 1 nieto de 4 años
8 Mariana	38		Ama de casa Micro-Emprendimientos. Costura. Servicio doméstico	Chapista	Separada. 2 hijos: 15 y 7 años

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

9	Victoria	30	Sec. Incompleta	Ama de casa Manicura. Maquillaje	Empleado Taller de autos	Nuclear. 2 hijas de 4 años (mellizas)
10	Franca	49	Secundario completo	Cocinera escuela. Ventas. Feriante		Separada. 4 hijos: 27, 25, 20 y 17 años.
11	Natalia	32	Sec. incompleto	Ama de casa Empleada doméstica/cuidado de pacientes	Contratista albañilería	Ensamblada. 3 hijos: 15, 13 y 4 años.
12	Laura	42		Ama de casa	Militar. Marino	Ensamblada. 7 hijos: 24 (fallecida), 23, 19, 17, 13, 8 y 5 años; 6 nietos. 3 nietos a cargo.
13	Susana	46		Ama de casa	Albañil	Extendida. 2 hijos: 19 y 9 años. Hermano de 35 años con discapacidad a cargo.
14	Ana	45	Sec. incompleto	Ama de casa Empleada doméstica (changas). Cuidado de niños	Empleado frigorífico	Nuclear. 2 hijas de 20 y 24 años.

El rango de edad de las usuarias entrevistadas se ubicó entre los 19 y los 59 años, ampliándose el límite propuesto en razón de las dificultades para acceder a la realización de las entrevistas. Se consignó asimismo el grado de estudios alcanzado (cuando se pudo obtener dicha información), así como su ocupación actual, ocupación de la pareja, el tipo de familia y el número de hijos.

Sólo una de las entrevistadas se consideró “desempleada” : Yasmín de 19 años fue la más joven del grupo, vivía con sus padres, había dejado los estudios universitarios y se encontraba buscando trabajo.

Las mujeres se definieron en primer lugar y en la mayoría de los casos, como “amas de casa”. Luego agregaron la conjunción “y” para comentar “lo demás”, que refería en general a empleos en el mercado informal, tipo “changas” como empleadas de limpieza en casas particulares, el cuidado de niños, personas mayores, arreglos de costura, ventas

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

informales. Las “changas” correspondieron a empleos ocasionales, no comprendidas bajo ningún régimen de seguridad social. Franca, de 49 años, fue la única de las mujeres entrevistadas con empleo registrado, como cocinera en una escuela de doble jornada.

En cuanto al tipo de familias: 5 son Nucleares, 5 Ensambladas, 1 Extendida, y 3 Monoparentales (2 de ellas por Separación). De las mencionadas familias, 7 de ellas tienen 2 hijos, una de ellas tiene 1 (Florencia, 35 años) y como máximo una de las mujeres (Laura, 42 años) tiene 7 hijos y tres nietos a cargo; en el medio: una con 3, una con 4 y una de las usuarias con 5 hijos. Susana (46 años) está al cuidado permanente de su hermano de 35 años con discapacidad severa.

En cuanto a los estudios formales alcanzados, observamos una mayor proporción de secundario incompleto (no obtuvimos información para tres de ellas). Sandra (47 años) posee título terciario completo (magisterio) pero no ejerce la docencia mientras que Clara (59 años) realizó estudios terciarios (incompletos) en la Escuela de Teatro. Yasmín, la más joven del grupo (19 años) abandonó en el año 2018 el Profesorado en Historia por sentirse “abrumada” por la Universidad. Florencia fue la única de las usuarias entrevistadas que al momento de la entrevista se encontraba cursando el nivel terciario (Profesorado en Historia).

En referencia a los cursos de capacitación en el sistema informal, dos de las mujeres entrevistadas comentaron estar realizando cursos de formación: Violeta (34 años) estudiaba peluquería (segundo año, con importante carga horaria) y Mariana (38 años) asistía a un curso de costura, además de participar en un micro-emprendimiento municipal con otras mujeres.

Las ocupaciones de las parejas refirieron a oficios: albañil, marmolero, camionero, chapista, trabajador en una imprenta, mecánico en un taller de autos, contratista albañil, empleado en una empresa de gas y empleado en un frigorífico; una de las parejas pertenecía a la Armada, no pudiéndose obtener mayor precisiones.

Capítulo 2. El concepto de salud/salud mental

2.1 Usuaris y Salud Mental

Este apartado trata especialmente sobre el concepto de Salud y Salud Mental de las usuarias entrevistadas. Resulta pertinente señalar que la pregunta referida al tema (“¿Qué es para vos la salud?”) estaba ubicada prácticamente al principio de la *Guía de Preguntas*, a poco de comenzar el diálogo entre el investigador y la entrevistada. Las usuarias respondían con poca profundidad, con frases hechas, incompletas y las respuestas resultaron pobres. A modo de ejemplo mencionamos a Florencia (35 años):

¿Qué es la salud, como definirla? No sabría, no. Como la estabilidad, un equilibrio. Porque la salud es como amplio, en lo físico o en lo psicológico...

La pregunta fue reformulada en forma más amplia: “¿Qué es para vos la salud, o la salud mental?”, e incorporada al cierre de la entrevista. Entendemos que esta forma y disposición favoreció el desarrollo de respuestas con mayor profundidad y altamente personales.

Más allá de algunas propuestas ancladas en el sentido común, las entrevistadas armaron sus propias definiciones de salud y resaltaron su importancia, lo fundamental de “la cabeza”. Mariana por ejemplo consideró a la salud mental como el estado que permite sentirse bien con el cuerpo, mientras que para Victoria representó el eje que posibilitó resolver y conllevar los problemas de la vida:

Uno cuando está bien de la mente, eh... te sentís bien en el cuerpo, hacés cosas que por ahí qué se yo, no podés caminar mucho, pero vas a ir despacito y vas a llegar (Mariana, 38 años).

Creo que es el eje para poder dominar o... no quiero hablar de un control porque sueno como que vuelvo al TOC, ¿no? ...Ehhhh, pero sí poder manejar y poder sobrellevar, digamos, el resto de los problemas. Porque incluso mucho de los otros problemas

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

surgen a través o en consecuencia de los problemas mentales o emocionales, que no tenemos registro (Victoria, 30 años).

La salud o la salud mental se pudieron pensar como una *aspiración* de aquello que se carece, de algo que no se tiene; o se ha perdido y se quiere recuperar. Esa aspiración puede tomar la forma de un “equilibrio”, de la liberación de angustias cotidianas persistentes, de estar “entera”, de poder decir aquello que se quiere decir sin herir a los demás:

Para mí la salud mental es tratar de conseguir un equilibrio psicológico básicamente; poder resolver los problemas de una manera en que uno no sea muy extremista; me hago mucha mala sangre o trato de equilibrar. La cabeza es fundamental. Ya venir acá para mí es muy importante (Florencia, 35 años).

Yo quiero estar entera, quiero estar completa. Como que me pasaron un montón de cosas a mí, yo creo que yo tendría que haber hecho terapia también cuando... (Soledad, 33 años).

Yo pienso que es hablar mucho. Hablar, hablar mucho con personas, no... no tragarte las cosas. (Mariana, 38 años)

El papel de *cuidadora* determinó varias de las respuestas: se espera estar bien para poder cuidar a los hijos:

Porque quiero estar entera para mis hijos, no quiero sentirme... que estoy pero no estoy, porque me siento angustiada, porque me encierro, porque lloro, porqueee... eh... Lloro de la nada y me encierro y no... y como que no les quiero hacer mal entonces me encierro y me quedo acostadaaaaaa, lloro, yo sé que les hago peor si ellos me ven así... (Soledad, 33 años).

Y... para... para seguir continuando, no sé, ayudar a mis hijos cómo seguir en la vida. Para uno mismo. Para continuar (Natalia, 32 años).

Laura (42 años) enlazó el concepto con la posibilidad de quererse y saber pedir ayuda para apoyarse y no caer:

Y yo creo que es algo que... es como que vos te vas cayendo adentro de un tarro, pero vos sabés que podés pedir ayuda, por lo menos para que te abran, te abran viste... Si vos dejás, si vos no te querés un poquito y te dejás caer, caer, caer, te vas a hundir... y no vas... pero si vos empezás a saber que tenés una mano que te puede ayudar, otra mano, ir agarrándote y apoyándote de donde... para no caer...

Por su parte Adriana (33 años) lo asoció a un estado interior de tranquilidad y satisfacción con la propia vida:

Para mí la salud... y ehh...., no sé, es algo importante eh... el hecho de estar bien eh, estar sano... estar tranquilo, estar... cómodo con la vida que tenemos.

Para dos de las usuarias la Salud/Salud Mental se relacionó con recuperar lo perdido:

Y si, no, a mi estar psicológicamente bien es algo, qué se yo, lo principal de uno, que la cabeza te maneja todo eh...., que ahora yo voy recuperando en estos momentos lo que, había cosas que se me olvidaban... Y ahora no... Y antes yo no era así... Pero es muy importante... (Susana, 46 años).

Para mí, es volver a ser como era antes... Para mí. Y yo... es mi objetivo.... Yo hasta que no vea que era como era antes... Yo era muy frontal ¿A mí no me gustaba algo? No, mirá, así no, no me gusta. Y ahora no, tengo miedo que se enojen conmigo, de que no me hablen... (Ana, 45 años).

En relación con el concepto de la *vida* como *espacio de luchas*, como batalla contra adversidades continuas, el concepto de salud se esbozó como la constante resolución de problemas que implicaron esfuerzos:

...en la vida siempre va a haber problema, viste. Es como que en el camino, no, no tenemos un camino perfecto, la vida hay que ir rompiendo roquitas, roquitas, roquitas... porque esa es la vida, ir rompiendo... (Laura, 42 años).

2.2 Discusión. El concepto de Salud y Salud Mental

No obstante las diferentes perspectivas, destacamos que las entrevistadas armaron sus propias definiciones de salud (ancladas a sus biografías particulares, introspectivas, reflexivas) y resaltaron su importancia, lo fundamental de “la cabeza” o de la salud mental como “eje” personal.

Con relación a la propia persona, las respuestas resaltaron la consideración de la salud mental más como *aspiración* de aquello que se carece que como *estado* actual ; anhelo futuro o intento de recuperar un pasado que ya no se tiene y que se requiere recobrar. Es interesante subrayar la impronta de *proceso* de la salud mental, de movimiento, de fuente motivacional orientador de la propia existencia.

Esa aspiración fue entendida como un “equilibrio”, un estado interior de tranquilidad y satisfacción con la propia vida, como liberación de angustias cotidianas persistentes, o posibilidad de expresión de lo que se siente (cuidando de no herir a los demás). Pudo ser puesta directamente en el cuerpo, identificada con el “sentirse bien” y el estar “entera”. O asociar la salud mental con el amor a sí mismas, a la posibilidad de quererse reconociendo los propios límites, contando con otros y a la vez, sabiendo pedir ayuda cuando se necesite.

Este anhelo de sentirse bien se vinculó en varias de las respuestas al *rol de cuidadoras* de las propias mujeres. La salud mental representó así un *bien para otros*: se espera estar bien para poder cuidar a los hijos.

Finalmente señalamos, en varias de las entrevistadas, la identificación del transcurso de la vida con un espacio de “luchas”, como “batalla” contra adversidades continuas. Así el concepto de salud se esbozó en forma amplia como la constante resolución de problemas que implicaron esfuerzo, como un camino laborioso frente a las adversidades cotidianas que nunca cesan.

Capítulo 3. Accesibilidad

La Accesibilidad como constructo teórico ha estado ligada mayormente a la consideración de la oferta de los servicios de salud; es decir, circunscripto al problema de los oferentes y al análisis de las barreras para la atención (geográficas, económicas, administrativas y culturales entre otras). Sin embargo: “El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad” (Comes et al, 2006).

Adherimos a esta perspectiva que entiende a la Accesibilidad desde una posición relacional, como un “encuentro/desencuentro” entre la oferta y las representaciones, saberes y prácticas de la comunidad, “como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Comes et. al, 2006).

Entendemos que este abordaje permite ampliar la consideración de las *barreras* en tanto criterios estáticos y homogéneos, dinamizando la comprensión de los vínculos oferta-usuarias al interior del campo de estudio, y visibilizando sus particularidades en la consideración de las *estrategias* de los agentes implicados (usuarios, profesionales, instituciones).

La conjunción entre los objetivos de la Guía de Entrevista que guiaron el espacio de encuentro en el campo con las usuarias, las características de las entrevistas semi-estructuradas, los relatos idiosincrásicos de las mujeres así como el clima emocional gestado en el desarrollo de la misma, permitieron obtener información relevante sobre las siguientes subcategorías:

- . Barreras geográficas. Distancia a la Unidad Sanitaria. Acceso a la Consulta
- . Barreras relativas al no cumplimiento de las expectativas del encuentro profesional-usuaria
- . Barreras organizacionales. El tema edilicio
- . Estrategias de atención de profesionales, usuarias o representantes de instituciones
- . El sistema público como garante de la atención de la salud. La oferta de servicios

Desarrollamos seguidamente cada uno de dichas subcategorías de análisis con el

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

acompañamiento de viñetas de las entrevistas ilustrativas de los aspectos en cuestión. La discusión se presenta al final de dicho tratamiento.

3.1 Barreras geográficas. Distancia a la Unidad Sanitaria. Acceso a la Consulta

La estrategia de Atención Primaria de la Salud a la que adhiere el Sistema de la Salud de la ciudad conlleva la organización territorial de la atención de la salud pública. Dicho objetivo se operacionaliza a través de la disposición espacial y estratégica de las Unidades Sanitarias, con un radio delimitado de atención, y una población potencialmente a cargo definida por su cercanía al efector de salud.

La mayor parte de las entrevistadas posee domicilio en un radio próximo al centro de salud; cuatro de ellas hicieron mención explícita a la cercanía como uno de los factores que determinaron su aproximación a la Unidad Sanitaria:

Como me quedaba cómodo... (Florencia, 35 años).

(La entrevistada responde a la pregunta de por qué se acercó a la Unidad Sanitaria)
...está a ocho cuadras (Yasmín, 19 años).

Si bien la proximidad al centro de salud se percibió como un facilitador del acceso a los servicios de salud, no implicó necesariamente garantía de atención para las usuarias. Ante todo porque no se dispone de oferta de atención psicológica en todas las Unidades Sanitarias. Por otro lado la importante demanda de atención en algunas de ellas genera restricciones en el acceso y el incremento del tiempo entre las consultas.²⁰

Finalmente y tal como venimos señalando, la oferta de servicios no garantiza *per se* la concreción o la continuidad de las consultas. La insatisfacción de las expectativas de las usuarias respecto de lo que imaginan como atención psicológica adecuada provocó desplazamientos hacia otras unidades sanitarias. Así Florencia (35 años) se acercó a la Unidad Sanitaria por la oferta de prestación psicológica; sin embargo Adriana (33 años) prefirió

20 No obstante debemos señalar que no se verifica para todas las Unidades Sanitarias el acceso como barrera. Las diferencias observadas y sus dinámicos particulares exceden el marco del presente estudio.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

trasladarse hasta otro centro de salud más lejano a su domicilio dada la disconformidad con la atención psicológica recibida en el centro de salud cercano:

Vine porque había psicólogo... (Florencia, 35 años).

Y yo teniendo una salita médica a una cuadra de mi casa... Estos psicólogos no saben tratar a las personas... (Adriana, 33 años).

...arrancaba todos los días a recorrer...Calculá que me fui a S...y a V... a buscar psicóloga y no podía conseguir... [en búsqueda de psicólogo para su hijo]
(Adriana, 33 años).

Los factores mencionados marcaron los ejes ordenadores o de mayor jerarquía en la comprensión del aspecto de la oferta en tanto *atención territorializada*: presencia de recursos de salud oportunos y un encuentro profesional-terapeuta acorde mayormente a las expectativas de tratamiento. Dichos factores parecieron tener más peso en la determinación de la Accesibilidad que el conocimiento previo del profesional en sí, siempre en referencia a la primera vez que las usuarias se acercaron a la Unidad Sanitaria para su atención psicológica²¹.

Otros aspectos referidos a la atención destacaron el carácter fortuito del encuentro: Yasmín (19 años) mencionó que se enteró de la atención psicológica “por casualidad”. Florencia (35 años) por su parte expresó: “...me dijeron que venga y preguntara...”. Sandra (47 años) eligió atenderse por cercanía y porque le gustaron las nuevas instalaciones del Centro de Salud. Franca (49 años) se acercó a la Unidad Sanitaria porque sus compañeras de trabajo referenciaron como muy buena profesional a la psicóloga del lugar. También se subrayó la transferencia positiva hacia el Centro de Salud donde ya se atienden las usuarias, valorando la atención en forma global que reciben por otras prácticas: “...no queda cerca, pero bueno, tienen buena atención...” comentó Soledad (33 años) que vivía a 20 cuadras de distancia.

²¹ La aclaración respecto de la primera vez en la consulta psicológica resulta pertinente en tanto todas las usuarias entrevistadas manifestaron un vínculo de calidad con las terapeutas actuales, a las que vuelven a recurrir en tanto se les presenten problemáticas que ocasionen sufrimiento psíquico y que superen su posibilidad de resolución.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Por otra parte la atención psicológica en algunos casos no se presentó como opción voluntaria de tratamiento, sino como una derivación de la escuela o el jardín de los hijos, vivida como más o menos impuesta (Violeta, Natalia, Adriana).

Vemos así que el carácter del acercamiento concreto para la atención psicológica manifestó gran heterogeneidad en su presentación. Sin embargo, y tal como expusimos precedentemente, entendemos que las razones o motivos esgrimidos quedaron subordinados a la presencia de la psicóloga/o en la Unidad Sanitaria (y la posibilidad de un “turno” cercano), y el cumplimiento de ciertas expectativas del encuentro con el profesional.

A nivel del lenguaje las dificultades en el acceso y a la consulta oportuna (en cuanto a satisfacción de las expectativas) quedaron graficadas por la utilización de los verbos “buscar”, “intentar”, “probar”. Varias de las entrevistadas no mencionaron que fueron a “sacar” un turno, sino a “buscar” un psicólogo:

¡Pero igual yo no me sentía bien con la situación! Entonces busqué...[consultar a una psicóloga] (Ana, 45 años)

Yo había intentado ir antes al psicólogo.²² (Adriana, 33 años)

Una sola de las usuarias manifestó expresamente que fue a “sacar turno” a la Unidad Sanitaria cercana, como un proceso cotidiano y sin mayores inconvenientes más que la observancia de la organización administrativa del centro de salud.

3.2. Barreras relativas al no cumplimiento de las expectativas del encuentro profesional-usuaria

La observación y las conversaciones con las psicólogas de los efectores de salud permitieron dar cuenta de una demanda numerosa y específica de atención individual por parte de las usuarias. En este punto la consulta espontánea por atención psicológica encontró

²² No desconocemos los *aspectos resistenciales* que pueden operar en forma compleja en este caso y que no forman parte de la presente investigación. Resaltamos o subrayamos aquí el aspecto de *la representación social del psicólogo y lo que se espera encontrar en la atención*.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

para las usuarias un nuevo obstáculo en los aspectos organizacionales del centro de salud -que trataremos en el apartado siguiente-, así como en los primeros contactos con el profesional. Estos aspectos se expresaron como quejas recurrentes de las usuarias orientadas a las psicólogas/os, que impidieron la consulta o el abandono casi inmediato por cuestiones relacionadas con diferentes aspectos:

. El trato:

...no saben tratar a las personas... (Ana, 45 años).

. La falta de respuesta acordada:

No me llamó nunca más (Adriana, 33 años).

. La manera de visualizar el motivo de consulta:

...no le dio mucha importancia...(Laura, 42 años).

. El tipo de relación recíproca esperado:

...la chabona, la que me atendió no... me dio mucha confianza... (Yasmín, 19 años);

...no había mucha química... (Ana, 45 años).

. La discontinuidad del proceso terapéutico:

...la psicóloga me abandonó... (...) me cansé, no fui más [con referencia a las postergaciones consecutivas de las entrevistas por jornadas y encuentros para capacitación de la psicóloga] (Florencia, 35 años) .

Por otro lado, el tema del “paro” como obstáculo que produjo el abandono del tratamiento fue mencionado por una paciente a propósito de uno de los hospitales de la ciudad:

Cuando tenía turno hubo paro, tenían que reprogramar el turno y después que lo reprogramé y otra vez hubo paro. Me cansé y no fui más (Soledad, 33 años).

. La forma de entender el dispositivo terapéutico:

no la había entendido tampoco a la terapia (...)...fui pero no sé... (Florencia, 35 años).

3.3 Barreras organizacionales. El tema edilicio

Las Unidades Sanitarias funcionan preferentemente en horario matutino; la mayor parte de ellas de 8 horas a 14 horas. Otras, por su mayor infraestructura y personal, extienden su horario hasta las 18 horas. Los turnos para la atención médica se entregan a primera hora de la mañana, en general, en forma programada. Las psicólogas y psicólogos consultados mostraron diferentes formas de organización de los turnos: listas de espera; horarios de consulta de primera vez donde a partir de una primer escucha y del grado de urgencia se otorga un turno más o menos cercano; turnos programados cercanos; o un día a la semana fijo para realización de una primer entrevista o consultas espontáneas. Dichas formas de organización son administradas directamente por la psicóloga/o o por medio de personal administrativo.

La mayoría de los profesionales se desempeña en horarios de la mañana. Si bien extienden certificados -cuando éstos son requeridos- dando cuenta de la asistencia de las usuarias a la consulta, esta disposición organizativa de la atención dificulta la continuidad del tratamiento o interfiere en el cumplimiento de tareas laborales o escolares:

No puedo faltar o llegar tarde todas las semanas... (Ana, 45 años)

El tiempo de espera hasta la atención, como fue observado en una parte importante de las Unidades Sanitarias consultadas, representó un obstáculo de importancia y motivo de desplazamientos de las usuarias por diferentes efectores para conseguir ser atendidas:

...Usted se tiene que anotar...como un año le va a llevar... [Que la llamen para atenderse con la psicóloga] (Clara, 59 años.)

Llamó la atención cierto lenguaje interno de los centros de salud, propio de las y los profesionales, respecto de varias de las cuestiones organizacionales, pero también sobre la oferta de servicios, los horarios para ciertas prácticas y un sinnúmero de aspectos que hacen a la rutina de trabajo del Equipo de Salud. Se espera así la observancia y el cumplimiento de estas pautas por parte de la comunidad, naturalizando su funcionamiento y suponiendo el conocimiento por parte de las usuarias/os de esta “cultura organizacional”.

La infraestructura edilicia resultó ser, en general, adecuada; con diferencias significativas en el tipo de construcción (unidades sanitarias con muchos años de construidas frente a centros de salud recientes y espaciosos como 9 de Noviembre y Norte). Los consultorios de psicología se comparten la mayor parte de las veces con otras especialidades de manera tal que el tipo y disposición del mobiliario se presentan preparados a tal fin: escritorio, dos sillas enfrentadas, camilla, balanza, muebles con medicamentos. Los lugares permanecen limpios y ordenados.

La proximidad de otros consultorios donde se atiende en forma simultánea otro tipo de especialidades y la presencia de personas en los pasillos o salas de espera puede llegar a interferir en el desarrollo de las entrevistas, con cierta invasión de conversaciones y ruidos desde el exterior, y el cuidado de no levantar la voz para que no se escuche desde afuera.

En una de las Unidades Sanitarias la psicóloga no disponía de lugar para consultas en ese momento por falta de consultorios y la priorización de otras especialidades para la atención.

No obstante y como ya fue expresado, el solicitar un turno y ser atendido en forma programada y a corto plazo se verificó en algunas Unidades Sanitarias, o no fue un tema especial en el discurso de una parte de las entrevistadas.

3.4. Estrategias de atención de profesionales, usuarios e instituciones

Con el término *estrategias* retomamos la concepción de Bourdieu, en tanto nexos entre el *habitus* y *el campo* y expresión de *un sentido práctico* que se traduce en formas de hacer, en este caso, prácticas más o menos conscientes por parte de profesionales psicólogas, usuarias entrevistadas e instituciones del sector.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

La *estrategia* como producto del *sentido práctico* supone un cúmulo de aprendizajes sociales a la vez que la invención permanente de prácticas para adaptarse a situaciones nuevas y variadas (Bourdieu, 1997,1998, 2007, 2011).

Las anteriores descripciones relativas a la cuestión del acceso a la atención psicológica, dieron cuenta de distintas situaciones donde las usuarias manifestaron sus malestares disruptivamente, sensibilizando a las profesionales enfermeras, médicos, empleados administrativos u otras/os usuarios en la sala de espera respecto de su problemática particular. Estos malestares se exteriorizaron en forma de llantos, lamentos repetidos, exposición pública de sus padecimientos, elevación del tono de voz, reproches al personal, narraciones extensas de sus conflictos y problemas actuales al personal de enfermería, entre otros²³.

Entendemos que ello no supone ninguna intencionalidad más o menos consciente en el sentido de finalidad objetiva de la práctica, sino la creación a veces desesperada y más o menos inconsciente de formas de interpelación al otro solicitando *ayuda*. La historia de sus malestares, la descripción de su padecimiento actual y el afecto desbordante con el que se acompañan, se transforman para los interlocutores en un factor de presión que, si bien no pueden resolver directamente, inducen a la apertura de conversaciones informales con el psicólogo por fuera de los circuitos organizativos formales de ingreso, en un intento de dar solución al pedido (que ahora las angustia a ellas):

Yo sé que tenés muchos turnos pero la vi tan mal a la señora que le pregunté y anoté el teléfono... (De la empleada administrativa a cargo de la ventanilla en la Unidad Sanitaria a la psicóloga cuando ésta se acerca en un descanso).

Estas mismas situaciones suelen repetirse en el ingreso del profesional a la Unidad Sanitaria, cuando atraviesa la sala de espera, si ocasionalmente sale o queda a la vista de los y las personas que concurre a la Unidad Sanitaria. De esta manera, la exposición pública del sufrimiento de las usuarias (en forma personal o por intermedio de otros profesionales del centro de salud) así como la insistencia en la solicitud de atención suelen conseguir por vía

23 Consideramos sin embargo que dichas estrategias se encuentran presentes, en mayor o menor grado, en el acceso a todas las prestaciones del Centro de Salud cuando se encuentran -desde el punto de vista de las usuarias- obstáculos para la atención oportuna, no solamente para el caso de la consulta psicológica.

indirecta el turno para ser atendidas en forma más o menos cercana:

... y un día me la crucé a [nombre de la psicóloga] en el pasillo y le conté así nomás, pero yo no podía ni hablar; se vio que me vio tan mal así que empecé a venir (Florencia, 35 años)

...yo estaba tan mal lloro todas las veces que voy ahí...todo que siempre me animan las chicas son muy buenas y...me dicen... [Las enfermeras que le toman la presión y le hacen las curaciones]...Entonces yo le digo “Ay si la verdad tendría que tratar de buscar una psicóloga si no fuera tan difícil conseguir turnos acá... (Clara, 59 años).

Asimismo las usuarias suelen valerse de las llamadas telefónicas o contactos previos de instituciones del sector (Jardín, Escuela, Patronato de Liberados, Hogar de acogida, entre otros) con la psicóloga del centro de salud, como una carta de presentación personal y respaldo de su demanda, generalmente acompañadas de una solicitud en papel que se presenta (a la profesional, al personal administrativo de la mesa de entradas) como un documento precioso.

Por otro lado, la historia de los intercambios previos personales, familiares y de amigos con el sistema de salud y sus particularidades, va tejiendo *saberes* acerca del acceso: los obstáculos y los facilitadores se divulgan de boca en boca y se tornan en herramientas poderosas a la hora de conseguir un turno o lograr calidad de atención. Van constituyendo así verdaderos *manuals procedimentales de transmisión oral* al servicio de las estrategias de preservación y atención de la salud. Los tópicos son variados y versan sobre diferentes aspectos del acceso y la atención, por ejemplo: a qué hora ir a determinada “salita” para conseguir turnos; en qué horarios por fuera de los establecidos se puede igualmente garantizar la atención y en dónde; cuáles son los profesionales con los cuales se puede obtener una derivación al segundo nivel de atención (acceso a especialistas); qué trabajador social es más proclive a iniciar pedidos de ayuda económica; qué enfermera puede escuchar los malestares cuando no hay médico o la psicóloga de la Unidad Sanitaria; quién de ellas tiene “mejor mano” para poner las vacunas; o no molestarse ante la solicitud de “tomar la presión” ; a quién consultar si no se entiende una receta médica, entre otras situaciones a resolver por las

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

usuarias.

En referencia a las *estrategias de los representantes institucionales* (Jardines, Escuelas, Patronato de Liberados, Sociedades de Fomento, entre otras) pudimos observar cómo las profesionales de las distintas instituciones u ONGs del sector (Guarderías, Jardines, Escuelas, Centros Comunitarios, Patronato de Liberados entre otros) se sirven de contactos devenidos de toda una historia de intercambios compartidos en distintos espacios con los profesionales de las unidades sanitarias, como aquel capital social que les permite, también a ellas, exponer las problemáticas del “caso” y la solicitud de un turno de atención:

Si tenés un *lugarcito...* (Orientadora Educacional de una escuela del sector en un encuentro de trabajo para la preparación de una intervención de promoción de la salud)

Cuando tengas un *turnito...* (Orientadora Educacional de un Jardín del sector a la psicóloga por WhatsApp).

Como ya indicamos, las psicólogas y los psicólogos organizan la atención a través de dispositivos que varían de profesional a profesional, y de una unidad sanitaria a otra. Son pocos los lugares donde la atención se resuelve en el corto plazo; además también debe considerarse la frecuencia de la atención que tiende a espaciarse en virtud de la alta demanda de atención individual.

En este escenario, las quejas de las usuarias dan cuenta de la ineficiencia de ciertos dispositivos de admisión o su franca inoperancia para garantizar la continuidad de los tratamientos. Entre ellos las denominadas *listas de espera* para el ingreso, o la admisión a tres o cuatro entrevistas y el compromiso de llamar próximamente para acordar nuevo turno, que luego no se cumplen. A manera de hipótesis podríamos suponer que la persistencia de tales *soluciones* insatisfactorias a las demandas implican a su vez *estrategias de los profesionales* (inconscientes en este caso) para preservar su salud (mental). De la misma forma podrían interpretarse las licencias reiteradas para participar en congresos, jornadas o capacitaciones por parte de algunos profesionales, el pedido de horas personales o sus licencias repetidas por diversos motivos.

3.5 El sistema público como garante de la atención de la salud. La oferta de servicios

¿Quiénes son los usuarias y usuarias de las Unidades Sanitarias? En virtud del análisis de documentos, de las entrevistas realizadas a usuarias y conversaciones informales con agentes del sistema de salud, podemos observar que las Unidades Sanitarias no sólo reciben demandas de atención de personas pertenecientes a sectores sociales desfavorecidos, con trabajos de tipo informal o “en negro” (sin aportes patronales para los servicios de seguridad social), con ingresos económicos insuficientes para atenderse en el sistema de salud privado, sino también de aquellas personas que, aun contando con Obra Social, no resultan beneficiarias de servicios de calidad o que se muestran ineficientes, exiguos y/u onerosos para sus posibilidades.

Cuatro de las mujeres entrevistadas poseían Obra Social. Sin embargo, las admisiones para su atención en ese sistema presentaron importantes demoras y listas de espera, tanto en los consultorios externos como en los servicios de guardia. O mostraron una oferta restringida a pocos profesionales que no respondieron a las expectativas de las usuarias. Las consultas y las prestaciones implicaron erogaciones o un *plus* importante de dinero, aparte de los descuentos prefijados en los recibos de sueldo (de sus parejas en dos de los casos, de su ex-pareja en otro).

Florencia (35 años) destacó la gratuidad y la calidad de los servicios en el PNAS y expresó que su participación en la presente investigación era una forma de devolución al sistema por lo que entiende recibe de él. Había iniciado tratamiento previo pero no pudo darle continuidad por motivos económicos.

Una modalidad intermedia de atención está conformada por la atención en Unidades Sanitarias con psicólogas/psicólogos *particulares*, generalmente cuando se comparte el edificio con las Sociedades de Fomento y a contraturno de la oferta de servicios municipal y gratuito. El profesional acuerda la entrega de un porcentaje del costo de la consulta a dicha Sociedad de Fomento y dispone del lugar para la atención, generalmente con honorarios reducidos en virtud de la población de referencia. No sólo profesionales psicólogos brindan de esta manera sus servicios, también podemos encontrar psicopedagogas, u otros profesionales

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

con convenios específicos (PAMI, por ejemplo). También es el caso de usuarias como Laura (42 años) que se atiende por el sistema público, pero compra los medicamentos por intermedio de sus obra social.

3.6 Discusión

Las Unidades Sanitarias de la ciudad se organizan espacialmente para la atención adecuada de las demandas de salud de la comunidad, con una población potencialmente a cargo circunscripta por su cercanía geográfica al centro de salud. Esta disposición de la atención es explícitamente puesta en acto por cada Equipo de Salud de las Unidades Sanitarias; se admite la atención de usuarias y usuarios de otras Áreas sólo en calidad de excepción. Así pudimos observar que la mayor parte de las entrevistadas se encuentra dentro del radio de atención de la Unidad Sanitaria más cercano a su domicilio.

La atención territorializada sin embargo no cuenta en todos los efectores con atención psicológica o, para algunas de ellas, se verifican importantes demoras en virtud de una sobrecarga de las demandas de atención que no pueden ser satisfechas por el profesional actuante.

Por otra parte observamos claramente en este punto la consideración de la Accesibilidad en tanto *relación usuaria/servicios* más que como *oferta de servicios*; en muchos de los casos la cercanía no garantizó necesariamente el tratamiento de las usuarias. Allí se pusieron en juego sus representaciones respecto del encuentro con el terapeuta; la insatisfacción de ese balance provocó en algunos de los casos el abandono del tratamiento y/o la búsqueda de atención en otro centro de salud.

El carácter concreto del acercamiento adquirió por su parte formas heterogéneas: la naturaleza fortuita o casual del encuentro con el terapeuta del centro de salud; la condición de la propia consulta -espontánea o por derivación de instituciones escolares-; las recomendaciones o los comentarios de amigos o compañeros de la psicóloga o psicólogo del Centro de salud; la atención de calidad que las usuarias recibieron por otras prácticas en dicho efector. El eje sin embargo se articuló alrededor de la oferta oportuna del servicio (donde jugó un papel la distancia al centro de salud) así como por las expectativas satisfechas.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Acerca de este último punto, pudimos observar cómo se pusieron en juego las representaciones sociales de las usuarias respecto de la consulta y del encuentro con la psicóloga/o en sus búsquedas de salud. Adherimos al concepto de representación social de Jodelet (1986), en tanto remite a “...una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común... [las representaciones sociales] constituyen modalidades de pensamiento práctico...” (Jodelet, 1986, p. 473). Según la autora, implican siempre la representación de un sujeto en relación con otro sujeto y en nuestro caso, de las usuarias entrevistadas respecto de los profesionales y la consulta psicológica. La inadecuación entre lo supuesto y lo encontrado refirió a variados temas: específicamente centrados en la falta de empatía, el trato esperado, la no respuesta en tiempo y forma acordados, las interrupciones, la discordancia en la importancia de la problemática de la consulta y el carácter de extrañamiento del dispositivo terapéutico.

A propósito de este tema es interesante observar cómo el Acceso de las usuarias al sistema de salud implicó el *acceso a un campo específico o subsector del campo* (Salud mental en Unidades Sanitarias). Su ingreso tensiona con ciertas reglas más o menos explícitas *-reglas de ingreso al campo-* de las cuales la *comprensión del dispositivo* se torna necesaria para adscribir al *interés* del campo en cuestión, promoviendo su entrada y sosteniendo su permanencia.

Por su parte las barreras organizacionales en el acceso al PNASM se relacionaron mayormente con los horarios de atención profesional preferentemente matutinos, el tiempo de espera hasta el primer turno asignado, y las modalidades de admisión implementadas por los psicólogos/os para la consulta. Pudo observarse que el Equipo de Salud espera determinado conocimiento procedimental por parte de las usuarias, de la modalidad de articulación de la atención o de la clase y formas de la oferta de servicios, que podríamos denominar “cultura organizacional”. Dicha “cultura” no sólo naturaliza rutinas y procedimientos de atención y prácticas, sino que se expresa en cierta intolerancia del equipo de salud frente a su incumplimiento, producto de la distancia entre la “usuaria real” y la “usuaria esperada”

La infraestructura edilicia, si bien presentó variaciones significativas, resultó ser adecuada aunque orientada mayormente para la atención médica en su disposición, mobiliario e instrumental.

Para analizar las particularidades de las prácticas de usuarias, psicólogas/os e

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

instituciones en su relación con la Accesibilidad, recurrimos al concepto de *estrategias*. Retomamos en este punto a Bourdieu, para quien las *estrategias* refieren a formas de hacer más o menos conscientes, producto de un *sentido práctico* que supone aprendizajes sociales a la vez que invenciones constantes frente a circunstancias novedosas (Bourdieu, 1997, 1998, 2007, 2011).

Las *estrategias de las usuarias* para el acceso a la atención supusieron en varios de los casos la exposición de su sufrimiento y la descripción de sus padecimientos actuales frente los agentes de salud (profesionales enfermeros, médicos, empleados administrativos) u otros usuarias y usuarias, y se constituyeron de este modo en fuertes interpelaciones de *ayuda*. Indujeron de esta manera ciertos movimientos por fuera de los círculos establecidos de admisión para insistir sobre un turno particular, como forma de resolución de la solicitud urgente de atención. Las derivaciones o notas de otros profesionales y/o de otras instituciones, fueron esgrimidos por las usuarias como documentos preciosos o cartas de presentación en respaldo de su demanda de turnos. Por otra parte, observamos que los aprendizajes previos personales o de familiares u otros contactos de las usuarias, fueron configurando *saberes* específicos respecto del acceso a la atención, información valiosa acerca de turnos disponibles, cronogramas de atención, “buenos” profesionales, consultas por fuera del horario, que se constituyeron en verdaderos *manuales procedimentales* de conocimientos de transmisión oral.

Las *estrategias de los representantes institucionales* de Jardines, Escuelas, Patronato de Liberados, Centros de Acogida, entre otros, se valieron en muchos casos de la relación previa con la psicóloga -devenida de una historia compartida de intercambios en espacios comunes de formación o trabajo- como el capital social que facilitó la presentación del “caso” particular y la solicitud de atención más o menos urgente.

Finalmente, pudimos hipotetizar la presencia de *estrategias de las y las psicólogas* como formas de preservación de su salud mental, detrás del sostenimiento de dispositivos francamente insatisfactorias para la admisión, en tanto recursos al fin para hacer frente a la demanda excesiva de atención. En el mismo sentido podrían interpretarse las licencias reiteradas para participar en actividades de formación intra o extralaboral por parte de algunos profesionales, sus ausencias repetidas por diversos motivos, o la suspensión de actividades por reuniones de distinto tipo.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Es de destacar que las Unidades Sanitarias acogen para su atención no sólo a aquellas personas que no se encuentran comprendidas en los regímenes de seguridad social, o con capital económico insuficiente para acceder al sistema de salud privado, sino que también brinda prestaciones a aquellas personas con Obras Sociales que no cuentan con servicios de psicología, o que implican regímenes de reintegros, o el cobro de un plus en la consulta que no pueden ser absorbidos por las usuarias/os. La escasa oferta de profesionales por otro lado agregado a demoras importantes en la admisión, sumaron en las decisiones de las usuarias de solicitar atención en el sistema público. Otras modalidades particulares de atención pudieron observarse en la consulta en Unidades Sanitarias -a contraturno del horario de atención del sector público- pero con profesionales privados que cobran el denominado arancel ético mínimo, así como la compra de medicamentos en forma particular o la realización de ciertas prácticas en el sistema privado, por ejemplo, la consulta psiquiátrica.

Las anteriores consideraciones enriquecieron las categorías con las que suele analizarse la atención en psicología: sistema público, sistema privado, sistema de la seguridad social; admitiendo otras combinaciones posibles y creando sistemas mixtos donde, mas allá de las dificultades y las demoras, el sistema público se presentó como garante de atención para las usuarias entrevistadas.

Capítulo 4. La consulta psicológica

En este apartado abordamos las percepciones de las usuarias respecto de la figura de la psicóloga/del psicólogo, sus modos de entender la relación y el espacio terapéutico, así como aquellas características o rasgos que, como cargas de anhelo²⁴, se pueden sintetizar en el concepto amplio de “ayuda”.

Entendemos que este capítulo puede considerarse como una ampliación del precedente en tanto desarrollo de la categoría “expectativas”, ya que observamos que el mayor o menor acercamiento de las representaciones en juego de las usuarias entrevistadas a la situación de consulta concreta, resultaron en el seguimiento o el abandono del tratamiento.

Las subcategorías no responden en general a tipos puros, y la inclusión de las citas relacionadas en uno u otro apartado resulta consistente con sus rasgos salientes; en otros casos podrían ser ubicadas en más de una subcategoría.

El presente apartado se organiza en tres divisiones, que intentan responder a través del análisis de las entrevistas, tres preguntas respecto de la consulta psicológica de las usuarias en el PNASM:

¿Cómo vivenciaron las usuarias la *relación terapéutica*? Aquí analizamos las distancias de la relación, su mayor o menor asimetría, la percepción de reciprocidad en el vínculo; su importancia y la carga de trabajo que genera.

¿Cuáles fueron las percepciones de las usuarias respecto del *espacio terapéutico*? En este punto incluimos la significaciones de dicho espacio: lugar donde “sacar”, lugar de necesidad, de “caída”, de prueba. Añadimos la distinción aclaratoria entre Motivo de Consulta manifiesto y latente y los relacionamos con el contenido de las entrevistas.

¿Cuáles fueron las características positivas y negativas de la psicóloga/el psicólogo señaladas por las usuarias? Analizamos si el conocimiento previo del profesional intervino como condicionante en la primera consulta; observamos los distintos *estilos* de intervención del terapeuta, su lugar de saber, o de aquel capaz de brindar “ayuda”.

²⁴ En el sentido de proyectos, deseos a propósito de los cuales no es esencial la referencia al inconsciente (Laplanche y Pontalis, 1996).

4.1 La relación terapéutica. Distancias percibidas. Ajuste. Importancia y Dificultades

La distancia percibida en la relación terapéutica

Las mujeres entrevistadas manifestaron variadas respuestas para caracterizar la relación terapéutica. Entendemos que el concepto de “distancia” permite referir a por lo menos una doble vertiente de significación de la relación : dar cuenta de un vínculo más o menos cercano afectivamente entre el terapeuta y las usuarias, así como expresar lo que cada uno “sabe” del otro en ese vínculo particular. Por ejemplo Victoria (30 años) singularizó la relación terapéutica desde el lugar de la completa opacidad de la figura de su terapeuta y la máxima transparencia de su propia historia de vida:

No sé nada y ella sabe todo (Victoria, 30 años, refiriéndose a su terapeuta).

Victoria describió a la psicóloga como “ente regulador” de sus estados internos destacando la importancia de su saber o “criterio”:

En realidad encontré en [nombre de la terapeuta] una persona donde yo no tengo la más mínima... el más mínimo contacto...de empatía. Encuentro el *criterio*.

La psicóloga –expresó Victoria- es como los “cuentos de Bucay”. Jorge Bucay (1949) es un médico, terapeuta gestáltico y escritor argentino que publicó algunas de sus obras en forma de cuentos cortos. Dichos relatos invitan a reflexionar sobre aspectos de la propia vida sin ofrecer al lector más sugerencias o interpretaciones que el contenido exclusivo del cuento.

Sin embargo, entendemos que esta oposición que realizó la usuaria no fue interpretado como falta de interés de la terapeuta por su situación. Al igual que para prácticamente todas las mujeres entrevistadas, Victoria supuso un compromiso central de la profesional con la resolución de sus problemáticas actuales, motivación que encontramos como uno de los motivos ejes del mantenimiento de todos los tratamientos:

Yo sé que ella está conmigo [...] para que yo resuelva mi situación, más allá de lo

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

que sea verdad o no.

La misma usuaria mencionó experiencias anteriores con otras psicólogas:

Yo he ido a otras psicólogas y una genera un vínculo con su psicóloga y genera, no es que uno va a ser amigo de su terapeuta, pero una confianza, una manera de hablar diferente.

Esta descripción de la relación terapéutica llevó a la usuaria a caracterizar con especial intuición a su terapeuta como “Pepe Grillo”:

Es como la conciencia, porque en realidad ella no está diciendo qué es lo que tengo... que lo que estoy haciendo está bien o mal, sino que me plantea diferentes circunstancias donde yo analizo qué es para mí lo que está bien o mal...

La relación con el terapeuta vista como relación de “encaje” o de “química”. La “confianza”

Este aspecto fue mencionado explícitamente por dos de las usuarias. Supone que la relación terapéutica será fructífera en la medida en que tanto la usuaria como la terapeuta puedan conformar un vínculo de mutua aceptación (consciente/inconsciente²⁵).

En Yasmín (19 años) se pudo observar este aspecto; su percepción subjetiva de la reciprocidad del vínculo en la relación terapéutica se expresó por la palabra “encaje”; la situación de terapia implicó para ella así una elección recíproca, dando cuenta de un aspecto novedoso de dicho encuentro:

...y como queee le tenía, o sea, le caí bien, y que se yo entonces bueno, me dijo que

25 Desde el campo del psicoanálisis, sin dejar de observar la probable presencia de factores resistenciales de la usuaria, podríamos hipotetizar que algún aspecto contratransferencial -no del todo analizado del terapeuta- se ha filtrado en la sesión, funcionando como obstáculo para la continuidad del tratamiento en tanto percibido por la propia usuaria.

vaya...

...fui y una vez y no quise ir más porque, o sea a veces pasa, que vas a una psicóloga y no, no, no, no, no sé, no encajás bien y no querés ir más, te sentís incómodo...

Para Ana (45 años) el “alta” de su terapeuta anterior tuvo que ver precisamente con la ausencia de este encuentro mutuo, sumado a la falta de interés por su problemática de consulta:

...Claro, pero...decímelo de frente, no me vengas con que me da el alta, mirá, no hay química, qué se yo...

[Consulta anterior con el psicólogo] Sí, pero no hubo... química entre...A mí me pasó eh..., yo había empezado a tratar con otra chica, pero no... salía peor...

Entendemos que por encima de las anteriores consideraciones, del profesional se espera “ayuda”, más allá de cuestiones de aprobación o consentimiento. Así finalmente lo expresó Ana (45 años):

Porque a ella misma le puede pasar... [Interviene la investigadora repreguntando sobre la base de esta afirmación de la usuaria] ...yo calc...si es una buena profesional calculo que no, porque si vos estás del otro lado es para ayudar a la persona que entró con el problema

La relación mentada supone cierto ajuste o conexión entre ambos participantes como base de la “confianza” para poder trabajar juntos en el proceso terapéutico:

Las chicas violadas, las chicas abusadas en el colegio..., todas estas cosas si no hay alguien que ella sepa y tenga en confianza, ya hablar con alguien... (Clara, 59 años).

La chabona la que me atendió no..., no me dio mucha confianza... (Yasmín, 19 años).

Yo he ido a otras psicólogas y una genera un vínculo con su psicóloga y genera, no es que uno va a ser amigo de su terapeuta, pero una confianza, una manera de hablar diferente... (Victoria, 30 años).

La importancia atribuida a la consulta psicológica actual

Más allá del relato realizado por algunas de las usuarias respecto de experiencias poco satisfactorias con profesionales psicólogas o psicólogos, todas las entrevistadas en mayor o menor medida y por distintas razones o motivaciones manifestaron una especial relación con la terapeuta actual.

Pudo observarse en los relatos que los contenidos y afectos trabajados en las sesiones con el profesional pasaron a formar parte de las historias cotidianas de las usuarias. El uso del adjetivo posesivo (“mi psicóloga”) dio cuenta de este particular vínculo subrayando su proximidad. Los dichos del terapeuta o los contenidos trabajados en las consultas funcionaron en muchos de los casos como fundamento de formas de entender, pensar determinados acontecimientos, y resolver situaciones conflictivas o que ocasionaron sufrimiento psíquico a las usuarias:

[Nombre de la terapeuta] Es mi oxígeno... Si no sos vos, no quiero, no quiero, como los chicos ¿viste? [...] Si tengo la garra que tengo y tengo la fuerza que tengo como le dije eh... te lo debo a vos [nombre de su psicóloga]. Porque mirá que [nombre de la terapeuta] me ha visto mal eh.... (Franca, 49 años)

Yo por ejemplo con mi psicóloga voy bárbaro... Sí, con [nombre de la terapeuta] no tengo ningún problema (Ana, 45 años).

[Nombre de la terapeuta]...me conoce como... sí, desde hace cuatro o cinco años... Pero siempre... siempre estoy en contacto, ella cada vez que me ve siempre, le pido turno y me dice: Sí, Nati, vení, no tiene problema (Natalia, 32 años).

El vínculo afectivo y la relación terapéutica satisfactoria de una de las usuarias con una profesional anterior, propiciaron en un caso la búsqueda activa de nuevo tratamiento, y el recuerdo amoroso por la pérdida en otra de las entrevistadas:

[comenta la entrevistada cómo se sentía al tomar medicación] ...Pero mis músculos estaban rígidos, párpados caídos. Ehhh.... Estaba yendo... ahí es cuando busco a mi psicóloga de mi niñez... (Florencia, 35 años).

Yo conocí a la Lic. [Nombre de la terapeuta]. Murió pobrecita. Ella me atendió... cuando yo me divorcié...ella me atendió y yo estaba muy mal de salud y, bueno y....era una persona tan linda...Hablo de ella... no voy a hablar más porque me voy a poner a llorar(Clara, 59 años).

Esta sobrevaloración de la figura del profesional pudo expresarse en el discurso de Sandra (47 años) quien estableció una analogía relativa a su ámbito de inserción y su condición de “adoradora” de la Virgen en la Iglesia:

[Pregunta el investigador respecto de los sentimientos de la usuaria y la situación conflictiva con la pareja actual] De angustia...Sí, angustia y el que te quita la angustia sería el doctor espiritual y la doctora. Sería María y Jesús, ellos serían los doctores espirituales; y también ustedes, los psicólogos...

La mayor parte de las mujeres entrevistadas tomaron la decisión de consultar por convicción propia, en algunos casos adscribiendo a sugerencias de su *Red de Apoyo*. Sólo Yasmín (19 años), la usuaria más joven del grupo considerado, no comentó abiertamente el inicio de su tratamiento psicológico; luego de un tiempo, señaló, pudo situarlo en un espacio de “normalidad”:

...no, yo no les decía [a los compañeros del curso] porque no, no sé, tenía miedo que me digan algo... [ir] medio con vergüenza... si me lo preguntaban, no sé, decía que

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

tenía que ir al médico o cualquier boludez pero no, hasta que después ya fue como: Sí voy a la psicóloga, o sea como que lo normalicé.

Es de señalar que todas las mujeres manifestaron una excelente predisposición hacia la figura del investigador e interés en la propuesta. Se extendieron -en general- en la hora programada y expusieron sus pensamientos y afectos de forma directa, casi hasta descarnada, como si hubiera habido un conocimiento previo personal o como una prolongación, podríamos hipotetizar, de la relación actual con su terapeuta²⁶:

Me podría quedar 3 horas acá (Victoria, 30 años).

[Nombre de la terapeuta] me preguntó y yo le tengo confianza a ella; sé que no me va a...[¿defraudar?] (Yasmín, 19 años).

Yo para lo que pueda ayudar (Mariana, 38 años).

El trabajo terapéutico como un proceso “difícil”

Pudimos observar para la mayoría de las mujeres entrevistadas que la *relación terapéutica* es vista como *trabajo terapéutico*, en el sentido de implicar cierta predisposición y empeño, laboriosidad sobre sí mismas como objeto de aprendizaje y de cambio, con características altamente autogestivas y demandantes de “voluntad” personal y esfuerzo especial:

Reflexionar, aunque cueste mucho... Porque cuesta muchisisisísimo... criticarse, reflexionar ... aunque cueste mucho... porque cuesta muchísimo (Victoria, 30 años).

...tratar de darle bolilla [al terapeuta] porque si no venir acá, y al final no poner

26 Podríamos suponer que se produjo una “transferencia positiva” hacia la persona del investigador como extensión de la “transferencia positiva” que mantiene la usuaria con el terapeuta actual.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

voluntad ¡es lo mismo que la nada! (Florencia, 35 años).

Las usuarias por otro lado señalaron explícitamente la diferencia entre el espacio terapéutico, ámbito de reflexión e introspección, y las necesidades de intervención en sus problemáticas cotidianas, donde las metas y propuestas encontraron obstáculos para su realización²⁷ :

Incluso sabiendo cuál es la solución a veces una no toma las decisiones correctas...
(Florencia, 35 años)

Yo hago caso en la medida que me sale... Me cuesta mucho. (Natalia, 32 años)

4.2 La consulta psicológica. Un lugar especial

La consulta psicológica como un lugar especial donde “contar”

Algunas de las entrevistadas hablaron de la consulta psicológica como un espacio singular de escucha, aquél que se asocia con un poder decir lo que no se puede comentar a otras personas, aspecto que puede funcionar como un poderoso incentivo para la consulta. Fue por ejemplo el caso de Franca (49 años) quien les explicaba a sus hijos:

Sí, yo les dije, tienen que ir le digo, para sacar lo que ustedes no me quieren contar a mi le digo.

A propósito de esta misma mirada, el psicólogo se vislumbró como alguien “de afuera” del círculo familiar, característica propiciadora de la consulta como espacio terapéutico. Por otro lado el secreto profesional como marco general de la entrevista permitió a su vez poner

²⁷ Entendemos que estos ejemplos son ilustrativos del concepto “compulsión a la repetición” perteneciente al campo de la psicología y el psicoanálisis, cuyo análisis en particular excede el marco del presente estudio. Sin embargo son mencionados o señalados porque dan cuenta de coincidencias importantes, a las cuales se llega desde campos disciplinares teóricos distintos.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

en el lugar de confidente al terapeuta. Para Violeta (34 años), concurrir a la psicóloga le permitió compartir secretos que no podían contarse en el ámbito familiar:

..que el hijo de mi pareja se acuesta con su cuñada.

Yasmín (19 años) asoció el espacio terapéutico a su dimensión de descarga, de desahogo; determinadas vivencias o la expresión de sentimientos encontraron sólo allí posibilidad de expresarse en palabras:

Entonces como que te desahogás... Librementemente, que uno, yo puedo decir cosas que por ahí a la mamá no le podés decir...

Los aspectos a compartir en ese espacio especial no sólo remitieron a determinados contenidos, sino también a poder contar a alguien lo que está vedado para otros:

La gente no sabe dónde acudir entonces (...), mis mismas hijas dicen: mamá vos tenés que buscarte una amiga dice, o un psicólogo porque vos no podés estar hablando con nosotras estas cosas. (Sandra, 47 años)

Consulta psicológica y necesidad de las usuarias

Para algunas entrevistadas la consulta psicológica se experimentó con *carácter de necesidad* para sí o para las personas de su entorno cercano. La necesidad enlaza cercanamente un estado interno con un objeto de satisfacción más o menos determinado; pensar la consulta bajo este aspecto la ubicó en un lugar de máxima consideración e importancia, como urgencia de lo imprescindible. Nos interrogamos respecto de si esta dimensión no estaría ya representada por lo que denominamos: importancia atribuida a la consulta psicológica; sin embargo aquí rescatamos el carácter de completud imaginaria que podría significar el espacio terapéutico para algunas de las usuarias:

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Dejé, pensé que no lo necesitaba y si, lo necesitaba viste, porque no entendía viste, ¿por qué? (Laura, 42 años).

[nombre del hijo a propósito de la consulta al profesional] que lo necesitaría como el agua, ¿viste? O [nombre del otro hijo]. Ninguno de los dos quiere ir...No los convencemos a ellos dos (Franca, 49 años).

...fue porque ya tipo...era demasiado y necesitaba... necesito algoooo, no sé, tratar de sacarlo aunque sea... (Yasmín, 19 años).

El problema que yo tengo es que mi marido tiene que ir al psicólogo y no hay forma, ¿viste? (Ana, 45 años).

Tanto para Susana (46 años) como para Yasmín (19 años) la cualidad de necesidad de la consulta psicológica estuvo dada por el carácter inobjetable de aquello que debe ser dicho, contenidos de alta valoración o significación personales. Para las usuarias, ciertas vivencias o pensamientos *deben* ser contados:

Y porque muchos dicen que uno por ahí se descarga, eh... hay cosas que uno las tiene que contar...(Susana, 46 años).

...me había dado cuenta que eran cosas serias todo lo que me pasaba, muchas cosas que había pasado yo sola y que no las había hablado (Yasmín, 19 años).

La consulta como espacio de “descarga” o “desahogo”

En la *jerga psicológica* se conoce a esta posición ocupada por el profesional en la relación terapéutica como el lugar del *tacho de basura*. Alude al vínculo de la usuaria con el terapeuta basado casi con exclusividad en procesos de descarga emocional que la alivian:

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Porque yo sé que me descargo, entonces como que empiezo de vuelta, ¿viste? Como que ya lo hablé el tema [...] Yo lo primero vine por obligación, pero después como que, hablando así como que me descargo un poco (Mariana, 38 años).

[Consultar a la psicóloga] Sí, aparte a mí me hace bien, es como que me descargo, o sea, soy un poco solitaria, tampoco tengo amigas... (Natalia, 32 años).

[Pregunta la investigadora cómo toma la decisión de consultar] Y porque muchos dicen que uno por ahí se descarga... (Susana, 46 años).

[Ir al psicólogo] Sí, aparte a mí me hace bien, es como que me descargo, o sea... (Ana, 45 años)

Por otro lado, algunas de las usuarias establecieron una diferencia entre aquello que se cuenta a otra persona y su función de descarga, de aquello que puede ser dicho a una terapeuta. En este último caso, se persiguió la finalidad de encontrar una “solución” que el amigo -se entiende- no puede dar:

...vos se lo contás, te descargás así, [con un amigo], pero no, no, no encontrás una solución; por ahí, yo quería una solución a todo (Yasmín, 19 años).

La consulta psicológica interpretada como “caída”

En algunas usuarias el aspecto de “caída” para dar cuenta de la consulta psicológica fue significativo, tanto si refirió a la consulta como “caída” personal, o como el resultado de sus múltiples padeceres.

Más allá de sus consideraciones psicológicas (y de su relación incuestionable con el concepto de “Narcisismo”, que supera el ámbito de análisis del actual estudio), las usuarias relacionaron esta expresión con el grado de fortaleza personal frente a las problemáticas y el sufrimiento psíquico. La “caída” así entendida por las usuarias, se produjo por el peso

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

decisivo del motivo de consulta, y/o como resultado o acumulación de esfuerzos repetidos e insatisfactorios; fue así consecuencia de “aguantar” eventos o circunstancias penosas de la vida. Veremos este punto en particular cuando analicemos los Motivos de consulta Manifiestos (se consulta por un “arrastre” o por “un montón de cosas”):

[Respecto de la consulta al psicólogo] Aguanté tanto, tanto, hasta que caí (Violeta, 34 años).

...y así fueron pasando cosas y bueno, y en enero cuando ya caí, me fui al [hospital] ese día. Agarré y me fui al [hospital] porque ya dije no, no aguanto más... (Susana, 46 años)

Porque la vez que yo caí, ahora, [ir a la consulta psicológica], no es que caí, sino que es... es que yo hubiera seguido en esto, guardando, callando, ¿por qué? Porque bueno, pero el cuerpo se descontroló, ¿me entiende? (Clara, 59 años).

La consulta psicológica como “prueba”

El carácter de “prueba” de la consulta resultó revelador en tanto introdujo una línea de tiempo, una especie de paréntesis previo al tratamiento, de prólogo necesario, de espacio preliminar de ensayo, si se quiere de tanteo, de comprobación o demostración testimonial de la utilidad o validez del tratamiento. Si bien pudimos observar que las usuarias llegaron a la consulta por la urgencia puntual representada por el *motivo de consulta manifiesto* -como veremos en el apartado siguiente-, ello no invalidó su condición de “prueba”. Entendemos que el tratamiento se consolidó y prosperó en la medida en que, de una forma u otra, respondió a las expectativas de la usuaria, como pudimos también observar en nuestro análisis relacional de la categoría Accesibilidad:

...bueno, voy a probar si se me abre una puerta... (Adriana, 33 años)

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

...hablaba con mi amigo y me decía...no sé me daba ideas de lo que podía llegar a ser ir a consultar a un psicólogo y demás, y nada, y dije: bueno, ¡pruebo! (Yasmín, 19 años)

...buscando una ayuda, buscando, ya había tenido una experiencia anterior, dije bueno, yo pruebo. Si me llevo bien con esta chica o me hace bien, me quedo. Y me quedé (Ana, 45 años).

La decisión de consultar. Motivo manifiesto y latente

¿Por qué llegaron las mujeres a la consulta psicológica? El análisis de las entrevistas pudo dar cuenta de la íntima relación entre la decisión de consultar y el contenido del motivo de consulta (más allá de algunas estrategias más o menos inconscientes, como se vio en el tratamiento de la Accesibilidad).

El motivo de consulta, o la historia que la usuaria fue armando y relacionando cuando se le preguntó por la decisión de consultar, pocas veces -como veremos en forma repetida-, se identificó puntualmente. Y si lo hizo, pareció amplificarse y profundizarse rápidamente con el avance del relato de la entrevistada, con la sucesiva incorporación casi arborescente de otras problemáticas que se sobreañadieron, se solaparon, ramificaron...

Esta observación es coincidente con los conceptos explicativos de *Motivo de Consulta Manifiesto* y *Motivo de Consulta Latente* de las consultas, pertenecientes al campo disciplinar de las *Psicoterapias Psicoanalíticas*²⁸ (Fiorini, 1977).

Lo que podríamos denominar *carácter puro* de la decisión, entendiendo por ello la consulta al profesional con el objetivo principal de un mayor grado de introspección y conocimiento interior, o para clarificar determinadas cuestiones de la historia personal, dio de frente con la urgencia del padecimiento y el sufrimiento psíquico de las usuarias entrevistadas, que tendieron a autopercebirse como “bombas”, como personas desorientadas

28 Según Fiorini (1977) el trabajo en la consulta se orienta naturalmente hacia la delimitación de un foco, eje de la problemática del paciente. Su punto central coincide frecuentemente con el Motivo de Consulta, situaciones de crisis o síntomas importantes que alertan a la persona y/o a su grupo familiar. Asociado a él se encuentra el denominado *conflicto nuclear*. Sin embargo, la problemática presentada debe entenderse como producto total de una *situación*, diálogo de la persona con el mundo.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

por la pérdida del control de sus reacciones afectivas y corporales (y de su vida), por la sumatoria de situaciones problemáticas angustiantes, por el agobio de relaciones violentas, de circunstancias familiares problemáticas y pérdidas recientes.

Por ejemplo, Yasmín (19 años) fue enumerando una serie de acontecimientos que fue atravesando, como una mudanza, la separación del padre por motivos laborales, el *bullying* en la escuela, los problemas de relación con sus pares y comentó:

...yo me la pasaba llorando todo el día...encima yo siempre fui muy...cerrada, muy solitaria y... era como una bomba...

En esta misma línea de agobio se expresaron Ana (45 años) y Soledad (33 años), para quien el motivo de consulta se relacionó con una sumatoria de circunstancias causantes de padecimiento:

...un montón de cosas, un arrastre de cosas...

Los problemas vinculares o de relación ocuparon un lugar de relevancia en los motivos de atención psicológica: pautas relacionales asociadas a sufrimiento psíquico, con deterioros significativos en diferentes ámbitos de la vida cotidiana (trabajo, estudio, vida familiar, relación con los hijos, con la pareja, entre otros):

[en referencia a su hijo] Ahí tenés el motivo de que vengo a [nombre de la terapeuta]. Por... Por [nombre del hijo]. Sí. Las veces que he estado más mal...; la última vez que volví fumaba marihuana por ejemplo (Florencia, 35 años).

[en referencia al padre biológico] Y lo encontré este año y no era lo que... lo que yo esperaba no; no era lo que..., en el sentido de que, eh, no sé, no sé..., la verdad que no sé qué esperaba... (Soledad, 33 años).

[La usuaria comenta que próximamente su hija y la pareja se irán a vivir fuera del país] Y ahí me dice [el médico que la atendió] es psicológico... Entonces es

psicológico y si es psicológico es la gran angustia que yo tengo. Y eso... me descompaginó...Yo, que se vayan pero no puedo dejar de sentir, porque soy su mamá... (Clara, 59 años).

[La investigadora pregunta por qué viene al psicólogo actualmente] Porque empecé a sentir como una angustia. Empecé a... o sea, tengo muchos problemas con mi hija que... de 15... Como angustiada, no sab... encontrar una salida, no saber cómo ayudarla tampoco (Natalia, 32 años).

Seis de las personas entrevistadas atravesaron o se encontraban padeciendo situaciones de violencia (Mariana, Victoria, Franca, Soledad, Clara y Violeta) con sus parejas, algunas por años. Para Franca (49 años) pesó mucho en su determinación de consultar la ruptura con su pareja actual, deudas contraídas, colon irritable, la problemática de adicción de dos de sus hijos y las situaciones de violencia con su ex-pareja que, sin mencionarlas en principio, continuaron formando parte de su problemática diaria.

...la relación con el papá de mis hijos ha sido muy difícil... Sí, fue siempre un tipo muy violento...Muy, muy, muy, muy...

Mariana (38 años) se encontraba al momento de la entrevista en proceso de resignificación de sus relaciones conyugales en el trabajo terapéutico, desfamiliarizando situaciones de violencia cotidiana que llevaban varios años. Violeta (34 años) por su parte, naturalizó en su relato situaciones de maltrato físico como una cuestión más de los problemas de pareja. Una de las usuarias entrevistadas manifestó haber sido de víctima de abuso dos veces en su vida.

... nosotros con el padre de las nenas veníamos mal hace tiempo... Y un día las vino a buscar para llevárselas y... y después no me las quería... no me las quería devolver... Como que me las había tomado de rehén... Como él me pegaba y yo... no le conté nunca a nadie, entonces es como... que yo había sido la trastornada que había tomado la decisión de separarme de la nada (Soledad, 33 años)

[Investigadora y usuaria hablaban de la época en que la usuaria se separó de su pareja] Yo estaba eh... Estaba dejándome morir en una cama... Cuando me divorcié si, pasé muchas cosas sí. Entre eso mi... mi ex esposo me ponía cables en el cuello, sogas para ahorcarme... atrocidades .Pero no, no lo voy a contar porque me voy a poner a llorar (Clara, 59 años)

Puntualmente para Laura (42 años) la consulta actual tuvo que ver con el fallecimiento de su hija (suicidio); sin embargo las situaciones problemáticas venían sucediendo desde varios años atrás, involucrando toda la dinámica del grupo familiar:

Dejé, pensé que no lo necesitaba y si, lo necesitaba viste, porque no entendía viste por qué...

La inclusión del intento de suicidio en este apartado merece algunas consideraciones. En primer lugar ninguna de las entrevistadas en tratamiento esgrimió al intento de suicidio como motivo de consulta. Sin embargo, cuatro de ellas (Soledad, Laura, Franca y Violeta) atravesaron esta situación con anterioridad. Soledad, (33 años) no había concurrido (tres días atrás) a su última sesión con la psicóloga por haber estado internada; era su segundo intento de suicidio y la primera vez que había consultado a una profesional.

Por otro lado, entendemos que el intento de suicidio transversaliza la clasificación propuesta en este apartado, en tanto implica un cuadro de desborde con implicación directa o indirecta de dimensiones de las demás categorías. Es de resaltar que en las cuatro entrevistadas señaladas, la violencia en la pareja fue un factor central o coadyuvante en el motivo de la decisión.

Y... y bueno, este, me agarra una gran depresión...yo lo llamo a él [su pareja actual] porque él iba y venía, iba y venía alcoholizado... Entonces yo no me podía mover de la cama y le digo a él que se levantara, para despertarla a [nombre de la hija]... Él se levantó, me hablo mal, agresiva...., me habló muy feo eh..., me puteó y demás, entonces yo agarré, fui a la pieza, agarré las pastillas y me las tomé (Franca,

49 años)

La muerte de seres queridos por causas ajenas al suicidio, es un motivo de consulta de importancia en el Primer Nivel de Atención de la Salud, como pudimos apreciar en el análisis de los datos proporcionados por el programa Si-Salud.

La consulta inmediata a los servicios de salud mental luego del fallecimiento de un ser querido se verifica en el marco de un aumento de las consultas por malestares derivados de la vida cotidiana, donde la tristeza esperable es resignificada como problema psicológico que necesita intervención profesional (Ortiz Lobo, 2006). Se produce así un proceso de psicopatologización de la vida cotidiana que no es exclusivo de la salud mental, sino que es parte del fenómeno designado como Medicalización²⁹.

Respecto de esta observación, tomamos las situaciones de Victoria como ejemplo, quien comenzó a asistir al psicólogo por primera vez tras el fallecimiento de su padre, a los 14 años; y el de Adriana, tras la muerte de su abuelo:

Eh, empecé eh... la psicóloga porque bueno, obviamente en ese momento una no sabe para dónde disparar, en realidad uno tiene rebeldía, rebeldía entre comillas te lo digo porque nunca hice nada disparatado (Victoria, 30 años.).

Bueno, yo empecé con la psicóloga... con el psicólogo también...Eh... y empecé hace 4 años atrás eh..., tuve una crisis muy fuerte porque justo falleció mi abuelo eh..., él me crió a mi entonces bueno, y eh...fui a para al hospital y estuve todo un día internada. Este... y ahí me mandaron al psicólogo, estoy medicada (Adriana, 33 años.)

Tres de las pacientes entrevistadas consultaron expresamente por Ataques de pánico. Ilustramos con el caso de Victoria (30 años) para dar cuenta de la magnitud de sufrimiento psíquico implícito en su demanda de atención:

29 La Medicalización refiere al "...proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales" (Orueta Sánchez et al, 2011).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

...vuelvo cuando me enfermo. Yo tuve un ataque de pánico...Muy grande. Muy fuerte. Un ataque espantoso, son muy feos...Lo agarré a mi marido y le dije pegame una piña y desmayame o me llevás a un hospital. Porque yo no soportaba mi cuerpo. Los nervios te, te domina...

La Depresión como Trastorno Mental se presentó acompañando otras problemáticas en dos de las usuarias entrevistadas: formando parte de la historia previa en Natalia (32 años) y en forma activa en Soledad (33 años) quién llegó a consulta por problemas con su pareja, su familia ampliada y con intento de suicidio en los días previos a la entrevista:

[¿Por qué viniste a la psicóloga? Pregunta la investigadora] Y...ten..., bah, estaba mal en casa, yo ya venía mal...O sea un tiem... hace muchos años, bah no tanto, años atrás cuando vivía en [lugar], yo estuve con una depresión... (Natalia, 32 años)

[usuaria hablando de su cuadro de depresión]...empecé a sentir depresión...Me empecé a sentir mal y cuando yo me despertaba y veía a mis hijas y como que no tenía ganas de nada y digo eso no me puede pasar... (Victoria, 30 años).

Vemos así que los motivos expresados por las usuarias dieron cuenta de los Diagnósticos principales de consulta de mujeres mayores de 18 años en el PNASM, como pudimos establecer en el análisis de los datos cuantitativos en el Primer Apartado: Problemas paterno-filiales, Problemas biográfico-vitales, Problemas conyugales-vinculares, Trastorno de ansiedad-Ataques de pánico, Duelo y Depresión; con las salvedades realizadas para el caso de la Violencia física y/o psicológica en la pareja.

4.3 Características de la psicóloga/o desde el punto de vista de las usuarias

Conocimiento previo del profesional

El *conocimiento previo* de la profesional psicóloga/o no pareció representar una

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

variable de importancia a la hora de solicitar el primer turno de atención psicológica en la Unidad Sanitaria. Una sola de las usuarias, Franca (49 años), vio reforzada su decisión de consultar por los comentarios favorables acerca de la profesional del centro de salud realizados por sus compañeras de trabajo en la escuela. Yasmín (19 años) conocía a la psicóloga a través de su madre, quien concurrió a un taller barrial organizado por la profesional. Las demás se acercaron a la Unidad Sanitaria, como ya vimos al tratar el tema de la Accesibilidad, por la cercanía o porque consiguieron turno con la psicóloga:

...la encontramos a [nombre de la psicóloga]. Y mi vieja ya la conocía por un... curso, unos encuentros que hacían... (Yasmín, 19 años).

...Yo escuchaba por la Asistente Social, que en la salita hay una psicóloga, siempre hablaban de [nombre de la psicóloga], pero bueno, no, viste, muchos chicos de la escuela...que van... (Franca, 49 años).

[la investigadora pregunta cómo llegó a la sala para atenderse] ..queda cerca, pero bueno..., tienen buena atención, yo traigo a la nena al pediatra.... (Soledad, 33 años)

El psicólogo y sus estilos de intervención

En relación directa con los desarrollos anteriores y en cierta forma transversalizándolos, se encuentra el tema de las intervenciones del terapeuta. Aquí también pudimos observar una amplia gama de formas de trabajo terapéutico, desde los estilos menos a los más intervencionistas o directivos (no siempre aprobados por las usuarias). Puntualizamos seguidamente cómo las usuarias fueron dando cuenta subjetivamente del estilo de intervención de cada terapeuta; por ejemplo Mariana (38 años) esperaba más respuestas por parte de su terapeuta:

...yo cuando hablo con la psicóloga no me dice nada... yo espero siempre que me diga...(Mariana, 38 años).

La relación terapéutica en el aspecto considerado dio muestras de manifestarse dentro de márgenes amplios, con relatos de las usuarias donde los profesionales “retan” a sus pacientes, dan consejos, recomendaciones o sugerencias direccionadas acerca de determinadas problemáticas planteadas en la consulta:

Yo te digo algo, [nombre de la psicóloga], así como me ayudó, muchas veces me retaba y me tenía que bancar el reto (Franca, 49 años).

Sí con [nombre de la terapeuta] yo no tengo ningún problema, es más ella...por ahí me reta obviamente... (Ana, 45 años).

...les digo mirá mamá, a mí me ayuda resolviendo no sé, tal cosa, que trato de hacer como los deberes, [Nombre de la terapeuta] me dice bueno, me apunta algún lado y tratar de darle bolilla...(Florencia, 35 años)

Tal como ya adelantamos en el tratamiento de las Barreras y la Accesibilidad, en la medida en que el profesional y sus estilos de intervención no respondieron a las expectativas de las usuarias ocasionaron el abandono del tratamiento, como en Ana (45 años):

...yo iba con una problemática X y todo era una pavada...Todo era, a ver entre comillas...Como para explicártelo. Eh...’no es para tanto’... yo no sé si no era para tanto, pero a mí me chocaba que me diga eso.

En otras ocasiones, las experiencias negativas previas con los profesionales psicólogos llegaron a retrasar o posponer una nueva consulta:

A mí me pasó eh...yo había empezado a tratar con otra chica, pero no...salía peor... Porque es más viste, después tenés miedo de ir a otra psicóloga... (Ana, 45 años)

Para Adriana (33 años) el psicólogo tratante no supo empatizar con su sufrimiento,

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

proponiendo intervenciones a destiempo³⁰ dentro de un estilo que podríamos caracterizar como intrusivo:

[Consulta al psicólogo] ...las primeras veces que fui o sea, entraba así como me ves y salía eh... hecha un estropajo porque...era como que escarbaba demasiado y...yo sentía que no me ayudaba para nada (Adriana, 33 años).

El psicólogo situado en el lugar del saber

Este apartado refiere a la consideración, según las usuarias entrevistadas- del psicólogo ubicado “del otro lado” (Ana, 45 años); alguien que posee determinados saberes que lo hacen objeto de escucha principalmente, y de quien se espera cierta forma en el manejo de la relación terapéutica. Cada usuaria destacó algunos aspectos de este saber, y en función de las expectativas con las que llegó a la consulta, expresó conformidad o disconformidad en el encuentro:

...yo cuando hablo con la psicóloga no me dice nada... yo espero que me diga... Tenés que hacer esto... (Mariana, 38 años).

[consulta a la psicóloga] Sí, sí, porque no encontraba como una solución ni apoyo de nadie, como que no sabía qué hacer, no sé... (Natalia, 32 años).

[Refiriéndose a la psicóloga] Y... y...la forma también de la mirada, pero seguro. Esa mirada que te transmite... de seguridad... de que bueno... eh... ¿en la vida qué puede pasar? (Adriana, 33 años).

El psicólogo fue representado como aquel capaz de decodificar los padecimientos, “descubrir” qué le está pasando a quien consulta y darle nombre:

30 En el campo disciplinar de la psicología el término “timing” refiere a un eje fundamental de la intervención del terapeuta; “...no es una decisión técnica sino más bien una capacidad empática para realizar una intervención...”. (Zukerfeld, 2016)

Así que bueno, y le conté qué era lo que yo sentía. Y sí, ahí descubrieron que tenía ataques de pánico... (Adriana 33 años)

De este “saber” del psicólogo se aguardaron “soluciones” o procesos de “cambio”, de la propia usuaria y del círculo familiar:

Mi mamá me dice que no me da soluciones...Me dice: ¿para qué vas al psicólogo? ¡Seguís igual, no cambiás....! (Mariana, 38 años).

[La investigadora pregunta por uno de los motivos por los que la usuaria consulta] Por eso, por otras cosas, por un montón de cosas. Pero tiene que empezar por mí también, si yo no cambio (Ana, 45 años).

Por otro lado, la expresión “creer en el psicólogo” circuló por los relatos de las usuarias y familiares. Entendemos que allí pareció operar una categorización dicotómica: “creer” Vs. “no creer en los psicólogos”. Así la consulta, para algunas de las mujeres entrevistadas, fue mayormente condicionada por la “creencia” en el profesional:

Eh yo siempre tuve...siempre estaba mal por algo lo que sea y cómo que me cerraba mucho, y bueno, nunca viste era de esas que no, no creían en los psicólogos (Yasmín, 19 años).

[Miembros de su familia ante su consulta al psicólogo] Igual como que no creen; la palabra es: no creemos en el psicólogo... Ninguno de la familia (Florencia, 35 años).

...es como todo, tenés un poco de homofobia, tenés un poco de terror al psicólogo, aunque digas que lo aceptás igualmente hay una cuestión incorporada culturalmente” (Victoria, respecto de su madre de 72 años).

El psicólogo como alguien capaz de dar “ayuda”

La palabra “ayuda” se presentó en la mayor parte de los relatos. Necesitar ayuda, saber pedirla, recibirla, o como expresión del resultado esperado de la consulta al profesional:

...ponele soy inteligente, vos podés hacerlo...no, pero yo necesito ayuda. O sea, la necesito y punto, yo decido (Victoria, 30 años).

Vas a encontrar, me dice...hay un montón de cosas dice. Capaz que vos no sabés, pero que sola no te vas a quedar. Te vamos a ayudar... (Laura, 42 años).

[Venir a la psicóloga] Sí, sí. Sí, me hace sentir bien a mí. Me ayuda un montón. Sí, un montón, si . (Natalia, 32 años)

Se visualizó a la psicóloga como la profesional a la cual recurrir en problemáticas que no pudieron resolverse *con recursos propios*, o que ya se probaron y no dieron los resultados esperados. En este sentido, por ejemplo, se expresó Florencia respecto de los problemas de adicción de su hijo y por qué consultó a la psicóloga:

Para mí fue terrible en ese momento. Ahora no, pero cómo tener herramientas para poder ayudarlo. [Nombre de la terapeuta] ...me ayudó a entender.

Otro de los conceptos que circuló en los discursos fue el verbo “servir”, haciendo referencia a que la consulta debiera tener un saldo de utilidad para las usuarias. Así fue el caso de Laura (42 años), cuando comentó respecto de su derivación a psicología por la médica clínica que la asistió, o de Yasmín al referirse a la consulta:

Si, me dijo andá y capaz que ahí te va a servir (Laura, 42 años).

...y bueno, me sirvió porque nada, hablaba con ella (Yasmín, 19 años.)

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

La consulta al profesional se vislumbró como “salida”, como dispositivo que “hace bien”, más allá de que sea un proceso difícil, como ya vimos, y, en general, con independencia de lo que piense la red vincular cercana:

...pero dejé claro de que la psicología para mí es una salida, me hace bien, yo quiero estar bien y si te gusta bien y si no también (Victoria, 30 años).

4.4 Discusión

A partir del análisis de las entrevistas, abordamos en primer lugar la relación terapéutica desde las distancias percibidas en el vínculo entre las usuarias y el terapeuta, en una doble vertiente de significación: de acuerdo a la dimensión de cercanía afectiva (menor/mayor cercanía afectiva) y con respecto al conocimiento más o menos recíproco, dentro del encuadre terapéutico. A propósito de esta segunda cuestión, la máxima distancia puede ser escenificada como el lugar de *espejo* del psicólogo, un profesional *casi objetivo* (Vainer, 2010) y en estricta *regla de abstinencia*³¹ (en observancia de su formación psicoanalítica ortodoxa). Las combinaciones de ambas dimensiones pudieron verse en los discursos de las entrevistadas, y más allá de las distancias analizadas, se priorizó el carácter de “confianza” de la relación.

Como cuestión novedosa del vínculo con el profesional las usuarias remarcaron el aspecto subjetivo de la mutua aceptación; las palabras “encaje” o “química” dieron cuenta de una esperable elección recíproca como base del encuentro y la continuidad del tratamiento.

Todas las entrevistadas en mayor o menor medida y por distintas razones o motivaciones manifestaron una especial relación con la terapeuta actual, más allá de algunos casos de experiencias previas poco satisfactorias. El adjetivo posesivo (“mi psicóloga”) se manifestó una y otra vez en el discurso de las mujeres dando cuenta de este vínculo particular; los contenidos trabajados en las consultas se incorporaron además como el fundamento de

31“Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle.” (Laplanche y Pontalis, p. 3, 1996).

decisiones, formas de pensar y entender determinadas problemáticas acompañadas de sufrimiento psíquico.

La decisión de consultar a un profesional fue en la mayor parte de los casos por convicción propia e implicó poner en funcionamiento importantes resortes motivacionales internos, decisión que resultó más o menos acompañada por los integrantes de la *Red de Apoyo*, en un marco cultural no totalmente exento de prejuicios. La usuaria más joven del grupo entrevistado prefirió -los primeros meses de tratamiento- mantener en secreto la consulta por temor al “estigma”.

El espacio terapéutico por su parte fue vivido no sin cierta tensión entre las expectativas depositadas y la convicción de la necesidad de cierto empeño, “voluntad” personal y esfuerzo volcado al tratamiento. Ámbito especial, diferenciado, con lógicas propias donde el “contar” adquirió significaciones distintas de lo cotidiano y pudo constituirse en fuente de desahogo o descarga. Espacio imaginarizado para algunas de las usuarias con la urgencia de lo imprescindible o visto como “caída” por el peso decisivo del motivo de consulta y el fracaso de las fortalezas yoicas. Lugar ungido como un entorno singular, por fuera de las determinaciones que imponen las relaciones sociales cotidianas y sus solicitudes de corrección y recato. Allí, en el horario que dure la consulta, se levantan determinados velos, se puede ser un poco loco, un poco irónico, agresivo, o lo que fuere sin sentirse juzgado al respecto. Espacio que lleva en sí la contradicción fundante de producirse como ámbito de liberación y de encierro, en tanto hay decires que sólo allí y nada más que allí pueden ser dichos.

La amplitud de los condicionantes enumerados actuaron como pre-requisitos en la valoración de la consulta psicológica; introdujeron un mirada crítica a modo de prólogo, y convirtieron los primeros acercamientos al profesional en consultas de “prueba”, en *prácticas de tanteo* destinadas a sopesar la probabilidad del cumplimiento de las expectativas del tratamiento.

Por su parte los motivos de consulta en contadas ocasiones se narraron puntualmente; antes bien, se ligaron a otros acontecimientos pasados, incorporaron vivencias en forma arborescente ramificando, solapando, sobreañandiendo afectos y recuerdos. Primó la urgencia de los padecimientos y el sufrimiento psíquico de las usuarias adscriptos a situaciones de convergencia de distintos malestares.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

En un todo de acuerdo con los Diagnósticos frecuentes analizados en la Primera Parte de esta investigación, las problemáticas presentadas por las mujeres entrevistadas dieron cuenta de Problemas de relación vinculares, paterno-filiares, biográfico-vitales, crisis de angustia y ataques de pánico, sentimientos depresivos y estados depresivos, y de pérdida de seres queridos (duelo). La problemática de la violencia familiar conformó por su parte un sub-registro en tanto diagnósticos prácticamente ausentes de los registros institucionales.

Con respecto a la figura del profesional, el conocimiento previo no pareció jugar un papel decisivo en el acercamiento a la consulta. Sus estilos de abordaje de la relación terapéutica dieron cuenta de formas más o menos intervencionistas o directivas siempre en tensión con las expectativas de las usuarias. En todos los casos se esperó cierto “saber “ del terapeuta, capaz de decodificar padecimientos, descubrir lo oculto, dar soluciones o generar procesos de cambio positivos. La palabra “ayuda” se escuchó en la mayor parte de los relatos como el concepto-resumen de lo esperable del tratamiento. Se le agregó el verbo “servir” (saldo de utilidad de la consulta), acrecentando este carácter en cierto modo pragmático volcado a la relación terapéutica.

La consulta para algunas de las usuarias fue posible por cierta valoración positiva de la psicología y el profesional, pareciendo operar en usuarias y familiares una categorización dicotómica de la validez de las intervenciones y el saber disciplinar como una cuestión de dogma o fe: “creer” vs. “no creer” en los psicólogos.

Capítulo 5. Red de Apoyo

En este apartado se analizan los contenidos de las entrevistas en términos de apoyo del entorno afectivo cercano a las decisiones de búsqueda de salud de las usuarias. Tomamos al apoyo social en sentido amplio como “la ayuda que recibe el individuo de otros en situaciones adversas” (Gonzalez y Restrepo, 2010). Intentamos responder a la pregunta: ¿cómo reacciona la *Red de apoyo* de la usuaria ante la situación de consulta o a la decisión de consultar a una psicóloga?

Como venimos dando cuenta, la “ayuda” fue un concepto que surgió fundamentalmente del análisis del material disponible, puesto en valor por las usuarias para designar la carga de anhelo dirigida hacia el *otro* en búsqueda de alivio al sufrimiento psíquico. La presencia de información acerca de aspectos significativos y peculiares de las redes sociales de las usuarias, permitió en algunos casos profundizar esta perspectiva, ampliando la consideración del apoyo del grupo a otros aspectos singulares de la vida cotidiana.

Siguiendo a Menéndez (2009) en esta investigación adherimos a la consideración de la *Red de Apoyo* de las usuarias por fuera de su imagen de *ingenua* neutralidad. Descartamos cierta visión simplificadora que la equipara *vis a vis* con la salud, o como garante en todos los casos de sostén emocional.

Por otra parte el análisis de los *Motivos de Consulta* al sistema de salud en forma cualitativa y cuantitativa en el presente estudio, dio cuenta de cómo en primer lugar se ubican las consultas relacionadas con problemas de relación con el entorno cercano de las usuarias. Los ejemplos dan muestras acabadas de dichas observaciones. Por otro lado, insistimos en remarcar la consideración del doble juego de disposición y posición en el campo social de los agentes, y la lectura siempre relacional en el abordaje y comprensión de los fenómenos aquí presentados.

Y es correcto reconocer el papel positivo que pueden cumplir ciertas relaciones sociales, pero a partir de asumir que las relaciones sociales no son unilateralmente “buenas” y no sólo por su falta de “calidad” (Menéndez, 2009, p. 289).

Uno de los aspectos centrales -señalados por las usuarias- de la “ayuda” por parte del entorno cercano fue la consideración de su valor positivo en tanto vinculante a la persona, y no adscripto especialmente a sus decisiones. Se expresó repetidamente en el relato de vida de las mujeres entrevistadas en el impacto subjetivo y en emociones como el desencanto, la tristeza, la desilusión, el dolor frente a un *otro* que no pudo comprender sus pareceres o resoluciones, ni acompañarla en circunstancias de padecimientos significativos.

Una de las entrevistadas, por ejemplo, sostuvo el espacio de consulta como decisión personal, más allá del grupo de apoyo cercano; lo inscribió en el orden de los recursos disponibles:

...qué herramientas elige uno para salir de ciertas circunstancias...

En la siguiente cita, Victoria destacó el especial valor de apoyo de las personas de su entorno cercano que, aun no coincidiendo con sus decisiones, acompañaron desde otro lugar sus iniciativas en relación con la consulta.

[vienen conversando usuaria e investigadora respecto de las decisiones en torno a la consulta y las reacciones de la familia y amigos]

Entrevistada: Igual perdoname que te hago un paréntesis muy chiquito. De la gente que no, no, no coincide... Pero apoya, y le tengo incluso hasta más valor a veces...Porque va en contra de lo que, de sus propios pensamientos para poder apoyar algo que no está en sus convicciones (...) (Victoria, 30 años).

La “gente mayor” (en la que se incluyen las madres, como en este caso) apareció en el relato de una de las entrevistadas como formando parte de una generación que vivió una vida “clásica”, entendiendo por tal el acatamiento estricto al rol de mujer esperado: casamiento, hijos, vida en la casa. La diferencia con la mujer actual, según la usuaria, es “salir a batalla... al mundo”.

La palabra “batalla” remitió a la idea de la vida como un campo de luchas, de pelea, de enfrentamiento con las adversidades, o con “los desafíos”, como señaló la misma usuaria. Como vimos a propósito de la caracterización de la salud mental, varias de las entrevistadas

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

retomaron esta forma de presentación o de escenificación de la propia vida:

[refiriéndose a la relación con su ex-pareja]...ahí tengo otra lucha...(Soledad, 33 años)

Para Victoria la “toma de conciencia” de la “importancia” de su problema por parte de algunas personas de su círculo familiar, no ocurrió cuando inició la consulta psicológica, sino cuando comenzó a tomar medicación:

... ahí entraron en conciencia de que uy de la cabeza, ¿no?

¿Por qué cuando uno le agarra cáncer están todos compadeciéndose y cuando uno está triste a veces la gente te da bola o no...? Entonces cuando vos tomás medicación, el resto entiende que podés tener tal problema (Victoria, 30 años)

La usuaria visibilizó este comportamiento presente en su entorno cercano: que la enfermedad (orgánica) genera acompañamiento, pero no la tristeza. Y que la verdadera “toma de conciencia” de la gravedad o la importancia de ayuda de una persona, se verifica en presencia de la consulta al psiquiatra y/o por la toma de psicofármacos, no cuando concurre al psicólogo.

Caracterizamos seguidamente las distintas dimensiones que adquirió la categoría *Red de Apoyo*” en el análisis de las entrevistas de las usuarias. En primer lugar hacemos hincapié en la presentación metafórica que hizo de una de las usuarias del apoyo: como “tabla donde pisar”, en tanto entendemos que expresa acertadamente la importancia subjetiva de tal acompañamiento; seguidamente damos cuenta de distintos tipos de apoyo mencionados por las usuarias: el familiar; del apoyo del sector público a través de las figuras de la “Asistente”, la Psicóloga, la Enfermera y la Médica; el “gremio” ocupó un papel destacado para una de las usuarias; también estuvieron presentes los amigas, amigos y los grupos, (también los “virtuales”), y finalmente la *Red de apoyo* proporcionada por la Iglesia.

5.1 Caracterización. El “apoyo” como “tabla donde pisar”

A través del relato de las entrevistadas pudimos observar cómo la presencia sustantiva del entorno cercano en circunstancias cotidianas y especialmente en aquellas excepcionales del curso de la vida, pudo torcer decididamente la trayectoria de los acontecimientos, más allá de su impacto subjetivo y su contención en términos de afecto y acompañamiento.

A través de dos ejemplos que pertenecen a extremos opuestos, ejemplificamos las anteriores observaciones:

Entrevistadora: [usuaria y entrevistadora vienen hablando respecto del acompañamiento del entorno cercano]... ¿y te han acompañado digamos, o no opinan?

Entrevistada: (...) Eh, hay gente que sí, mi mamá es una de las que más me acompaña...Lejos. Y ella aprendió mucho conmigo también de lo que se trataba (...) ella también me da mucho incentivo.

Entrevistadora: ¿Para qué?

Entrevistada: Para aprender a manejar, no sé... (...) ¿No podés pagarlo? No importa lo pago yo, esa clase...pero yo ya estaba adentro. Con lo de manicuría también (...) Es como que te da el empujón (...) Tenemos una relación muy, muy fuerte con mi mamá (Victoria, 30 años)

Sí, eh... que te paraliza [el miedo frente a su pareja violenta], yo a veces digo: te paraliza, pero, siempre yo lo que vi, le digo: Sí, él me podría haber golpeado que se yo, pero pasa que es el estar sola, el no tener una familia que te acompañe... Yo creo que fue eso, ¿viste? No poder ir a la casa de mi viejo y decir: Viejo, ¿me puedo quedar con todos los chicos? Qué se yo... Creo que hubiera sido diferente, ¿viste? Hubiera sido tener una tabla donde pisar, irte vos con tus hijos y listo, ya está. Después se verá (Susana, 46 años)

El apoyo fue entendido como “tabla donde pisar”, como punto de apoyo, plataforma prospectiva hacia un futuro diferente, facilitador de corrimientos de lugares subjetivos, y a su vez de desplazamientos efectivos en el espacio (tener lugar en el lugar del otro), porque

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

“después se verá”. Apoyo como aquel vínculo que posibilita o que inaugura un tiempo a construir, diferente y auspicioso.

La misma entrevistada intentó quebrar el impacto de la repetición en el lazo con su propia hija:

Yo le decía ¿C... vos te pensás que yo no pasé por esto? Le digo. Y estás cometiendo el mismo error, con la diferencia que yo te estoy.... Estoy al lado tuyo (Laura, 42 años).

5.2 Tipos de apoyo

Pudimos identificar, a través del relato de las usuarias, varias fuentes o tipos de apoyo ilustrativos de los distintos vínculos que tejen las usuarias con su entorno inmediato, frente a situaciones de padecimiento psíquico: apoyo familiar, del sector público a través de las figuras del “Asistente”, la psicóloga, la médica o la enfermera; del “gremio”; de amigas o amigos; de la Iglesia, y de los “amigos virtuales”. Se desarrollan seguidamente.

Apoyo familiar

Los dos ejemplos citados a propósito de la caracterización de la *Red de Apoyo*, constituyen expresiones de apoyo familiar amplio, presente en la situación de Victoria y completamente ausente en el caso de Susana.

Para el caso de Adriana, la familia nuclear se estructuró como el centro de su *Red de Apoyo*:

.... al estar lejos, [familia de origen en otra ciudad] yo no tengo nadie acá, mi abuelo falleció, entonces, lo único que tengo, mi entorno es mis hijos y mi marido nada más.

La historia de Soledad mostró un grupo aún más restringido, ya que no pudo contar

con su pareja como acompañamiento (padece situaciones de violencia familiar):

Entrevistadora: Y en lo cotidiano tenés gente de apoyo cuando no te sentís bien, podés contar con ellos...

Entrevistada: No, en lo cotidiano estoy con los chicos nada más.

Sin embargo, y tal como expresamos al comienzo del presente apartado, y para algunas de las entrevistadas, fueron circunstancias dolorosas excepcionales las que propiciaron acercamientos familiares y acompañamiento frente a crisis paranormativas. Así pudimos observar por ejemplo la situación de Soledad para quién el último episodio de intento de suicidio implicó el acercamiento de familiares -con relaciones distantes por diferentes circunstancias- para acompañarla en el hospital:

Eh... conmigo estuvo... Mi... estuvo mi hermana... Por parte de mi mamá, se quedó conmigo toda la noche..., y después al otro día... llegó mi hermana por parte de mi papá³².

Por otro lado y acerca de la decisión de consultar a una psicóloga, las distintas usuarias fueron dando cuenta de las particularidades de su historia, evidenciándose cierta tendencia positiva hacia el acompañamiento del grupo familiar. Por ejemplo Ana recibió el apoyo de sus hijas y de su madre en forma de aprobación a su decisión de consulta:

Mi mamá está contenta [que vaya a la psicóloga] Sí, aparte ella me dice; ¿a vos te hace bien? Sí, a mí me hace bien. Bueno, listo, es lo único que te tiene que importar, no lo que digan los demás.

En la historia de Yasmín, la más joven de las entrevistadas, pudimos observar el apoyo de su madre a la consulta y el acompañamiento de su amigo. Sin embargo no comentó el

32 Los cambios en las condiciones de unión de los padres y las actuales parejas de los mismos, así como el nacimiento de nuevos hijos, fueron generando vínculos novedosos; el lenguaje cotidiano ensayó entonces nuevas formas de nominación de las relaciones de parentesco. En el relato de las usuarias entrevistadas, la utilización de las formas “por parte de” dieron cuenta de estas uniones (“hermana por parte de mi mamá”, “hermana por parte de mi papá”, entre otras expresiones).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

inicio de su tratamiento psicológico en la escuela, por lo menos al comienzo, para no ser tildada de “rara”. Su padre permaneció al margen de la decisión:

... ¿viste cuando toman un tema como tabú? Como que... como que no se habla mucho de eso...

Victoria resaltó en su relato el aspecto de apoyo incondicional de su hermana, más allá de acompañar o no su decisión.

Es una persona que para ella “no es nada” [lo que le acontece a la usuaria o la ida al psicólogo], pero bueno, si vos lo hacés... yo te cuido a las nenas porque tenés que ir al psiquiatra, es tu decisión. Entonces es muy valorable...

Nos interesa mencionar el apoyo particular –o la falta del mismo- de las parejas o los esposos a las decisiones de las usuarias. La indiferencia del marido resaltó en el caso de Sandra y de Ana:

Entrevistadora: [Comentan usuaria y entrevistadora del apoyo a la consulta psicológica recibido por las hijas]

Entrevistada: ...ellas mismas me mandaron porque, viste... no sé, soy difícil para convivir y bueno....

Entrevistadora: ¿Y tu marido?

Entrevistada: No, mi marido a veces en lo que las chicas están de acuerdo, él... acata... Él eh..., le es indiferente (Sandra, 47 años)

Mi marido no le va ni le viene (...) No le atrae la situación digamos, por decirlo de forma (Ana, 45 años)

Adriana dio cuenta de la incompreensión de su marido frente a los Ataques de pánico, donde la “locura” apareció como recurso para explicar lo que quedó por fuera del entendimiento, a la vez que clausuró cualquier pregunta respecto de los padecimientos,

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

relaciones y contextos de sufrimiento, remitiendo lo no entendido a un estado de alienación:

El no entendía qué era lo que me pasaba a mí. En realidad hay mucha gente que no entiende qué es lo que pasa (...) una vez me dice: vos estás loca, si llegamos allá [la guardia del hospital] y no tenés nada.

Igual situación atravesó Mariana con su pareja respecto de la consulta psicológica:

... mi marido y si, él... él le parece todo juego... Dice sí, ¿ir al psicólogo? Porque estás loca...

Muy distintas fueron las circunstancias de dos de las usuarias. La separación de Laura de su anterior pareja no significó la pérdida de un lugar de importancia dentro de su grupo de apoyo; por ejemplo, siguió incorporada a su obra social:

...porque no estamos separados legal. Él nunca me sacó de nada, no...No, no, no, siempre todo él, lo que necesite...

El marido de Susana, su actual pareja, expresó con absoluta belleza el apoyo a su compañera en ocasión del fallecimiento de su hija:

... mi marido "si necesitás ayuda" me dice, andá, porque no te veo bien. Capaz yo no te pueda dar, no te pueda decir las palabras que a vos te hagan entender... capaz que un profesional puede, me dice. Y así que bueno...

Apoyo del sector público. La figura del "Asistente" y de la Psicóloga

Las personas que pertenecen al campo disciplinar del Trabajo Social forman parte de los Equipos de Salud de las Unidades Sanitarias. Al igual que los psicólogos suelen estar distribuidos en un número no menor a dos por Área Programática. En el imaginario de las

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

usuarias su figura se asocia al término “Asistente”, que refiere a la anterior denominación de la disciplina (Asistente Social).

Su especificidad profesional se orienta al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y las comunidades teniendo como eje el derecho a la salud. Para ello y en APS los Trabajadores Sociales trabajan desde la asistencia (con la gestión del recurso) y la prevención en forma amplia -desde las tareas comunitarias-, orientando sus intervenciones hacia las causas de aquellas problemáticas ligadas al campo de la salud, reconstruyendo la red social sanitaria de los sujetos³³.

En sectores desfavorecidos económicamente, las/los Lics. en Trabajo Social desempeñan un papel decisivo y de fuerte impronta en la vida de las personas con problemáticas de salud y que recurren al PNAS; y, al igual que en el caso de las psicólogas, sus intervenciones formaron parte de los relatos de la vida cotidiana de varias de las usuarias entrevistadas.

Citamos como ejemplo el caso de Susana (46 años), quien vivió situaciones de grave maltrato psicológico y físico. Su ex-pareja se ausentaba repetidamente del hogar, que compartían con sus suegros; ellos la asistían económicamente y, en esas circunstancias, recurría al servicio social de una vecina ciudad:

Le digo a mí nadie me fue a sacar un turno médico, nadie me llevó al hospital, yo cuando necesitaba pasaje, me iba a [nombre de la ciudad], hablaba con la asistente, la asistente ya me conocía, que ellas siempre me ayudaron. Siempre.

Con relación a la figura de la psicóloga, su apreciación por parte de las usuarias como profesional de la que se espera en sentido amplio algún tipo de “ayuda” fue mencionado expresamente en apartados anteriores, a propósito del tratamiento de las características esperadas de las profesionales y la consideración de *ámbito singular* con el que se inviste a la *consulta psicológica*. Su mención en este apartado refiere a cómo, desde la subjetividad de las usuarias, también la psicóloga suele formar parte de su grupo de apoyo, y en varios de los casos, junto a otros profesionales del Equipo de Salud de la Unidad Sanitaria de referencia.

33 La caracterización disciplinar fue recogida en conversaciones informales realizadas al Equipo de Salud, en este caso a la Lic. en Trabajo Social Daniela Gargiulo del Área Programática 3.

Apoyo de la Unidad Sanitaria a través de la figura de la enfermera y de la médica

Varias de las usuarias entrevistadas manifestaron una cercanía en el trato con el personal del Equipo de Salud, de la Unidad Sanitaria donde referenciaron su atención. En el siguiente ejemplo se menciona expresamente a la enfermera, quién no sólo recepcionó a la usuaria sino que le brindó la primera atención frente al desborde de su Ataque de pánico:

Llego y estaba N, una chica que es conocida, enfermera. Me dice hola Susana, hola, qué te pasa, quedate; y ahí: pará que estoy curando a una persona. Bueno. Y yo ahí ya me puse a llorar, me puse a llorar, me puse a llorar. No, me dice, no te pongas mal, dijo, tenés que respirar profundo... (Susana, 46 años).

El aspecto territorial de la atención primaria de la salud permite y refuerza el conocimiento del personal de salud por parte de las usuarias. A su vez, las enfermeras de dichos centros de salud son las que, en general, están fijadas en el Centro de Salud y conocen prácticamente a toda la *población a cargo*, es decir, la que se encuentra en el radio de influencia de dicho efector de salud. Ello genera cierta rutina de atención, un *saber* sobre los procedimientos, de manejo de los horarios de los profesionales por parte de los y las usuarias, que los incorporan como parte de la cotidianeidad de la vida en el barrio. Para esta usuaria indudablemente, el Centro de Salud forma parte de esa *Red de Apoyo* y de cuidado de la salud.

Las médicas (en general) fueron también mencionadas como profesionales capaces de orientar el tratamiento y los recursos en una dirección apropiada al problema de la paciente. Fue así para el caso de Susana, aunque dicha apreciación no puede generalizarse por las marcadas diferencias que las usuarias suelen manifestar en cuanto a las formas insatisfactorias de tratamiento por parte de algunos profesionales.

Apoyo a través de la figura del “gremio”

Si bien la figura del “gremio” fue mencionada expresamente sólo por una de las usuarias, la importancia que adquirió para la misma nos permitió acercarnos al papel fundamental de resguardo de sus afiliados. Tomamos como ejemplo a Franca, quien se desempeñaba al momento de la entrevista como “portera” y cocinera en una escuela de jornada completa; la única de las usuarias con trabajo formal. Entendemos que tal filiación le permitió acceder a otros tipo de recursos, tanto materiales como afectivos y simbólicos. Observamos así que las figuras institucionales, directa o indirectamente, tuvieron peso significativo en su vida y en el tipo de vínculos que fueron conformando a lo largo del tiempo: el gremio, la Directora de la Escuela, las compañeras de trabajo, su amiga más cercana fue también su compañera de la escuela. En el siguiente párrafo ejemplificamos con una de las frases de Franca, quien recurrió al gremio solicitando ayuda profesional cuando se encontraba con un importante cuadro de depresión, violencia familiar y psicológica:

Y llamé al gremio, llamé a mi gremio, yo llamé a mi gremio. Yo llamé a mi gremio que me ayudaran, que me ayudaran. Que me hicieran el contacto con un psiquiatra.

Apoyo de amigas, amigos y grupos

En varios de los relatos de las usuarias entrevistadas el grupo de compañeras y/o amigas cercano (más o menos restringido) jugó un papel de apoyo importante en la cotidianidad de la vida de dichas mujeres. Como veremos en el apartado relativo a las *prácticas para sentirse bien*, las diversas actividades no sólo fueron elegidas por lo que podríamos calificar de “gusto” personal; intervinieron además la disposición de los recursos, su costo y cercanía, así como la posibilidad de desarrollar tal actividad en compañía de personas del entorno cercano.

Por otro lado observamos que la ausencia de parientes en la ciudad (o su fallecimiento), los conflictos con las familias de origen o las problemáticas vinculares con el grupo familiar conviviente o cercano, reforzaron las relaciones de amistad. En estos casos se establecieron vínculos íntimos y de intensa cercanía afectiva con las o los amigos.

Ejemplificamos con la situación de Adriana para quien, en ausencia de su familia de

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

origen que vive en otra ciudad, el grupo de amigas adquirió especial centralidad; fueron las que “están al tanto” de su situación, y con quien reconoce tener “muchas cosas...en común”. Con dos o tres amigas que tienen hijos con edades parecidas, se reúnen no menos de tres veces por semana para charlar y compartir.

En cuanto al apoyo a la consulta psicológica de las usuarias por parte de la red cercana, citamos el ejemplo de Natalia. “Si a vos te hace bien”, fue la frase de la amiga con la que salía a caminar y es la misma que escucha de su cuñada y su hermana. Sintetiza de alguna manera una misma percepción respecto de la consulta psicológica para buena parte de la *Red de Apoyo* de las mujeres entrevistadas. Hace hincapié, como vimos, en el aspecto positivo de las búsquedas de salud mas allá de compartir o no el criterio, punto expresamente valorado por varias de las usuarias entrevistadas.

Finalmente señalamos un aspecto no menor que surgió del análisis del material de las entrevistas y que puso en cuestión el tema de la apropiación de los discursos que circulan al interior de ciertos circuitos, grupos o instituciones en cuanto al empoderamiento de las mujeres. Pudimos dar cuenta así de cierta disonancia o tensión existente entre el contenido de tales discursos y su incidencia concreta en el comportamiento de las usuarias, en tanto quiebre efectivo de sus ciclos de repetición.

Entendemos que las percepciones y formas de entender el mundo en cuanto al papel de la mujer así como su relación de subordinación respecto del hombre, forman parte de cierto *habitus* que, como disposición a la acción, tiende a exteriorizarse en la forma de determinadas conductas en varias de las usuarias entrevistadas: sumisión, aguante, aceptación, debilidad, resignación, parálisis, miedo. Ejemplificamos con el caso de Mariana, que forma parte de un grupo que participa en las marchas contra la violencia de género, evidenciándose una brecha de importancia entre aquello que circula a nivel de los discursos y su real empoderamiento:

...yo hablo por otras chicas pero ya te digo... no soy fuerte... ponele que yo digo ay, por qué no hice esto, por qué no lo mandé a freír papas, y no lo hago... o sea.

Red de apoyo e Iglesia

La concurrencia a la Iglesia fue abordada en el tratamiento de la temática de las Formas de atención, y es retomada a propósito de las prácticas para *sentirse bien* realizadas por las usuarias entrevistadas. En esta ocasión nos interesa resaltar especialmente la dinámica de los vínculos que se construyen al interior de dichos espacios, el sitio de sociabilidad particular que habilita, y por supuesto para el creyente, un lugar donde pedir, agradecer y sentirse parte de una comunidad que lo incluye.

Varias de las usuarias mencionaron en forma directa o indirecta el lazo con la institución. Violeta y Franca, por ejemplo, comentaron que las relaciones con la Iglesia formaban parte de su vida cotidiana; ambas se bautizaron hace pocos años, y Violeta lo hizo en compañía de sus hijos. Por otro lado la práctica de rezar suele ser común para una importante número de las mujeres entrevistadas.

Apoyo y amigos virtuales

Yasmín, la más joven de las mujeres entrevistadas, fue la única que mencionó a los “amigos virtuales”.

Es así... Bueno, yo... la poca gente que por ahí yo conocí así, personal, la empecé a conocer virtualmente ¿no? Pero igual que no es, creo que es en general la gente de mi edad o más chica o un poco más grande, generalmente es como que se encuentra así, de esa forma, virtualmente creo yo...

Tal cual se aborda especialmente en el desarrollo de la presente investigación, la utilización que las entrevistadas hicieron de las redes sociales se circunscribió preferentemente al ámbito familiar y a la gente del entorno cercano. Para Yasmín en cambio, la mayor parte de sus amigos actuales comenzaron como contactos a través de las redes, y sólo después se conocieron personalmente. El carácter de virtualidad del vínculo, no obstante, no llevó implícito para la usuaria una relación menos “real”, o una noción de lejanía o superficialidad.

Discusión

La pregunta que guió el presente apartado hizo eje en las conductas del entorno afectivo cercano de las usuarias ante su decisión de consultar a una psicóloga o psicólogo, así como ante otras circunstancias infortunadas de su vida. Definimos así al apoyo social en sentido amplio como “la ayuda que recibe el individuo de otros en situaciones adversas” (Gonzalez y Restrepo, 2010). Aprehendimos bajo el concepto de “ayuda” puesto en valor por las mujeres entrevistadas, aquella carga de anhelo dirigida hacia un otro en búsqueda de alivio al sufrimiento psíquico. Resaltamos especialmente, de acuerdo a lo expresado por las usuarias, el valor positivo de dicha ayuda acompañando a la persona, más allá de la adhesión a las decisiones tomadas.

Siguiendo a Menéndez (2009) nos apartamos de una consideración o valoración estrictamente positiva ligada a la *Red de Apoyo* de las usuarias; refrendamos así las observaciones realizadas en cuanto a los motivos de consulta, donde las problemáticas vinculares se situaron en los tres primeros lugares como causales de los padecimientos (Fuente: Si-Salud).

Pudimos pensar demás las redes de relaciones de las usuarias como el producto de *estrategias de inversión social* (Bourdieu, 1980), que desde un punto consciente o inconsciente tienden a la creación de vínculos electivos y necesarios, que instauran una relación de obligaciones en el tiempo, en el marco del intercambio y el reconocimiento mutuos.

La metáfora introductoria de una de las usuarias del apoyo como aquella “tabla donde pisar”, resultó esclarecedora de la importancia de la presencia sustantiva del entorno cercano, considerado tanto en sus redes informales (amigos, familia, vecinos), como formales (equipo de salud, gremio, iglesia, otras instituciones).

En cuanto al apoyo familiar, observamos cierta tendencia positiva hacia el acompañamiento del grupo familiar, más o menos ampliado a la familia de origen; su ausencia o su corrimiento implicaron, desde la subjetividad de varias de las usuarias entrevistadas, la imposibilidad cercana de reorientar sus vidas en circunstancias adversas. Las parejas de las usuarias mostraron comportamientos disímiles, desde la incompreensión del

padecimiento hasta su compañía y sostén.

Por su parte y desde el sector público, fueron varias las figuras destacadas por su relevancia. En los sectores de pertenencia de las mujeres entrevistadas como los observados, desfavorecidos económicamente, y para la temática abordada, sobresalió la figura del “Asistente” dentro del Equipo de Salud; profesionales del campo disciplinar del Trabajo Social con fuerte impronta en la vida cotidiana de varias de las familias entrevistadas. También las psicólogas, enfermeras o las médicas fueron vistas como parte del entorno formal con el que contaron las usuarias. Sin embargo estas observaciones no pudieron generalizarse, dadas las marcadas diferencias señaladas.

Una sola de las usuarias poseía trabajo formal al momento de la entrevista; precisamente para ella adquirieron relevancia los vínculos institucionales y la figura del “gremio”, quien posibilitó el acceso a recursos tanto materiales como afectivos y simbólicos.

El grupo de compañeras, amigas y amigos cercano, más o menos restringido según cada usuaria, jugó un papel significativo como apoyo en la cotidianeidad de sus vidas. Su importancia pudo verse refrendada en el caso particular de la elección de actividades o de prácticas para *sentirse bien*, donde no sólo primó la oferta de recursos, el costo o la cercanía de los mismos, sino la posibilidad de realización conjunta. Así las actividades tuvieron que ver con este doble frente: práctica-compañía, donde se valoró la posibilidad de encuentro con *el otro*, en ocasiones, más que la propia actividad.

Para varias de las usuarias, en forma directa o indirecta, la Iglesia representó un vínculo de importancia en la vida diaria. Finalmente, pudimos observar que los “amigos virtuales” desempeñaron un papel relevante sólo para la más joven del grupo entrevistado; de tal suerte que la mayor parte de sus amistades se iniciaron a través de vínculos virtuales.

Entendemos que la edad de las usuarias y las prácticas puestas en juego dieron cuenta paradigmáticamente de cómo cada generación, socio-históricamente referenciada, conforma con los otros lazos propios y originales, subjetividades como *formas de habitar espacios* (Lewcowicz, 2006) y relacionarse con el mundo, en un vínculo de mutua implicación.

Capítulo 6. Otras Formas de Atención de la Salud y Prácticas para sentirse bien

En este apartado consideramos todas aquellas *Formas de atención de la salud* a las que recurren las usuarias por fuera del modelo médico tradicional o Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2009), como asimismo las actividades o Prácticas para *sentirse bien* en la vida cotidiana.

Desde una perspectiva antropológica, cuando hablamos de modos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos, no sólo pensamos en los de tipo biomédico, sino en todos los saberes y formas de atención que en términos intencionales buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado... (Menéndez, 2009 p. 25).

Menéndez supone saberes sobre salud que no son sólo patrimonio de los *curadores* representantes del modelo médico hegemónico, sino que también están presentes en otras modalidades o formas de atención, así como en las prácticas de salud llevadas a cabo por los propios sujetos.

A continuación presentamos las principales categorías de análisis, así como sus dimensiones cuando fueran pertinentes. Desarrollamos dos secciones principales. La primera da cuenta de las *Formas de atención de la salud* de las usuarias por fuera del *modelo médico hegemónico*; allí prestamos especial atención a cuatro Formas de atención de la salud mencionadas por las usuarias: Yoga, Reiki, Masajes terapéuticos y la concurrencia a la Iglesia.

La segunda sección se relaciona específicamente con las *actividades y prácticas* para *sentirse bien*. Allí, a partir de la consideración del hogar de las usuarias como eje de la organización familiar del cuidado, incluimos tres tipos de prácticas diferenciadas:

- . Prácticas fuera del ámbito doméstico: Cursos. Estudiar; Charlas. Talleres; Encuentro con Amigas. “Salir”; Gimnasia; Bicicleta; Caminar; Bailar; Trabajo y Trabajo Voluntario.
- . Prácticas en relación con tareas domésticas: Cocinar y Limpiar
- . Prácticas realizadas en el hogar: Leer; Tejer. Coser. Mandalas; Actividades recreativas con otros miembros del grupo familiar; Rezar; Mirar televisión; maquillarse. Perfumes. Cambiarse. Peinarse; Tomar té. Tomar mate. Compartir; Sexualidad; Internet; WhatsApp.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Facebook y Jardinería.

6.1 Otras formas de atención de la salud.

Conforme fue desarrollado en la parte metodológica de la presente investigación, las entrevistas semi-estructuradas a las usuarias se efectuaron de acuerdo con una Guía especialmente preparada que respondió a los objetivos del estudio. Para conocer las consultas realizadas por las usuarias a Otras Formas de atención así como las prácticas implementadas para *sentirse bien* se confeccionó el *Listado de Otras Formas de Atención de la Salud y Prácticas para sentirse bien (Anexo)*, que se organizó en dos bloques de acuerdo a dichas temáticas.

La lectura compartida entre la investigadora y las usuarias del primer bloque del Listado mencionado -concerniente al conocimiento de Otras Formas de atención- arrojó similares resultados, siendo representativas las respuestas o expresiones del tipo: “no”, “nada”, “me suena a...”, “no sé qué es”, “la escuché nombrar”, “la practica X [otra persona pero no ella]”. De suerte que la lectura conjunta de la nómina se deslizó rápidamente hasta tropezar con algunos puntos salientes, que, en general, remitieron a formas de atención que conocían las entrevistadas por haberlas practicado en un tiempo pasado, o aludían a prácticas de otras personas conocidas o desconocidas:

Entrevistadora: Mirá, acá si leés... esta lista...

Entrevistada: Son re-difíciles (Mariana, 38 años).

Una de las usuarias fue deletreando algunas de las modalidades de atención de la Parte 1; reconoció a la Acupuntura como práctica de la “patrona” de la madre; a otras las había escuchado nombrar pero ignoraba su campo de aplicación. Esta situación de desconocimiento se repitió casi para la totalidad de las entrevistadas:

Entrevistada: Acupuntura la escuché nombrar, la que te pincha

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Entrevistadora: Exactamente...

Entrevistada: Sí, la patrona de mi mamá la hace (Florencia, 35 años).

Entrevistadora: Acupuntura, viste que es...

Entrevistada: La de los chinos...

Entrevistadora: La de las agujitas... Bueno, contame si practicaste alguna...

Entrevistada: No (Susana, 46 años).

Entrevistadora: [Leemos el Listado]

Entrevistada: Sintergética no sé qué es... (...) Meditación me suena a..., lo he escuchado nombrar, me suena como a Buda pero no sé qué es... (...) Mandalas lo escuché nombrar, mantras también, eso me suena a magia... (Florencia, 35 años).

Entrevistadora: [Leemos el Listado]

Entrevistada: Hay cosas que no conozco.

Entrevistadora: Terapias florales, yoga... reiki...

Entrevistada: Lo conozco, pero no... (Victoria, 30 años).

Entrevistadora: [Leyendo el Listado] Bueno, acá entramos con las que hablan en Argentina: Meditación, visualización guiada, cuencos tibetanos...

Entrevistada: Desconozco (Franca, 49 años).

Clara (59 años) fue la única de las usuarias entrevistadas que dijo conocer la Medicina Ayurveda y la identificó como Terapia Alternativa; la implementó a través de la alimentación siendo Internet o lecturas propias sus fuentes de información. Además manifestó conocer los principios medicinales de las plantas:

Todo eso de lo que es la medicina alternativa de los libros de medicina en cuanto a todos los yuyeríos... Todos los tengo, los tengo todos estudiados de... de derecho a revés...

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

También fue la única de las entrevistadas con un claro uso de lenguaje que podría enmarcarse en la corriente *New Age*. Comentó, por ejemplo, haber brindado talleres de artesanías en escuelas que favorecían una forma de “armonización”; e hizo mención a los “registros akáshicos” no incluidos en el Listado:

Entrevistadora: [Investigadora y terapeuta comentan respecto del Listado, y las Constelaciones Familiares, y de cómo proceden]

Entrevistada: Bueno, yo eso lo estudio pero en los “registros akáshicos”, o sea que ahí vos también sacás cómo es tu... tu vida (Clara, 59 años).

Consideramos a continuación cuatro de las Formas de atención de la salud por fuera del Modelo Médico Hegemónico o biomedicina que mencionaron las usuarias: Yoga, Reiki, Masajes terapéuticos y la Concurrencia a la Iglesia.

Yoga

En la lectura conjunta del Listado pocas fueron las usuarias que reconocieron al *Yoga* como Otra Forma de atención de salud frecuente, o perteneciente al mundo de lo cotidiano. Una de las usuarias pensó en concurrir pero finalmente desistió; otras dos comenzaron pero no fue de su agrado:

Entrevistadora: [investigadora y entrevistada vienen comentado el Listado]

Yoga...

Entrevistada: Bueno, yoga mi hija me dice, ¿por qué no vas a yoga? Me duermo le digo, no eso es todo tranquilo, a mi dame para...(señal de movimiento) (Ana,45 años).

Entrevistada: Yoga fui.

Entrevistadora: (...) ¿Yoga estás practicando ahora?

Entrevistada: No me gustó, no me gustó (...) No, hace dos años, más o menos (...)

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Lo recomendó la psiquiatra (...) Y tres meses habré ido (Victoria, 30 años).

Para Franca (49 años) el Yoga -como el Reiki- pertenecían a la esfera del deseo, a aquellas formas de atención o actividades que le hubiera gustado realizar pero a las cuales no tuvo acceso, restringidas por las demandas laborales extensas o por razones económicas:

Entrevistadora: ¿Yoga...?

Entrevistada: También me gustaría pero... (Franca, 49 años)

Reiki

Ana (45 años) identificó expresamente al Reiki como una Forma de atención de la salud efectiva. Concurrió por espacio de “seis, siete meses, porque era una sesión por semana”, y cuando sus hijas eran chicas:

Entrevistada: [leyendo en forma conjunta el Listado] Reflexología no tampoco, lo que sí me hicieron Reiki. Eso me hacía rebien (...) Si encontrás a alguien que te lo haga bien (...) te da mucha paz, te relajás, sentís el calor en el cuerpo...

Sandra (47 años) mencionó que concurrió hace aproximadamente un año y “un par de veces” a Reiki. Respecto del lugar y la responsable de la actividad, respondió:

Ah, eso me lo hizo una amiga también, que estaba estudiando reflexología.

Para Franca (49 años) y como mencionamos, el Reiki formaba parte del orden del deseo:

Me gustaría pero no me dan los... [señal de dinero con las manos]

Masajes Terapéuticos

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Una de las usuarias entrevistadas, Franca (49 años), reconoció la utilidad de los masajes terapéuticos, aunque no por haberlos practicado:

Entrevistadora: Masajes terapéuticos

Entrevistada: Sí, eso sí, eso sirve.

Entrevistadora: Ah, mirá, eso sirve. ¿Los has hecho?

Entrevistada: No, pero viste que uno a veces está muy contracturado y... sirve.

Susana (46 años) por su parte relacionó los Masajes Terapéuticos con la Kinesiología, como un tratamiento específico y por un tiempo determinado. Destacamos en este caso que la Kinesiología no constituye una Terapia Alternativa, sino que forma parte de las especialidades del campo disciplinar de la medicina.

Entrevistadora. [nombra a los Masajes Terapéuticos] ¿Fuiste?

Entrevistada: Ah ese sí, a Kinesiología...

Entrevistadora: (...) ¿Por qué fuiste?

Entrevistada: Por esto, por el tema del pánico. Y me hacía re bien (...) Fui como diez sesiones...

Finalmente Ana (45 años) no identificó expresamente los Masajes Terapéuticos con una Terapia, sino que los mencionó como parte inicial de sus sesiones de Reiki. Asistió para “probar”, y rescató el aspecto de relajación. Fue “cuando las nenas eran chicas”:

Ella [la curadora], por ejemplo, al principio me hacía unos masajes. Todo viste... con una crema con aromas, ¿viste? Ponía música del movimiento de agua, de pajaritos, ¿viste? Todo bien relajada...

Concurrencia a la Iglesia. Sanadores

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

La inclusión de esta categoría en la primera parte del Listado se realizó conforme a la bibliografía consultada para su armado; y relacionada según entendemos al papel de “sanadores” de sus curadores. Si bien las usuarias entrevistadas no hicieron referencia a tales figuras dentro de la Iglesia, si la consideraron como un lugar especial de encuentro, depositaria en forma amplia del poder curativo de Dios, los santos u otra entidad religiosa. Entendemos no obstante que para varias de las mujeres también representó una práctica para *sentirse bien*. En este caso la concurrencia a la Iglesia se asoció a sentimientos de paz, tranquilidad, acercamiento, comodidad, inclusión, soporte emocional, entre otros.

Menéndez habla de “saberes y formas de atención de tipo popular y tradicional”, para referirse a los curadores con cierta *expertise* como curanderos, parteros y hueseros. E incluye a ciertos santos a los que se les atribuye poder curativo, “así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticas” (Menéndez, 2009, p. 31). Es decir, desde el punto de vista teórico estamos hablando de una distinción entre forma de atención, y de prácticas; sin embargo tales divisiones en el terreno no pudieron adscribirse con tanta claridad a este constructo.

Entrevistada: Que Dios te bendiga, en este día (...) En tu lugar de trabajo... (..) Tu profesión y tu familia (...) En este día de hoy de la Virgen...

Entrevistadora: Gracias, igualmente. Ahhh..., vos sos practicante... ¿Y vas a la Iglesia?

Entrevistada: Sí, sí, me gusta, me siento cómoda (Sandra, 47 años)

Dos de las entrevistadas participaban al momento de la entrevista en grupos dentro de la Iglesia: la propia Sandra citada precedentemente asistía semanalmente a “grupos de oración” y se identificó como “adoradora de la Virgen” (Iglesia Católica). Susana por su parte formaba parte de los “grupos de petición” de la Iglesia Evangélica, convocados para orar en forma conjunta por la solución de alguna necesidad imperiosa de la comunidad; en la siguiente cita podemos observar cómo para la usuaria el concurrir a la Iglesia representaba una práctica activa y de encuentro con otros:

Entrevistadora: ¿Vas a alguna Iglesia?

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Entrevistada: A la Iglesia si (...)

Evangélica (...) A veces tres veces por semana, a veces dos

Entrevistadora: Ah... ¿Y desde siempre...?

Entrevistada: Sí... Aparte nos conocemos de muy chiquitos, conozco a toda la gente, me conocen a mí, conozco mucha gente (Susana, 46 años).

Por otra parte y como mencionamos, no se observó la concurrencia a sanadores dentro de los cultos. Sí se rescataron ocasionales charlas con sacerdotes o pastores.

Entrevistadora: ¿Entrevistas con sanadores?... [Investigadora y entrevistada vienen comentando el Listado]

Entrevistada: Ah, pero antes estaba la Luz del Sol, o esas cosas que sanaban... esos hombres (...) Eran dos hombres también que sanaban, te daban, te decían prendé una vela...

Entrevistadora: ¿Vos ibas?

Entrevistada: No (Laura, 42 años).

Entrevistadora: ¿Charlas con pastores o sacerdotes?

Entrevistada: Con el sacerdote por ahí (...) Con el padre [nombre del sacerdote]. El año pasado lo hice.

Entrevistadora: Mirá vos, y ¿has ido unas cuántas veces?

Entrevistada: No, una vez (Franca, 49 años).

Por otro lado, Sandra señaló los nuevos formatos de la confesión; comentó que en algunas oportunidades contó sus problemas al sacerdote y recibió sus consejos. Igualmente hacía más de tres años que no se confesaba aunque asistía en forma regular a la Iglesia al momento de la entrevista:

Entrevistada: Ahora la confesión (...) es cara a cara y por ahí, estamos sentados los dos en el mismo banco de la Iglesia (...) Por lo menos este Padre... escucha los pecados (...) Y, bueno. Así que ahí también hay veces que, que te aconseja a vos...

Susana (46 años) resaltó la importancia del “contar” como actividad privilegiada más allá de quién sea el destinatario ocasional. Lo llamativo fue además que también “cuida” al pastor (y actualmente a su hijo, a su hermano, antes a su madre y a sus padres enfermos), de alguna forma, al no querer llevarle sus propios problemas:

Entrevistadora: Bueno, charlas con pastores, sacerdotes. O sea, más allá del culto, ¿uno conversa con el pastor?

Entrevistada: Y a veces sí, según, jaja (...) Hay pastores que pasa que trabajan y bueno, uno a veces también no quiere, dándole más problemas de los que a veces tienen... (...) a mí por eso es como yo te dije recién, yo si le tengo que contar al pastor, a la hermana, al hermano o a quien sea.

Tres de las entrevistadas manifestaron su falta de convicción en el carácter institucional de la Iglesia, producto de recorridos propios y/o familiares vinculados a sentimientos de desilusión, bronca y descreimiento:

Entrevistadora: [leyendo el Listado] Retiros o actividades especiales propuestas por la Iglesia...

Entrevistada: No creo en las Iglesias yo. No creo en lo generado por la raza humana(...) si existe como dicen ellos, un Dios, poder hablar en representación de alguien que es tan poderoso, no me parece (Victoria, 30 años)

Entrevistadora: ¿Concurrís a alguna Iglesia?

Entrevistada: No, soy católica pero no soy de ir a la Iglesia, esas cosas me dan bronca, porque hay gente que vos conocés que vive en la Iglesia y se hacen los santos, y no... Porque vos sabés que no son así (Clara, 59 años)

Entrevistadora: [comentando en forma conjunta las prácticas y la justificación de la usuaria de por qué no concurre a la Iglesia] No sos creyente...

Entrevistada: Sí, sé que hay un Dios, pero no... (...) Será porque las Iglesias me han

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

defraudado... viste... (...) Y bueno, mi viejo era... es... cómo se dice, iba a una iglesia (...) Antes trabajaba en una panadería... Cuando ellos pedían mi papá le traía todo, todo, todo, todo. Cuando mi papá se quedó sin trabajo... cuando necesitó que no tenía, nadie le vino a traer un pedazo de pan (Laura, 42 años).

Con todo, la opción por la concurrencia a la Iglesia relacionada con el *estar bien* fue una de las más mencionadas dentro del primer bloque del Listado, aunque no para la mayoría de las mujeres entrevistadas y con comportamientos diversos respecto de sus prácticas.

Las otras menciones se relacionaron con el aspecto de cumplimiento de las obligaciones de pertenencia a la comunidad religiosa, de acuerdo a las creencias vinculantes de las entrevistadas, y con su carácter de encuentro, apoyo y sostén emocional:

Entrevistadora: ¿Alguna Iglesia?

Entrevistada: Sí, sí, soy católica.

Entrevistadora: Ah, ¿y vas?

Entrevistada: Cuando puedo (...) De hecho tomé la comunión hace..., si tendría hace diez años una cosa así, mis hijos eran grandes.

Entrevistadora: ¿Y te hace bien, vas como una ayuda espiritual?

Entrevistada: Me da paz (...) A veces me enoja con el barba. Después le digo gracias, gracias, gracias, porque siempre me tira una sogá (Franca, 49 años)

Asimismo el carácter de obligación pudo verse en Mariana, cuya respuesta por la asistencia a la Iglesia fue relacionada con su falta de tiempo. Mas allá de una probable disculpa por su no asistencia, destacamos que el ejercicio de las prácticas o actividades mencionadas supone tiempo; variable escasa para sí, consumida casi por completo dentro de la casa y en la organización de la familia para la mayor parte de las usuarias:

Entrevistada: No, yo eh... siempre, siempre... estoy en pendiente de decir ay, tengo que ir a la Iglesia, tengo que ir....Como pendiente que no, no, cada vez que voy al centro para hacer algo, hoy a la mañana fui a hacer algo y vine así... pero no, es que... no tengo tiempo.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Otra consideración importante se relacionó con la observación de la concurrencia a la iglesia como *estrategia* en el sentido dado por Bourdieu y que fue abordado a propósito de las Demandas de Atención de las usuarias. En este caso, percibimos cómo Iglesia y Psicología pudieron cumplir para la entrevistada la misma función (homología funcional):

Entrevistadora: [viene comentando sobre los grupos de oración en la iglesia a la que asiste la entrevistada] Oran por la gente...

Entrevistada: Que está enferma eh..., por las peticiones, que como a mí que [nombre de su hija] no me ve, qué se yo....

Entrevistadora: Ah, ¿se pide por eso?

Entrevistada: Se pide por esas cosas, eh..., oran por todo. Sí, sí, ya ellos también es como [nombre de su terapeuta], tipo psicología (Susana, 46 años)

Entrevistadora: [vienen conversando respecto de los problemas de la usuaria]

Entrevistada: Capaz quizás me falta más fortaleza, bueno entonces, lo que me dice el Sacerdote que... ehhh..., que también es medio psicólogo... (Sandra, 47 años)

Una sola de las usuarias manifestó haber concurrido a un retiro organizado por su Iglesia, en alguna oportunidad:

Me invitaron, fui. Estuvo lindo también... (Sandra, 47 años).

6.2 Actividades y prácticas para *sentirse bien*

En este apartado consideramos las prácticas para *sentirse bien* que mencionaron las usuarias y que pudieron adscribirse a esta categoría.

Señalamos expresamente el criterio de las usuarias para ordenar estas actividades como *prácticas para sentirse bien*, y no de la Investigadora. En los casos de dudas se repreguntó especialmente su confirmación para sostenerlas en cuanto tales. Exceptuamos la participación

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

en redes sociales, según criterios que se detallan en el apartado correspondiente.

Como hemos venido desarrollando, observamos que el hogar se presentó como el centro o eje de la organización vital y familiar de las usuarias entrevistadas. Las prácticas fueron divididas de acuerdo a este criterio ordenador, en base a los relatos de las mujeres entrevistadas:

. *Prácticas para sentirse bien fuera del hogar o fuera del ámbito doméstico*: Cursos/estudiar; Charlas/Encuentros; “Salir” con Amigas/os; Gimnasia; Bicicleta; Bailar/Zumba; Trabajo; Trabajo voluntario/Ayudar.

. *Prácticas en relación con actividades del hogar o tareas domésticas*: Cocinar; Limpiar

. *Prácticas para sentirse bien realizadas en el hogar*: Leer; Tejer/Coser/Bordar/Pintar Mandalas; Escuchar Música; Actividades recreativas con otros miembros del grupo familiar dentro del hogar; Rezar; Jardinería; Mirar televisión; Maquillarse/Perfumes/Cambiarse; Tomar té/Mate/Compartir; Sexualidad; Internet//Facebook/WhatsApp.

A manera de introducción de las distintas prácticas que las usuarias reconocieron como beneficiosas para la salud en su vida cotidiana, recuperamos el comentario inicial de Victoria, ilustración perfecta de la determinación recíproca entre campo y habitus, entre posición y disposición:

|

Entrevistadora: En esta parte de acá [en referencia al Formulario de “Consentimiento Informado”] dice que el objetivo de este estudio es (...) Entonces te cuento, vas al psicólogo, te tomás un té... Te anotás en un taller...

Entrevistada: Cuáles son las alternativas o recursos que toman, que tienen a veces. No solamente qué tenemos para elegir, si no justamente eso, no sólo lo que nosotros queremos, si no a veces lo que tenemos... a nuestro alcance.

Entrevistadora: Exactamente

Entrevistada: A veces las herramientas de la gente no son las mismas para todo el mundo... (Victoria, 30 años).

El análisis de los contenidos de las entrevistas puso en cuestión nuevas dimensiones de las prácticas para *sentirse bien*, que pudieron ser relacionadas con el mundo de lo cotidiano y vivencial de las usuarias. Pudimos observar una importante cantidad de prácticas que

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

podríamos denominar *estructuradas* (*hacia afuera* pero preferentemente *hacia adentro* de los hogares, solapadas o entremezcladas con actividades del cuidado familiar o *trabajo reproductivo*), así como otras actividades más sutiles y menos sistematizadas que, no obstante, visualizamos como poderos recursos para la salud mental de las usuarias. Presentamos seguidamente un conjunto de prácticas para *sentirse bien* que las usuarias identificaron como actividades del orden de lo cotidiano, donde se observó en mayor o medida la presencia de esta dimensión del análisis.

Prácticas fuera del ámbito doméstico

Cursos. Estudiar

Las usuarias asociaron o relacionaron sus propias actividades de formación con el *sentirse bien*. Se refirieron así tanto al ámbito académico formal como a capacitaciones y diferentes cursos y talleres. Entendemos que dichas prácticas pensadas como estrategias pudieron prestar beneficios en campos distintos. Por ejemplo como estrategias económicas a la vez que estrategias de cuidado de la salud:

Entrevistadora: [refiriéndose a cursos de manicuría y maquillaje realizados por la usuaria que le permitieron tener un ingreso económico]

Entrevistada: No, a mí me hizo bien porque me fascina hacer lo que hago (...) Sí, me genera placer (Victoria, 30 años).

Otra de las usuarias realizaba cursos de formación como contraprestación en un programa de inserción laboral municipal. Si bien remarcó que estuvo un año sin cobrar, sostuvo la actividad por el encuentro con su compañeras:

Entrevistadora: ¿Hacer cursos? Sí, porque hiciste estos cursos...

Entrevistada: Sí, sí, sí. Cursos... siempre trato de hacer cursos yo.

Entrevistadora: Pero vos pensás que es un curso para sentirte bien, o lo pensás más que nada como salida laboral...

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Entrevistada: Y... no, me siento bien también. Sí, porque estuve un año y medio sin cobrar. Iba igual...

Entrevistadora: ¿Y por qué? ¿Qué es lo que pasa que... cuando vas, qué es lo que te hace sentir bien?

Entrevistada: Ahhh... porque charlamos mucho con las mujeres, somos todas mujeres y bueno, charlamos mucho... eh...sí y ¿viste?, estar... porque si estás en tu casa siempre tenés algo para hacer... (Mariana, 38 años).

Aquí se agregó el plus de la consideración del *trabajo de la casa* como un trabajo que nunca se acaba, donde siempre “tenés” alguna actividad que realizar, y donde la actividad fuera de la casa remite a la posibilidad del encuentro afectivo con otros, así como a la posibilidad de “escape” o descanso (sumado a la contra-prestación económica cuando existe).

Como ya mencionamos, una sola de las entrevistadas estaba estudiando un Profesorado Terciario al momento de la realización de las entrevistas (Florencia, 35 años). Por su parte Sandra (47 años) terminó la carrera de Magisterio pero no ejercía su profesión debido a dificultades relacionadas con su biografía personal. La más joven del grupo, Yasmín (19 años) interrumpió los estudios de un Profesorado Universitario que había iniciado ese año. Clara (59 años) realizó Estudios de Teatro terciarios aunque incompletos. La gran mayoría de las mujeres entrevistadas poseía estudios secundarios incompletos. Sin embargo, tres de las usuarias manifestaron su deseo de terminar el colegio secundario, una propuesta más que se inscribió en el orden del deseo pospuesto:

Entrevistadora: Coser ya dijimos que no, estudiar algo...

Entrevistada: Me encantaría hacer el secundario pero no puedo (Franca, 49 años).

Charlas. Encuentros

Comenzamos este apartado con un párrafo de reflexión de una de las usuarias entrevistadas atento a su carácter profundamente reflexivo, y que sintetiza de alguna manera los fundamentos de la inclusión de muchas de estas prácticas bajo la denominación amplia de

salud, y de prácticas para “sentirse bien”.

...Pero en realidad todo, todo forma una persona... En distintos niveles, porque la persona que va a un taller, es porque ya no es María la que lava, la que plancha, la que éto; [es] la que quiere aprender algo, la que siempre tuvo ganas como usted, que sigue estudiando (Clara, 59 años).

Dos de las entrevistadas mencionaron su participación en charlas. Una de ellas asistía al momento de la entrevista a las brindadas por un grupo de mujeres autoconvocadas, que concurría a las marchas en defensa de los derechos de las mujeres. Otra de las usuarias participó en encuentros organizados desde la Iglesia sobre el Manejo de las emociones, pero abandonó por falta de tiempo.

Entrevistadora: [comenta con la usuaria las formas de atención del Listado]

Entrevistada: No, por ahí están los talleres, puede ser, que por ahí a mí me gusta ir a las charlas de mujeres... (Mariana, 38 años).

Entrevistadora: [Leyendo en forma conjunta el Listado] Participación en cursos...

Entrevistada: Sí, el año pasado fui a un lugar que no era... me llevó una amiga eh... Estaba bueno el curso, duraba 6 meses..., pero por cuestión del trabajo...

Entrevistadora: ¿Era un curso?

Entrevistada: Era un curso, cómo manejar las emociones (...) Estaba muy interesante el curso (...) Fui dos veces y las dos veces que fui estuvo muy interesante pero por cuestiones de trabajo... [tuvo que abandonar] (Franca, 49 años).

Encuentro con Amigas. “Salir”

Las redes amplias de amigos o amigas no aparecieron como la norma. Las usuarias manifestaron tener vínculos estrechos preferentemente con su familia o amigos cercanos:

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Entrevistada: [comenta que visita a una amiga en otra ciudad]

Entrevistadora: ¿Y las amigas de Bahía se visitan entre ustedes?

Entrevistada: Y ¡la tengo en el patio!, así que a la mañana voy a tomar mate con ella... Vive atrás de mi casa... (Laura, 42 años).

Observamos, en aquellos casos en que existían redes sociales más amplias, que su conformación respondía a los distintos grupos de participación de las mujeres. Entrevistadas activas como Franca no sólo compartía salidas con compañeros de trabajo, sino también con “amigas de la vida”, con un grupo con el que salía los fines de semana o con personas de las ferias u otras actividades de su vida cotidiana. Recordamos que Franca fue la única entrevistada que poseía un trabajo formal remunerado:

Entrevistadora: ¿Salir?

Entrevistada: Sí, salgo. Con las compañeras de trabajo, con amigas de la vida, con familia y así .

Para el caso de Susana y su particular situación de estar a cargo de su hermano con discapacidad, los encuentros con amigas y conocidos ocurrían en su casa, conformando una importante *Red de Apoyo* ampliada que incluía a miembros de la iglesia, amigas y conocidas del barrio:

Entrevistada: [comenta con la Entrevistadora las “bondades” de la pava eléctrica con la que ceba unos mates en el transcurso de la entrevista]... ¡si viene la gente, ya la tengo calentita!

Entrevistadora: (...) Ah... ¿Te visitan? ¿Recibís visitas en tu casa?

Entrevistada: Es más lo que recibo que lo que voy yo (...) Sí, sí, vienen chicos, vienen jóvenes, grandes (...) vienen gente muy muy mayor me encanta...(…) Algunas son de la Iglesia, otras amigas.., otros.. Sí, sí, la vecina, por ahí me dice: Susana estás en tu casa voy a tomar unos mates. Venga nomás.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

La usuaria Adriana manifestó asimismo recibir en su casa a amigas con las que solía compartir una importante cantidad de horas semanales, mientras los hijos jugaban juntos; mencionamos la cita respecto de su asociación con la práctica de tomar mate, en un apartado más abajo.

Respecto de la actividad considerada en forma amplia de “salir”, llamaron nuestra atención las respuestas de la usuaria Susana (46 años), centrada en su papel de cuidadora. Así el “salir” fue relacionado con el “hacer”, de tal forma que no pudo orientar su respuesta o pensar siquiera la pregunta dirigida a un espacio de disfrute personal:

Entrevistadora: ¿Salir? Salir al centro, salir...

Entrevistada: Sí, si tengo que hacer algo... salgo.

Entrevistadora: Hacer algo, pero solamente para bueno, me voy a despejar, me voy a...

Entrevistada: Sí, sí, por ahí con el nene, lo llevo a la plaza.

Adriana por su parte remarcó el hecho y la importancia de salir por su impronta de actividad fuera de la casa. Priorizó esa finalidad en sí misma y en asociación al “despejarse”, más allá de dónde o qué hacer; resaltó la importancia de que dicha actividad se realice sola (especialmente sin los hijos) y aunque los tiempos fueran mínimos. Retomamos esta presentación y funcionalidad de las prácticas a lo largo de todo el apartado:

Entrevistadora: ¿Salir...?

Entrevistada: Sí, sí. El hecho de, de despejarte es bueno, es muy bueno, más para las personas que tenemos ataques de pánico el hecho de despejarte es bueno. Pero eh... lo tenés que hacer, cada tanto una salida, aunque sea ir a comprar, yo necesitaba ir a comprar sola. Eh, muchas veces viste el nene me decía: “mamá ¿puedo ir con vos?” No, quedate con tu papá...5 minutos viste, así fuera una cuadra caminando sola, no importa.

Se mencionaron pocas actividades placenteras con todo el grupo familiar. En uno sólo de los relatos pudo observarse una tendencia a la participación de toda la familia: la familia de

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Laura realizaba en forma periódica paseos y campamentos fuera de la ciudad. Por su parte la familia de Mariana concurría desde hacía poco tiempo a ver jugar al fútbol a uno de sus hijos, cuestión que la usuaria reconoció en forma positiva, a la vez que pudo inscribir no ingenuamente tal comportamiento por parte de su pareja en el marco de una reconciliación.

Algunas escenas de la vida cotidiana remitieron al encuentro placentero pero incluyendo a miembros de subsistemas parciales de la familia: la abuela con los nietos, la madre con una de las hijas, la madre con el hijo menor. Por ejemplo, tomamos el relato de Ana:

Vino justo mi mamá... Dice ¿qué hacen? ... yo estoy cerrando, vamos a salir un rato, con mi papá. Se habían ido a la cancha entonces estaba sola. Y bueno, agarramos el auto y nos fuimos a dar una vuelta. En el auto, nomás... [su marido se había ido a la cancha de fútbol]

Tres de las usuarias mencionaron salidas con el marido o pareja (a pasear en auto y/o a comer afuera; a una terapia de baños termales, a caminar).

Gimnasia

Una de las usuarias que participaba en actividades de Gimnasia remarcó su carácter de descarga, de alegría y de “escape” de su situación al momento de realización de la entrevista. Ampliamos ahora esta cita que ya fue considerada a propósito del tema del “tiempo” dedicado a la organización del hogar:

Entrevistada:...Cuando estaba [nombre de su hija] todavía iba al gimnasio yo, para sacarme todo...

Entrevistadora: (...) Habías empezado gimnasia ¿este año también?

Entrevistada: No, no puedo por el tema del horario (...) Sí, iba tres veces por semana, ya era, qué se yo, una hora que jodía con la gente, hinchaba o reía, trataba de olvidarme qué se yo, olvidarte de las cosas, no estar encerrada acá. Muchas amigas

me dicen: Sí te voy a ver, pero yo sigo con mi encierro acá (Susana, 46 años)

En otros relatos la actividad adquirió relevancia no sólo por su tipo o características, sino porque se realizaba en compañía de otros, de tal forma que varias de las usuarias abandonaron la práctica cuando se interrumpió dicho acompañamiento:

Entrevistada [Comenta que su amiga dejó de ir a Gimnasia con ella] Sí, y a mitad de camino me abandonó y bueno, después seguí un tiempo sola y después lo dejé porque ya seguir sola no... (...) caminar en las máquinas (...) Vas charlando, o estás en la bicicleta y estás charlando y es... es otra cosa... Ya ir sola como que... (Adriana, 33 años).

La misma entrevistada refirió que ir a gimnasia le permitía “despejarse” y sobre todo, tener un espacio sólo para ella. Resaltamos que fue su médico personal quien sugirió esa práctica. Al igual que en el relato de Soledad, con niños pequeños a cargo, en general los desplazamientos de cualquier tipo fuera del hogar se realizan con ellos; las actividades solas únicamente pudieron realizarse en los tiempos en que los hijos asistían a actividades escolares:

El gimnasio, salir un poquito más, a estar un poquito más fuera de, o sea... no fuera de mi casa si no, como que necesitaba despejarme, porque generalmente yo salgo y salgo con los nenes para todos lados, y no tenía un tiempo para mi sola (Adriana, 33 años).

Por las características de su centralidad en la organización y cuidados familiares, así como por sus medios económicos, las usuarias entrevistadas eligieron en general las actividades en el espacio cercano (Sociedades de Fomento, Clubes), contando con los recursos barriales, gratuitos preferentemente:

[Investigadora y usuaria vienen conversando sobre ir a Gimnasia; la entrevistada fue un año completo y luego dejó]

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Entrevistadora: Ah eso, sí, eso te iba a preguntar.... Entonces ¿y es en el barrio la actividad?

Entrevistada: Claro, si, si, si (Adriana, 33 años).

La usuaria respondió dando por supuesta la respuesta. Pareciera no haber lugar para imaginar, pensar otra cosa o habilitarse otros tiempos y otros espacios. Los tiempos fueron siempre acotados o se “aprovechó” a realizar actividades , como ya observamos, cuando los hijos estaban en el jardín o la escuela (o durmiendo).

Andar en Bicicleta

Algunas de las entrevistadas relataron que utilizaban la bicicleta “todo el tiempo” como Franca, identificándola como un medio de movilidad y no como una práctica ligada estrictamente a lo placentero. Otra de las usuarias como Ana utilizaba la bicicleta como medio para movilizarse, y además pudo significarla como práctica de corte de lo cotidiano:

Entrevistadora: [vienen hablando de caminar]

Entrevistada: Ahora ando en bicicleta también, me voy todos los días a donde sea... (...) lo uso como medio de transporte pero también me sirve para desenchufe.

Asimismo Sandra asoció el uso de la bicicleta con prácticas para *sentirse bien*, en su caso, como refuerzo o reaseguro de rasgos de su personalidad:

Me gusta más la bicicleta, como que estoy agarrando más la... Ahora caminar me aburríó, en una época me gustaba. Me gusta más la bici...

Entrevistadora: ... mirá lo que está escrito acá arriba: prácticas para sentirse bien o sea, qué cosas...

Entrevistada: Y esto me da seguridad. Sí, todos los días. (Sandra, 47 años).

Para Susana el uso de la bicicleta quedó situado en un tiempo pasado y en su

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

restricción actual por razones económicas:

Entrevistadora: ¿Y andar en bicicleta?

Entrevistada: Ay eso, quería comprarme una bici, jajaja. Para andar en bici, hace años que no ando. A ver si me puedo comprar un día una bici, también, pero ahora no.

Caminar

El caminar fue mencionado por varias entrevistadas como una forma de actividad para sentirse bien; sola como en los casos de Franca y Sandra, aunque generalmente se prefirió caminar en compañía de amigas y compartiendo la charla (Laura):

Entrevistada: Yo camino y ando en bicicleta

Entrevistadora: Ahí está, ¿y lo hacés para sentirte bien? O decís, no, me voy a caminar porque me despejo o lo hacés como...

Entrevistada: No, salgo a caminar para decir ommmm....., no escucho a nadie, ¡chin! [como brindando] (...) Tenía una compañera, una amiga que salíamos todos los días a la tarde...después empezamos a andar en bicicleta (...) todos los días (Laura, 42 años).

La usuaria además comentó que “acomoda” los horarios para poder salir con su amiga (que comenzó a trabajar) , y a su vez con los horarios de la escuela de sus hijos. Por ejemplo en esta última actividad, salen a andar en bicicleta de 6 a 7 de la mañana [!].

Para algunas de las mujeres entrevistadas, pudo verse esta actividad como parte de lo que hemos denominado las *Estrategias del “mientras tanto”*, que desarrollamos en el siguiente apartado. Caracterizamos de esta forma a aquellas prácticas para *sentirse bien* que cumplen o se insertan en lo cotidiano respondiendo a una doble funcionalidad; por ejemplo caminar para volver del médico a la vez que actividad asociada al disfrute. Esta doble funcionalidad también puede atribuirse por ejemplo a una salida al centro: para pagar cuentas y mirar vidrieras. “Mientras tanto” camino o pago, disfruto del paseo o miro vidrieras:

Entrevistadora: ¿Caminar?

Entrevistada: Sí, me encanta.

Entrevistadora: Pero salís... vos fijate que yo te lo pregunto como cosas que uno hace para sentirse bien

Entrevistada: Sí, me encanta (...) llevo al nene a la fonoaudióloga y cuando volvemos, volvemos caminando (Susana, 46 años)

La misma usuaria lo asoció a una tercera finalidad que es el bajar de peso. Fue una motivación que estuvo presente en tres de las entrevistadas, pero no con carácter central:

Entrevistadora: Salís especialmente a caminar ahora...

Entrevistada: No, ahora no, pero ya vamos... quiero agarrar, le dije a la doctora porque... tengo que bajar de peso también.

Una entrevistada mencionó expresamente que salía sola porque así lo prefería (antes lo hacía más seguido pero al momento de la entrevista sus horarios se habían restringido por cuestiones laborales). Sólo Ana comentó que salía a caminar con su marido:

Caminar, caminamos con mi marido. Nos gusta salir a caminar.

Bailar

Una de las usuarias, Franca, comentó cómo fue que empezó a mejorar luego de un cuadro de depresión importante, y de “no avanzar” con medicación psiquiátrica:

Entrevistada: ...Y empecé a hacer zumba...

Entrevistadora: ¡Ah! ¿Sí? Contame... Ahí empezaste.

Entrevistada: Ahí arranqué y arranqué y arranqué y arranqué.

Entrevistadora: A hacer zumba.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Entrevistada: A tener más vida social. A reencontrarme con gente amiga... (...) Es un grupo muy lindo, muy lindo, muy lindo. Porque no es que vamos para hacer zumba y... A la vez hacemos un poco de zumba y descargamos y hablamos, un poquito y un poquito.

La familia de Ana por su parte contaba con una larga tradición de baile; según su relato sus hijas improvisaban momentos de danza espontánea en medio de las actividades diarias, incorporando a su madre mientras realizaba las tareas de la casa: "...me hacen bailar".

Una de las entrevistadas comentó haber formado parte de la Asociación Bahiense de Tango de la ciudad, "hace muchos años" (Clara, 59 años).

Resaltamos nuevamente el carácter de estas prácticas: de disfrute personal por la práctica misma; posibilitadoras o amplificadoras de nuevos espacios: de encuentro con otros, de charlas, de "descarga"; aspectos que se desplegaron en la simultaneidad de la práctica o como ejemplificó una de las mujeres entrevistadas: "un poquito y un poquito".

Trabajo

La inclusión del trabajo en este apartado se relaciona con la consideración de las tareas laborales como una fuente de placer manifiesto, de disfrute o de realización personal, mas allá de su retribución económica. Dos de las usuarias rescataron esta dimensión claramente:

Y después me tomo el cole para ir a... Pero está muy buena la escuela esa, me llena de energía, de vida... Hay mucho para trabajar... (Franca, 49 años).

Entrevistadora: [la investigadora y la entrevistada vienen comentando sobre un curso de formación actual para ampliar su salida laboral] ¿Pero eso lo pondrías como práctica para sentirte bien? ¿Pensás que eso te hace bien...?

Entrevistada: Y creo que uno, lo que incorpora a su vida (...) a mí me hizo bien porque me fascina hacer lo que hago (...) me genera placer (Victoria, 30 años).

Trabajo Voluntario. Ayudar

La inclusión de esta categoría se impuso con la intención de visibilizar la particular relación que manifestaron al menos cuatro de las entrevistadas en el vínculo hacia los otros, y entendemos también, con aspectos ligados a la representación de sí mismas y sus fuentes de valoración personal. El trabajo voluntario (dictado de talleres gratuitos), las conductas de ayuda personal (en la vida cotidiana), la colaboración con instituciones (kiosco de la escuela) o la oración y visita a personas (“oradora”, y colaboración con la limpieza de una Iglesia), fueron mencionadas más o menos expresamente por las usuarias como actividades o prácticas que ligaron a un sentirse bien personal, no asociadas a retribuciones de tipo económico y que formaban parte de sus vidas cotidianas:

Entrevistadora: [sobre el final de la entrevista]...no sé si alguna otra práctica...

Entrevistada: Bueno, no es una práctica pero a mí me hace bien ayudar, me hace sentir bien ayudarte en algo. ¿Me entendés? Pero porque yo soy así (...) No es una práctica habitual, pero a mí me hace bien. Yo si puedo hacer algo por alguien a mí me hace bien (Ana, 45 años).

Entrevistadora: [comentan cuál es la participación en la Iglesia a la que asiste]

Entrevistada: Limpieza, hago limpieza y adoradora. Una de las tantas. Además de la que está de adoradora de turno, puede entrar otra persona un ratito a visitar (...) la Iglesia está abierta (...) Y bueno, encontré ese espacio ahí, mi lugar.

...

Entrevistadora: [investigadora y entrevistada hablan sobre la visita a una “abuelita” que realiza Sandra en forma semanal, le lleva hilo y la señora teje; ella a raíz de ello empezó un curso de crochet cerca de su domicilio] ¿Vos la visitás, como parte de tu...

Entrevistada: Sí... Porque yo, me hace sentir bien ella, o sea ella se siente bien con mi visita (Sandra, 47 años).³⁴

34 No dudamos que, desde el campo disciplinar del psicoanálisis, tales conductas podrían ser objeto de otras interpretaciones en el marco de las biografías individuales de las usuarias. Aquí ponderamos cómo, para las mujeres consideradas, el ayudar a otras personas se constituyó como práctica cotidiana asociada al disfrute

Entrevistadora: [vienen comentando de las artesanías que enseña]

Entrevistada: Yo les enseño eso son las artesanías, les hago hacer bolsos, ropa, eh, carteras, monederitos, de todo. Yo eso es lo que doy, doy gratis en muchos lugares (...) Yo las hago para... Para armonizar (...) No con el propósito de vender y vender...

Entrevistadora: Armonizar ¿qué sería?

Entrevistada: (...) Y la persona que lo hace se armoniza. Porque la persona, cualquier cosa que haga con sus propias manos y con la energía del Universo que le ha sido otorgada, puede hacer lo que quiera, porque no... la gente este... está embotada con tantos problemas... tantos problemas. Pero un poquito de alegría es una ventanita (Clara, 59 años).

Prácticas para sentirse bien en relación con actividades o tareas domésticas

Cocinar

La cocina apareció como actividad valorada por las usuarias, más allá de su inclusión como “obligación” de las tareas de cuidado. Surgió espontáneamente en el desarrollo de las entrevistas al preguntar por las prácticas, los programas de televisión que gustaban de ver las mujeres entrevistadas, los tutoriales que buscaban o consultaban por Internet.

Entrevistadora: [la investigadora pregunta sobre qué contenidos busca en Internet]

Entrevistada: Tejido o cocina. Me encanta cocinar... (Laura, 42 años).

Entrevistadora: [vienen comentando el Listado, la investigadora menciona la palabra “recetas” para referirse a las “recetas magistrales”; la usuaria lo relacionó con la cocina]

Entrevistada: Recetas sí, me encanta también (...) Veo cosas de cocina, me encanta (...) Toda la vida vi cosas, invento (Susana, 46 años).

personal.

La misma usuaria asoció en un relato nostálgico algunas prácticas de cocina como hacer asados o tortas fritas con el tiempo en el que vivía su padre; dio cuenta así de cómo esas actividades fueron cambiando a lo largo del tiempo por las singularidades biográficas de vidas las entrevistadas:

Entrevistada: [viene comentando a la investigadora que le gustan las plantas, las mascotas] A mí me encanta todo, esas cosas naturales (...) Sí. Me encanta, me encanta hacer asado... me encanta, mi papá me enseñó, así que freí, hacía tortas fritas también con leña (...)

Entrevistadora: Ah, mirá vos... ¿Las seguís haciendo?

Entrevistada: Después que falleció mi papá, después muy poco, porque él era el que más me incitaba a hacer cosas. Hija haceme esto, haceme un estofadito, tortillas.

Limpiar

Tal como se desprendió del análisis de las entrevistas y al igual que la práctica anterior, consideramos importante rescatar esta actividad dentro de las prácticas placenteras. Enmarcada en lo que podríamos considerar “obligaciones” del cuidado del hogar, no por ello se situó para algunas de las usuarias por fuera de lo agradable, acompañada o no por otras actividades (escuchar música, mirar televisión).

Entrevistadora: ¿Escuchar música?

Entrevistada: Yo escucho música pero para limpiar (...) Sí, me gusta escucharla y ponerme a limpiar, me gusta.

Entrevistadora: ¿Te gusta limpiar también? Cuando hacés eso...

Entrevistada: Sí, sí. Bueno, limpio sí, limpio todo. (...) Por ahí mi marido se enoja. Eh, tenés las chicas, son más jóvenes. Le digo: pero ellas no limpian como yo, le digo. Entonces... a mí me gusta limpiar, levantar todo, que esté todo limpio... (Laura, 42 años).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Esta cita por otro lado muestra ejemplarmente cómo la división sexual del trabajo, donde las tareas domésticas y de cuidados se reconocen como exclusivamente femeninas, es replicada al interior de los hogares y naturalizada por los propios actores. Supone además el traspaso generacional de mujer a mujer de dicha asignación de lugar y tareas, excluyendo desde las fronteras de lo pensable la “ayuda” masculina, tanto de la pareja como de los hijos varones.

Prácticas para sentirse bien realizadas en el hogar

Leer

Solamente la entrevistada mayor del grupo, Clara (59 años), visualizó a la lectura como una práctica diaria asociada a lo placentero y que sostenía hasta el momento de realización de la entrevista:

Entrevistadora: [vienen comentando sobre el Listado]

Entrevistada: Leer... yo leo mucho (...) Todos los libros porque mi hermana era docente, mi tía docente, todos docentes, así que.. y había una educación en mi casa que todos los días se leía un libro a la noche...

Algunas de las usuarias comentaron que leían en otro tiempo; para Victoria por ejemplo significó una actividad placentera relacionada con un motivo laboral y por un tiempo determinado, mientras que Laura y Ana la identificaron como una fuente de disfrute asociada a las actividades escolares de sus hijos.

Entrevistadora: [investigadora y entrevistada leen el Listado] Leer...

Entrevistada: También.

Entrevistadora: ¿Te gusta?

Entrevistada: Leí, trabajé con una señora ciega...Entonces eh... era como imaginar, estábamos como si estuviéramos mirando una novela.... (Victoria, 30 años).

Entrevistadora: ¿Leer?

Entrevistada: Sí, por ahí leo libros (...) tengo uno ahora no me acuerdo cómo se llama (...) son novelas. De alguno de los chicos, ¿viste? Que le piden en la escuela, entonces quedan ahí, entonces yo agarro... (Laura, 42 años).

Entrevistadora: ¿Leer?

Entrevistada: Había una época en que leía libros sí. Había una época, ahora no.

Entrevistadora: ¿Libros de autoayuda?

Entrevistada: Eh, la señora, cuando leía, la señora que me hacía el Reiki me había prestado uno, que después me lo terminó regalando, y nunca lo terminé de leer...

Entrevistada: Y cuando leías, ¿qué libros te gustaban?

Entrevistada: Novelas, lectura para chicos por ahí leía con mis hijas (...)

Anteojitos y manuales viejos que por ahí servían ¿viste? No había Internet todavía (Ana, 45 años).

En cuanto al contenido de lo leído o el género, la mayor parte expresó haber leído novelas, aunque no pudieron precisar los títulos o los autores. Únicamente Yasmín (19 años) precisó un listado de libros de estudio y de determinados autores, del campo de la Filosofía, la Sociología, o de la Historia. Como comentamos, era la más joven del grupo de mujeres entrevistado y había dejado hacía pocos meses la universidad.

Tejer. Coser. Bordar. Mandalas

Como varias prácticas de las mujeres entrevistadas, “tejer” en general se asoció con algo que se hizo en otro tiempo, a menudo con aportes poco claros respecto de su inicio, y como parte de ciertos aprendizajes fortuitos, y/o con el estatus de herramienta de salud mental. Al igual que con otras actividades, las circunstancias de dedicación casi completa a la organización del hogar de las usuarias fueron esgrimidas como causales de su abandono:

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Entrevistadora: Tejer, telar

Entrevistada: También hice, sí, tejer, tejí.

Entrevistadora: ¿Tejiste pero también como práctica para *sentirte bien*?

Entrevistada: Sí, para boludear. Jajajaja (Victoria, 30 años).

Entrevistadora: Tejer, hacer telar (...) Pintar...

Entrevistada: Antes hacía. Ahora no. Es como que ya no, no.

Entrevistadora: ¿Qué es lo que hacías?

Entrevistada: Tejer, pintar, todo (...) cuando era más piba. Ahora ya...Olvidate (Susana, 46 años).

Entrevistada: [vienen comentando qué contenido busca en Internet] Este...sí, o algo que me gusta, o por ejemplo, plantillas de bordado, para... Cuando le hice el bordado a mi top (...) Tutoriales de Crochet, me gusta, me encanta tejer (...) pero nunca lo hago. Me gusta todo lo manual (Ana, 45 años).

Una de las entrevistadas comentó que iba a empezar un curso de Crochet, como un “desafío” personal y también clases de guitarra. Fue la única entrevistada que mencionó la práctica de un instrumento musical, aunque como proyecto futuro (Sandra, 47 años).

La práctica de “coser” fue valorada por algunas de las usuarias. Celeste realizaba tareas de costura y de tapicería para su hogar, y mostró orgullosa sus producciones. Ana, que ya mencionamos, refirió su gusto por coser a máquina, aunque no poseía máquina de coser. Presentamos ese ejemplo y el de Susana, quien incluyó la costura como práctica destinada a arreglos del hogar o de ropa para su hijo:

Entrevistadora: ¿Coser? Lo que me contabas...

Entrevistada: Sí, coser a máquina me gusta . No tengo máquina pero cuando conseguí una, que después no me anduvo más, me gustaba. Con eso hice los gorros de los 15 de cotillón (Ana, 45 años).

Entrevistadora: [vienen comentado el Listado]

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Entrevistada: Coser sí. Me encanta

Entrevistadora: ¿Y te cosés ropa?

Entrevistada: Ropa, sí, de los chicos, o se me rompió algo, cosémelo... o alguna cortina (Susana, 46 años).

Florencia (35 años) rescató una característica de ciertas prácticas ligadas a un tiempo pasado; y en este caso particular, como un recurso de desahogo o descarga emocional:

Igual la otra que hacía antes y ahora no tengo tiempo, cosía...Cosía de la escuela, cosas que no usaba pero me servía para no matar a nadie.

El “bordado” por su parte sólo fue mencionado por Ana (45 años) como parte de las prácticas para sentirse bien. Aprendió con la profesora de baile de sus hijas, en ocasión de bordar los vestidos para danza. Dejó la actividad cuando sus hijas crecieron:

Entrevistada: Lentejuelas, canutillos partidos, canutillo común, mostacilla (...) todo!

Entrevistadora: Claro, les hacían todos los trajes ustedes.

Entrevistada: Todos, yo tenía tres por año. Me encanta.

Sólo Ana mencionó a los “Mandalas” como técnica de pintura y relajación sugerido por la psicóloga que atendía a su hija; la entrevistada no accedió al pedido de la terapeuta:

Entrevistadora: [Vienen comentando el Listado]

Entrevistada: El Mandala la psicóloga de, de la nena, me había mandado a pintar mandalas (...) Para... Es terapéutico. Yo no lo hice. Me parece que me pone nerviosa, cosita por cosita.

Clara por otro lado señaló el carácter eminentemente comercial de ciertas prácticas. Los mandalas fueron entendidos como artesanías que en su caso, enseñaba a realizar a sus alumnos en un espacio de taller:

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

... el tema de los Mandalas eh... También eh... Está relacionado con... también, con mucha ignorancia de la gente porque eso es un Mandala [señala un adorno colgante de su casa hecho con material reciclable] ¿Ves? Esas son las mandalas.

Escuchar Música

La música o escuchar música fue una de las prácticas de las usuarias que acompañaron el caminar, la ida al trabajo, limpiar, bailar, conversar y cantar entre otras actividades. Sólo dos de las usuarias expresaron que escuchaban música como práctica unitaria (Yasmín y Victoria). Reconocieron la importancia de su acompañamiento en diversas actividades de la vida diaria, imprescindible para algunas de las usuarias y ligada al disfrute. Fue una de las prácticas que observamos prácticamente presente en todas las entrevistadas. Citamos los ejemplos de Franca y Florencia:

Entrevistadora: ¿Escuchar música?

Entrevistada: Es mi cable a tierra (...) Yo estoy mal, pongo música, listo, la cabeza me empieza a trabajar diferente (Franca, 49 años).

[La investigadora y la entrevistada van leyendo el Listado]

Entrevistada: Escuchar música sí, ¡me encanta!... Tengo mis ratos... mis únicos ratos son ponerle en el colectivo al trabajooooo, o cuando entro a cursar, siempre con los auriculares (Florencia, 35 años).

Victoria fue una de las usuarias que escuchaba música como práctica diferenciada de otras actividades, en forma regular y ligada a lo placentero.

Entrevistadora: ¿Escuchar música?

Entrevistada: Sí, sí, me transporta, totalmente.

Entrevistadora: ¿Qué escuchás? ¿Todos los días, cuándo...?

Entrevistada: Siempre y de hecho ayer estuve hasta las dos y media de la mañana

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

escuchando música (...) Me transporta, me gusta mucho cantar (Victoria, 30 años).

Entrevistadora: ¿Escuchar música?

Entrevistada: Ah, sí, sí, escucho. Me encanta... (Susana, 46 años).

Actividades recreativas familiares

Para algunas de las usuarias entrevistadas ciertos momentos del día fueron adquiriendo carácter relevante en tanto espacios de encuentro dentro del hogar; se expresaron subjetivamente como placenteros y alegres (la vuelta del trabajo, del colegio, los fines de semana, después de cenar) implicando a diferentes subsistemas del hogar. Entre adultos se acompañaron con mate/tés y conversaciones. Mencionamos el ejemplo de Laura, para quien el cuidado de los hijos menores y nietos pudo convertirse en un espacio lúdico:

Entrevistadora: [se van leyendo en forma conjunta las prácticas del Listado] Hablar con tu amiga...

Entrevistada: Sí, y si no me pongo a bailar con los nenes en casa, con el mío que le gusta bailar, cantar... Con los más chicos.

Entrevistadora: Ah ¿Los más chicos se ponen a cantar?

Entrevistada: Y a bailar, el otro hace..., yo le digo: tenés que hacer teatros vos porque...[risas]

Entrevistadora: Ah ¿s? ... tenés para entretenerte, pero también mucha... mucho juego con los chicos...

Entrevistada: Sí, quieren jugar a las cartas, si no quieren jugar a las cartas quieren jugar al veo veo, si no es el veo veo es...

Entrevistadora: Y vos te ponés a la tarde con ellos...

Entrevistada Sí.

Rezar

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Para varias de las entrevistadas la actividad de “rezar” se asoció a una práctica para *sentirse bien*; suerte de comunión personal con Dios y/o una forma de agradecimiento o petición. Para Susana, por ejemplo, que al momento de la entrevista participaba activamente en su comunidad religiosa, el rezar se constituyó en una práctica diaria:

Entrevistadora: ¿Rezará?

Entrevistada: Sí, de día, de mañana doy gracias a Dios por todo, sí.

Entrevistadora: Es como una práctica tuya...

Entrevistada: Sí, sí, sí, ya es algo...(Susana, 46 años).

Entrevistadora: [Vienen hablando de la Iglesia, de su no concurrencia aunque es católica]

Entrevistada: ...Yo soy católica, yo rezo todas las noches... Si me duermo antes, capaz que me levanto al baño y me acordé que no recé y rezo en ese momento... Para dar gracias por lo general, o para pedir si por ahí alguno está enfermo en la familia (Ana, 45 años).

Franca por su parte desplazó a la práctica de rezar de la cotidianeidad, y asoció su ejercicio irregular a la vivencia de situaciones problemáticas o de crisis:

Entrevistadora: ¿Rezará?

Entrevistada: Sí, por qué no... Sí, sí, sí (...) Muy a las pérdidas, lamentablemente uno lo hace cuando ya está muy, muy allá abajo.

Laura al momento de la entrevista pareció inscribir su rechazo a esta práctica dentro de las causales familiares de desilusión de la institución iglesia, como vimos a propósito del tratamiento de Otras formas de atención de la salud:

Entrevistadora: ¿Rezará?

Entrevistada: Tampoco.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Por otro lado Sandra y como ya mencionamos, definió su participación en la Iglesia como “Adoradora”; al momento de la entrevista pertenecía a un grupo de personas del culto católico que oraban en forma semanal en una capilla cercana a su domicilio, por problemáticas de salud y trabajo de la comunidad. Compartían un grupo de WhatsApp y de Facebook. Rezar como práctica se dio así en el marco de estas actividades comunes y además como práctica diaria en su hogar.

Mirar televisión

La televisión fue mencionada por algunas de las usuarias expresamente como actividad asociada a lo ameno, a lo que les gusta hacer. En una de las citas ya comentadas, Laura relató que “aprovecha” a mirar cuando sus nietos duermen, porque si no es difícil prestar atención. Susana manifestó que le gusta la cocina, así que los programas que elegía para ver en televisión estuvieron orientados por esa motivación, o por los noticieros; citó además que miraba una novela diaria (resaltando que es “una sola”) o películas:

Entrevistada: [vienen hablando de su interés por la cocina y que ve en televisión programas sobre el tema] “Sí, veo cosas de cocina me encanta, toda la vida vi (...) invento.

Entrevistadora: (...) De cocina, y las noticias me decís que te gusta mirar.

Entrevistada: Noticias y bueno, algún programa qué se yo, una novela que estamos... ya está por terminar. ..Una, una sola, no la primera. La última que dan, la de Campanas en la Noche... Está buenísima. Es la única que miro, pero no miro mucho, no estoy pegada así, ah, novela. Después alguna película, alguna cosa... Voy variando (Susana, 46 años).

Como ejemplo ya mencionado figura el de Ana, que al momento de la entrevista comentó que le gustaba mirar películas mientras limpiaba:

Ahora miro películas. Amo las películas. Puedo estar toda la tarde, una atrás de

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

otra... (...) Me encanta y películas viejas (...) Las nenas me dicen pero mamá... todos los televisores viste, el de mi pieza, el de la pieza de ellas, eh... voy viendo la película a medida que voy haciendo [limpiando; Ana poseía un nivel socioeconómico más desahogado que el resto del grupo de mujeres entrevistadas].

Finalmente destacamos el ejemplo de Soledad, quien “aprovecha” el tiempo en que sus hijos están escolarizados para mirar una serie que le gusta:

Entrevistadora: Leer, escuchar música, mirar tele... (Siguiendo con la lectura en forma conjunta del Listado)

Entrevistada: Eh mirar tele, sí, estoy mirando una serie, la de los médicos, La anatomía de Greys... Me gusta mirar media hora, me quedo sentada y entiendo, porque si están todos no entiendo nada, que uno pide una cosa, otro pide otra, y se cruzan (sonríe) (Soledad, 33 años).

Maquillarse. Perfumes. Cambiarse. Peinarse

Una de las usuarias, Victoria (30 años), comentó largamente los muchos recursos personales que implementaba cotidianamente para sentirse bien. Entendemos a dichas prácticas como estrategias sutiles, pero a la vez como poderosos andamiajes de lo cotidiano; pequeños actos que funcionaron a la manera de espacios de calma, pausa, mínimas treguas vivenciales que permitieron a las usuarias pausas placenteras en sus rutinas diarias, sin duda favorables para la salud mental.

Entrevistadora: ...si se te ocurre algo más de qué hacés vos para sentir bien...

Entrevistada: Emm, de todo hago para sentirme bien...

Entrevistadora: A ver... que no esté acá...

Entrevistada: Cosas, uno hace cosas para sentirse bien. Maquillarse. Te hace sentir bien. ¿Por qué querés salir? Y porque tengo ganas de cambiarme, tengo ganas de peinarme, no es lo mismo quedarte en tu casa comiendo que salir a comer una

hamburguesa afuera. Tengo ganas de nada, de andar en auto callados escuchando música.

La misma usuaria planteó una nueva dimensión en las prácticas para *sentirse bien* – inusual en el contenido analizado-, al introducir las sensaciones olfativas como sustento de algunas de sus elecciones de productos de uso personal, recortando de su experiencia cotidiana pequeños actos placenteros y visibilizando la dimensión mencionada:

Entrevistadora: Productos por catálogo...

Entrevistada: Productos por catálogo si, directa también, vendo todo, lo que quieras.

Entrevistadora: Pero, ¿qué cosas vendés? ¿Algo relacionado a la salud? Cremas, sahumeros, pomadas, tés...digamos ¿qué tiene que ver con salud?

Entrevistada: Sí, porque yo vendo todo lo que sea aromas (/...) y está bueno, a mí me gusta, sí que se yo, también te hace bien...

Entrevistadora: Lo practicás también...

Entrevistada: Sí, sí, a veces cuando uno tiene, por ejemplo, cuando terminás de limpiar, un momento te digo, o terminás de bañarte y no salís... a ningún lado y te ponés el body splash, ¿por qué te lo ponés?

Entrevistadora: ¿Qué es el “body splash”?

Entrevistada: Es un perfume para el cuerpo, o es un perfume... o el desodorante, ¿por qué te comprás? ¿Por qué no te comprás un desodorante neutro? No, te comprás uno que tiene olor rico porque uno quiere... esa sensación de sentirse limpia con esos aromas, te genera placer. No te ponés cualquier perfume, te ponés perfume que te gusta.

Tomar tés. Tomar mate. Compartir

La toma de tés o infusiones fue mencionada por las usuarias cuando la investigadora los mencionó como ejemplos de consumo de algunas personas, o en referencia a la Naturopatía, que forma parte del Listado de Otras Formas de atención de la salud. No

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

surgieron espontáneamente en las entrevistas, pero en forma inmediata las entrevistadas lo asociaron al compartir con otros, además de considerarla una práctica beneficiosa para la salud:

Entrevistadora: Tés, té de tilo, té de manzanilla...

Entrevistada: Todos, todos los tés. Cedrón, té verde, a veces le doy a él también [al hermano]. Todos los días después de comer.

Entrevistadora: ¿Y por qué?

Entrevistada: Es lindo, son ricos (...) Yo a veces pongo uno de cedrón y uno verde. Y hacemos para todos, los tres tomamos (Susana, 46 años).

Entrevistadora: ¿Alguna otra cosa? ¿Tés...?

Entrevistada: No, té tomo porque me gusta. Después de comer me tomo un tecito con mi hija más chica. Nos encanta (...) Sí, de costumbre, de mimos también, porque nos quedamos las dos charlando ¿viste? Los otros dos se acuestan...(Ana, 45 años).

El “mate” estuvo asociado a prácticamente todos los encuentros placenteros de las entrevistadas. Fueron innumerables los ejemplos que dieron sustento a esta observación; mencionamos algunos:

...tengo dos o tres amigas que van a mi casa viste... eh... generalmente hay muchas cosas que tenemos en común, entonces bueno eh..., entre mate y mate charlar, conversar, es reírte un poco y salir de lo habitual (Adriana, 33 años).

[La entrevistada viene comentando respecto de sus visitas a una “abuelita” en forma periódica] ... Voy a crochet y después de crochet vengo a tomar mate con vos (Sandra, 47 años).

[La entrevistada habla de sus dificultades para dejar de fumar] Eh, si no tomo alcohol no fumo, pasan días enteros (...) pero viene mi amiga a tomar mate y se prende uno y me prendo uno con ella (Victoria, 30 años).

Sexualidad

La sexualidad fue mencionada espontáneamente por una de las entrevistadas e incorporada a las prácticas para *sentirse bien*. El escaso material y las características del presente estudio no permitieron avanzar mas allá en el análisis; sí pudimos observar la casi total ausencia –por las razones que fuere- en el contenido de los relatos:

Entrevistada: [la conversación gira en torno a las prácticas del Listado y observa entonces la usuaria:] El sexo no está.

Entrevistadora: El sexo no está... ¿Y uno... lo podría incluir en una práctica sentirse bien con el otro?

Entrevistada: Y creo que arrima mucho...

Entrevistadora: No se me ocurría a mí, como práctica para sentirse bien, pero está muy bueno.

Entrevistada: Sí, sí, cómo que no! [risas]

Entrevistadora: ...No, lo veía más como una cuestión que tenía que ver con la intimidad, pero decís no; cómo sería, ¿cómo lo pensás? ¿Por qué pensaste en el sexo?

Entrevistada: Porque sí, porque cualquiera puede tener sexo con una persona incluso ocasional y sentirse bien. Más allá de lo afectivo (Victoria, 30 años).

Internet. WhatsApp. Facebook

La inclusión de la dimensión virtual en el Listado de las prácticas de salud respondió a su consideración bajo varios aspectos, relevados en el transcurso de realización de las entrevistas: como herramienta de contacto con otros; de formación; de búsquedas personales de información ligadas a motivaciones de las usuarias; de “tutoriales” para aprender o reforzar el aprendizaje de alguna actividad; y de lecturas entre otros conceptos. Prácticas que inauguraron para las usuarias espacios cualitativamente distintos a los de su vida cotidiana, y

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

que podríamos asociar a la dimensión de lo placentero.

El uso de WhatsApp y la participación en grupos se mostró delimitado al grupo familiar cercano y los amigos. Según se desprende del análisis de las entrevistas, la comunicación con el resto de las personas presentó en general una finalidad eminentemente práctica y restringida a su función: comunicación de actividades de espacios de los hijos (madres del jardín, de la escuela), o propios (estudio, trabajo, o como Franca, del grupo de zumba, entre otros). Sin embargo, en todas las respuestas las usuarias confirmaron el carácter limitado a dicha finalidad específica, su uso restringido a los círculos cercanos y acotado especialmente al círculo familiar.

Entrevistadora: [vienen comentando que la usuaria tiene grupo de WhatsApp con su familia y amigas]

Entrevistada: De la escuela también hay grupo de padres de la escuela, eso sí (...) No comento mucho, yo solamente miro y si me interesa le contesto sino no... No, porque por ahí hay que evitar algunos problemas ¿viste? (...) a veces se pelean las mujeres... (Laura, 42 años).

Susana (46 años) relató que tiene grupos de amigas y se comunica regularmente por WhatsApp. Es la usuaria mencionada que prácticamente no sale de su casa porque está al cuidado de su hermano con discapacidad que únicamente queda solo por pequeños períodos y cuando está acostado.

Entrevistadora: ¿Tenés WhatsApp?

Entrevistada: Sí, por el tema de... por ahí salgo, llamo a casa, le digo [a su pareja o su hijo]: mirá estoy por llegar, o fijate B. [nombre del hermano con discapacidad a su cuidado] (Susana, 46 años).

Entrevistadora: WhatsApp, grupos... Facebook....

Entrevistada: No tengo tiempo, soy bastante antisocial..., ni hablar mucho por Facebook.

Entrevistadora: ... esos grupos que se arman...

Entrevistada: Se arman mucho, yo los silencio (sonríe) (Florencia, 35 años).

No obstante la misma usuaria comentó que participaba -al momento de la entrevista- de un grupo de estudio con sus compañeros al que calificó como “Grupo de Apoyo”, conformado especialmente por la proximidad de exámenes y como herramienta para compartir información o preguntas. Y agregó: “Termina y yo me salgo del grupo” (Florencia).

Victoria por su parte utilizó las redes pero remarcando lo que consideró una diferenciación cualitativa entre la presencia y la virtualidad, reivindicando el encuentro cara a cara:

No me gusta charlar por WhatsApp, no me gusta... lo hago, no son cosas que me gustan. Yo tengo ganas de verte, tengo ganas de hablarte, te llamo por teléfono y te voy a visitar y tomamos un mate. No me gusta que estés conmigo y estés con el celular, no lo soporto (...) No me gusta el ‘te amo’ por Facebook y cuando estás conmigo no me digas nada.

...

No me gusta la foto familiar del domingo y después no hablamos en toda la semana (...) no tengo un Facebook todo el tiempo de cosas... No y publicar, no. Che, no subís nada en Facebook. No, porque vivo... vivo (Victoria, 30 años).

Mariana (38 años) compartía un grupo de WhatsApp con otras mujeres que participaban de reuniones y marchas organizadas en la ciudad contra la violencia de género. El WhatsApp sirvió para estar comunicadas sobre los próximos eventos:

Entrevistadora: ¿Participar en grupos? Sí...porque tenés un grupo de WhatsApp de las chicas éstas, ¿cómo es?

Entrevistada: No, tenemos el grupo de cuando vamos a la plaza, nos juntamos a las marchas, pero...

Entrevistadora: Eso sólo...

Entrevistada: Sí, sí, sí. No somos tan... coso... (Mariana, 38 años).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

También es el caso de Franca, quien participaba en dos grupos de WhatsApp, de su trabajo y de zumba, “porque ahí si cualquier información se publica”.

Por otro lado, algunas de las mujeres encontraron en Internet una herramienta de acceso a tutoriales de cocina, de tejido. Entendemos –por lo que se desprende del material de las entrevistas- que conformaron búsquedas activas de información respecto de una actividad que experimentaban como placentera:

Entrevistadora: [comentando respecto de mirar tutoriales por Internet que se había mencionado en la entrevista]

Entrevistada: [sonriendo] Sí y miro y busco, para hacer gorritos... a mi nieta cuando nació le hice escaarpines y gorrito (...) (Laura, 42 años)

Clara por su parte, a la que identificamos por manifestar una serie de representaciones y prácticas correspondientes a la corriente New Age, mostró un amplio uso a la búsqueda de información a través de Internet, en relación con sus intereses en este ámbito:

Entrevistadora: [vienen comentando investigadora y usuaria respecto de las “recetas magistrales”]

Entrevistada: Pero lo de las recetas magistrales sabés por qué no, no haría, porque yo tengo Internet donde tengo todas las farmacias de yerbas medicinales, plantas medicinales para cada cosa (...) participar en grupos no, no, no participo en otro tipo, ni por WhatsApp tampoco, de chusmerío y esas cosas (...) Todo lo aprendo por Internet. No necesito ir a otro lado.

El uso de Facebook fue bastante dispar entre las entrevistadas. Sí apareció en prácticamente todas las usuarias pero restringido al marco de sus redes familiares y de amigos cercanos. Algunas de las usuarias como Mariana no contaba con Facebook. Otras como Franca “subieron” fotos o imágenes con mensajes que se deseaban compartir :

Entrevistadora: [conversando sobre grupos de participación] Internet..., es Facebook...

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Entrevistada: Tampoco tengo nada.

Entrevistadora: ¿No tenés...?

Entrevistada: No (Mariana, 38 años).

Entrevistadora: ¿Vos tenés Facebook?

Entrevistada: Sí (...) por ahí comparto muchos carteles, pero todos los carteles que comparto son sobre la vida. Hay que disfrutar la vida.

Entrevistadora: Y compartís esa clase...

Entrevistada: Ese tipo de carteles, que hay que disfrutar la vida continuamente (Franca, 49 años).

Entrevistadora: ¿Facebook...?

Entrevistada: Sí.

Entrevistadora: Amigos nuevos...

Entrevistada: No, gente que no conozco no (Ana, 45 años).

Dos de las mujeres entrevistadas compraban y vendían diversos elementos en grupos de Facebook. Por ejemplo Franca participaba regularmente en dichos grupos y utilizaba las transacciones como una fuente más de ingresos económicos. También poseía otro grupo de Facebook especialmente creado para promocionar y vender ropa de una marca conocida en la ciudad.

Se les preguntó a las entrevistadas en forma general si habían buscado información en Internet respecto de sus problemáticas y/o síntomas. Cuatro respondieron negativamente; una de ellas manifestó que dicha cuestión era función de los médicos; otra de las usuarias recurría a su psicóloga ante dudas o preguntas respecto de su situación o tratamiento (“¡No! ¡Aah, para eso estaba [nombre de la psicóloga]!”). Recogemos la cita de Susana quien se encontraba -al momento de realización de la entrevista- en tratamiento por Ataques de Pánico:

Entrevistadora: ¿Y vos sos de buscar información sobre lo que te está pasando en Internet o....?

Entrevistada: No quiero saber más, mucho. Porque para llenarme la cabeza digo no.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Como que si busco esas cosas me voy a llenar más la cabeza con algo que no quiero. Quiero recuperarme (...) Y así y todo nos cuesta creerlo.

La misma entrevistada comentó que tiene amigos por Facebook, que son “conocidos del barrio, de acá”, aunque aclaró:

Sí, sí, varios pero no, no soy de hablar, no me instalo en la... [computadora].

Tres de las usuarias hicieron, según sus relatos, un uso más amplio de Facebook, inclusive en cuanto al tiempo y a la búsqueda de información:

Entrevistadora: ¿Buscar información, voy a googlear tal cosa...?

Entrevistada: (...) recetas, algún chusmerío, ¿qué otra cosa busco en internet?

Bueno, el colectivo, por ahí, que salen mis hijas, ver por dónde anda... O algo que me gusta, por ejemplo, plantillas de bordado...Tutoriales de crochet... (Ana, 45 años).

En el caso de Sandra (47 años), contó que utilizaba Facebook para participar en grupos de amigas y de su Iglesia:

Entrevistadora: [van leyendo el Listado]

Entrevistada: Facebook sí, me gusta. Sí, me gusta también lo que publican, así, chusmear... Participar en grupos sí, el grupo de la Adoración de la Iglesia... Tengo un grupo de la escuela de cuando yo iba a la escuela primaria.

Jardinería

En este caso la Jardinería refiere a una práctica identificada como placentera por las usuarias, que supuso el cuidado de las plantas del hogar, es decir, como actividad intramuros.

Llamó la atención el hecho de que la palabra “cuidado” vuelva a aparecer en el relato, esta vez en referencia a las plantas, y también al cuidado de mascotas:

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Entrevistadora: [vamos leyendo la Lista]

Entrevistada: Me gusta la jardinería pero tengo..., cuido mis plantas.

Entrevistadora: ...como una actividad para sentirte bien...

Entrevistada: Me gusta. A mí las plantas me encantan. Sí, tengo un jardín, pequeño, tengo (Franca, 49 años).

Susana (46 años) dedicaba tiempo a la Jardinería. En esta ocasión resaltamos el reconocimiento de su significación altamente personal:

Entrevistadora: [venimos conversando sobre cómo le gustan las plantas, de podar]
¿Tenés jardín?

Entrevistada: No, no tengo tanto, pero he colgado..., hincho con las plantas. Cómo jodés me dicen... Bueno, pero es lo único que tengo le digo.

Algunas de las actividades relacionadas con la Jardinería, como en Natalia (32 años) parecieron estar más ligadas al mantenimiento de las plantas, sin resaltar un disfrute especial por la actividad en sí misma, sino por el resultado final de mantener el jardín.

6.3 Discusión

Otras Formas de atención y Prácticas para sentirse bien

En primer lugar retomamos a Menéndez (2009) para dar cuenta de *Otras formas de atención de la salud* a las que recurren las usuarias por fuera del modelo médico biomédico, como asimismo a las actividades o prácticas para *sentirse bien* en la vida cotidiana. Rescatamos el fenómeno del “sentirse bien-sentirse mal” (Rodero Sánchez et. al, 2010) como una dimensión inherente a las prácticas, calificando el *sentirse bien* como su finalidad explícita presente, por recuperar o futura. Adscribimos dichas prácticas a los cuidados legos, profanos, ocultos o negados de la atención de la salud (Haro Encinas, 2000) y propusimos su lectura en clave de *estrategias* (Bourdieu,1997, 1998, 2007, 2008) puestas al servicio del

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

cuidado no formal de la salud; como formas de respuesta idiosincrásicas de las usuarias ante el sufrimiento psíquico, producto de un acervo común de saberes y representaciones.

Del material de las entrevistas pudimos observar que el escaso conocimiento de *Otras Formas de atención* de la salud fue notable. Las usuarias manifestaron limitada información o desconocimiento por fuera del Modelo Médico Hegemónico, siendo en algunos casos difícil la lectura del Listado de *Otras Formas de atención*, su referenciamiento personal o nula su práctica activa. Incluimos cuatro de ellas que fueron mencionadas por las usuarias: Yoga, Reiki, Masajes terapéuticos y la Concurrencia a la Iglesia. Una sólo de las entrevistadas manifestó conocer la Medicina Ayurveda y la identificó como una Terapia Alternativa que implementó a través de la alimentación. También expresó conocer los principios medicinales de las plantas y mencionó los registros akáshicos, todos ellos en el marco de estudios asistemáticos, basado en lecturas propias y/o en Internet. Igualmente señaló el carácter comercial que fueron adquiriendo ciertas Formas de atención y de prácticas.

En cuanto al Yoga, al momento de realización de las entrevistas ninguna de las usuarias practicaba dicha actividad, ni la reconocieron como una forma de atención de la salud frecuente. Una de las mujeres entrevistadas pensó en concurrir pero finalmente desistió y dos de ellas abandonaron a poco de comenzar porque no fue de su agrado. Finalmente, una de las usuarias inscribió al Yoga (también al Reiki) en una plano de deseo siempre pospuesto por cuestiones económicas, laborales y/o de atención del hogar.

El Reiki fue caracterizado como una Forma de atención de la salud efectiva por una de las entrevistadas, quien concurreó por espacio de pocos meses y diez años atrás; además y como parte inicial de dichas sesiones la curadora en cuestión efectuaba Masajes; otra de las entrevistadas concurreó sólo en algunas oportunidades, aunque su práctica estuvo a cargo de una amiga estudiante de Reflexología. También fue identificado como una “moda” actual. Por su parte los Masajes Terapéuticos fueron homologados con la Kinesiología por una de las usuarias; aclaramos que la Kinesiología no constituye una Terapia Alternativa, sino que forma parte del campo disciplinar de la medicina.

Finalmente la concurrencia a la Iglesia admitió su clasificación en tanto Otra Forma de atención de la salud (se deposita la fe en el poder curativo de Dios, u otra entidad) y como práctica para *sentirse bien* (en tanto la concurrencia provee sentimientos de tranquilidad, paz y calma entre otros, a la vez que soporte emocional). Ninguna de las usuarias mencionó su

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

asistencia por la presencia de “curadores”; se mencionó la participación en grupos de oración, además de conversaciones ocasionales con pastores o sacerdotes. La *confesión* no se reveló como actividad frecuente pero sí lo hizo el *rezar* como práctica. Tres de las usuarias manifestaron expresamente el descreimiento en la forma institucional de la Iglesia (relacionado con circunstancias negativas de sus biografías personales y familiares), así como para algunas primó la concurrencia por obligación, en tanto parte de la feligresía. Con todo, la opción por la concurrencia a la Iglesia relacionada con el *estar bien* fue una de las más mencionadas dentro del primer bloque del Listado, no para la mayoría y con comportamientos sumamente diversos en cuanto a su presentación y ejercicio.

La conceptualización de Bourdieu de *homología funcional* de las prácticas, pudo pensarse con relación a las formas de atención; su consideración en tanto *estrategias* de salud pudo dar cuenta de cómo Iglesia y Psicología en este caso fueron pensadas como intercambiables (para sí o para su círculo familiar) para algunas de las mujeres entrevistadas.

Por otro lado y continuando con el análisis del material de las entrevistas, dimos cuenta de que la presencia de determinados *saberes y representaciones* sobre el cuidado de la salud no se tradujo directamente en acciones de las usuarias. Entendemos que las particularidades biográficas de la vida de las mujeres y su singular posición en el campo funcionaron a la manera de matrices generadoras o inhibidoras de determinadas orientaciones y prácticas de salud, ampliando o restringiendo el “mercado” de ofertas. Así la puesta en valor, orientación y aceptación o no de determinadas Formas de atención y prácticas de salud, darían cuenta de la expresión de un *habitus singular*, en tanto sistema de disposiciones idiosincrásicas para los miembros que comparten similares condiciones objetivas de clase o de fracción de clase (Gutiérrez, 2005).

Observamos además un conjunto amplio de *saberes* respecto del *cuidado de la salud* instalados como *sentido común*, tanto en las usuarias como en los profesionales (o de sus decires a través del relato de las entrevistadas). Remitieron a la idea de beneficio positivo para la salud de todas las actividades placenteras que tenían que ver con el desarrollo personal, con aquello que hacía *sentir bien*; donde lo importante fueron los sentimientos (asociados a las prácticas) de placer, gusto, relajación, paz interior, satisfacción personal, crecimiento así como el carácter de encuentro con otros.³⁵ Estos *saberes* supieron convertirse para algunas de las

35 Interpretamos que estas representaciones se integran al conocimiento del *sentido común*, apoyadas,

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

usuarias entrevistadas en importantes y significativos resortes motivacionales. Constatamos de esta manera una *búsqueda activa* de lugares, personas, actividades y espacios que tuvieron que ver con lo placentero en sentido amplio y con el cuidado de la salud, en algunos casos sugeridos por los propios profesionales.

En contraste con la poca impronta en la vida de las usuarias que desempeñaron las Otras Formas de atención de la Salud, sobresalieron y sorprendieron un sinnúmero de prácticas para *sentirse bien* implementadas y reconocidas explícitamente como tales. Algunas de dichas prácticas mencionadas fueron novedosas y personales, imbricadas *en lo cotidiano y con lo cotidiano* como respiros, pausas, pequeños disfrutes al servicio de la salud mental.

Es de destacar la heterogeneidad encontrada, de tal forma que las distintas subcategorías abarcaron a pocas usuarias entrevistadas; no obstante se consideró importante su caracterización porque tal heterogeneidad pudo dar cuenta de su riqueza y su carácter de *estrategias ad hoc*, en un espacio con pocas oportunidades por fuera de las tareas centrales de cuidado del hogar. De tal suerte que las relaciones trabajo reproductivo/trabajo productivo, o trabajo reproductivo/espacios ligados a la salud fuera del hogar, manifestaron una particular tensión no resuelta, inclinando la balanza hacia el primero de los términos, sin dejar de instalar al segundo como espacio de deseo (en general pospuesto).

La presencia central del hogar y de las tareas de cuidado como ejes de la organización de la vida personal y familiar de las usuarias, permitió diferenciar dichas prácticas en aquellas realizadas dentro y fuera del ámbito doméstico. Rescatamos especialmente el sentido de *estrategias* en el campo amplio de la salud mental, en tanto comportamientos llevados a cabo por los actores por la continuidad de su estado de salud (mental) o su esfuerzo por alcanzar determinado grado de bienestar en este aspecto (*estrategias de conservación y subversión* respectivamente)³⁶ (Bourdieu, 1976).

Dentro de las *actividades y prácticas fuera del ámbito doméstico* referenciadas, pudimos visualizar la realización de *Cursos y Estudiar*; la *Asistencia a charlas o encuentros*;

movilizadas o propiciadas por una amplia variedad de corrientes que podríamos incorporar a la filosofía *New Age*. Comprenden una serie de movimientos espirituales que subrayan la importancia del trabajo sobre uno mismo, de la transformación individual en el camino hacia el bienestar.

³⁶ Estas afirmaciones deben tomarse a modo de desarrollos preliminares, en tanto suponen un *mercado* donde las usuarias no sólo son representantes de los *públicos*, sino que además son capaces de producir para sí o para terceros -familia- bienes (prácticas) ligados a la salud, más allá de los curadores reconocidos y actuantes en el campo de estudio.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

el “*Salir*” con Amigas/os; *Gimnasia, Bicicleta; Caminar; Bailar, el Trabajo y el Trabajo Voluntario*.

En cuanto a las actividades de formación (*Cursos y Estudiar*), su relación con el *sentirse bien* incluyó tanto el ámbito académico formal (terciario) como el informal (capacitaciones, cursos y talleres). Tales prácticas entendidas como *estrategias* prestaron para algunas de las usuarias beneficios en campos distintos, de tal forma que pudieron ser caracterizadas a la vez como estrategias económicas y al servicio del cuidado de la salud mental. Una de las usuarias además participaba activamente de *Charlas y Encuentros* de mujeres autoconvocadas en defensa de los derechos de las mujeres. Otra de las mujeres participó sólo dos veces en un curso de manejo de las emociones (duraba 6 meses) pero abandonó por cuestiones laborales.

Por su parte, las redes amplias de amistades (“*Salir*” con Amigas/os) no fueron la regla sino que los vínculos más apreciados se circunscribieron a la familia o los amigos cercanos; las redes sociales ampliadas en general refirieron a aquellas constituidas en ocasión de los trabajos fuera del hogar o grupos conformados en otra etapa de la vida (compañeras del trabajo, de la escuela secundaria, del taller productivo). Los encuentros se desarrollaron tanto fuera como dentro del hogar. Se mencionaron pocas actividades placenteras con todo el grupo familiar, aunque pudimos observar que ciertas escenas de la vida cotidiana remitieron al encuentro placentero con integrantes de subsistemas parciales de la familia (madre con la hija mayor, con el hijo menor, con los nietos). Las parejas actuales fueron mencionadas en tres ocasiones en actividades compartidas ligadas al disfrute.

Las actividades físicas como *Gimnasia* fueron asociadas con la “descarga”, la “risa”, el “escape”, el “despejarse”, el “tiempo para mí sola” (sin los hijos), donde primó tanto la actividad en sí misma como su carácter de encuentro, de compañía con otros; la preponderancia de tales motivaciones afectaron su continuidad pues en general se dejaron de realizar cuando se interrumpió el acompañamiento. En general los desplazamientos de cualquier tipo fuera del hogar se realizaron con los hijos; de tal suerte que las prácticas o actividades sólo pudieron realizarse en los tiempos en que los niños estaban escolarizados; actividades circunscriptas a los espacios cercanos y con recursos barriales gratuitos.

El *Caminar* fue mencionado por varias entrevistadas como práctica de salud frecuente; dos de las entrevistadas prefirieron caminar solas aunque generalmente se inclinaron por la

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

compañía de amigas y la “charla” consecuente. La *Bicicleta* fue rescatada como medio de movilidad pero también como práctica para *sentirse bien* y ligada al “desenchufe”. Sobresalió la cita de una de las mujeres entrevistadas que realizaba dicha actividad entre las 6 y 7 de la mañana, antes de despertar a sus hijos para el colegio. Lo que aquí se puso de relieve, como en tantos otros ejemplos, fue la imposibilidad de “desfamiliarización” (Faur, 2014) del cuidado, más allá de los espacios en que los hijos duermen o están institucionalizados.

El *Bailar* como la *Gimnasia* fueron sugeridos a varias de las usuarias por los médicos tratantes. Constatamos nuevamente cómo el espacio de la actividad calificada en sí misma como grata, disparó otros procesos contemporáneos de encuentro, “charla”, “descarga”, aspectos que se desplegaron en la simultaneidad de la práctica o como refirió la usuaria: “un poquito y un poquito”. El *Trabajo* por su parte también pudo ser pensado como fuente de placer manifiesto; y el *Trabajo Voluntario* visibilizó la particular relación de las usuarias con los otros, ligado a un *sentirse bien* personal por fuera de retribuciones de tipo económico y formando parte de la cotidianeidad de sus vidas.

Cocinar y *Limpiar* fueron dos prácticas que, si bien podemos adscribir a las “obligaciones” del cuidado del hogar, se presentaron como actividades sumamente valoradas por las usuarias. El gusto por cocinar implicó búsquedas activas de programas por TV, tutoriales por Internet, o el “inventar” recetas desplegando la creatividad. Además dio cuenta de cómo dichas actividades fueron cambiando a lo largo del tiempo por las singularidades biográficas de las entrevistadas. La actividad de *Limpiar* por otro lado fue una de las prácticas que más se desarrolló en simultaneidad con otras, como bailar, escuchar música e incluso ver televisión. La *división sexual por género* -inscripta fuertemente en vastos sectores de clase y fracciones de clase- adscribió estas actividades exclusivamente a la responsabilidad femenina o la hizo extensiva a las hijas mujeres, excluyendo inclusive desde lo pensable la “ayuda” masculina de la pareja y/o de los hijos varones.

Con referencia a las *Prácticas para “sentirse bien” realizadas en el hogar*, pudimos relevar: *Leer, Tejer. Coser. Bordar. Mandalas; Escuchar música; Actividades recreativas con otros miembros del grupo familiar; Rezar; Mirar televisión; Maquillarse. Perfumes. Cambiarse. Peinarse; Tomar té. Tomar mate. Compartir; Sexualidad; Internet. WhatsApp. Facebook; Jardinería.*

La lectura (*Leer*) fue visualizada como una práctica diaria asociada a lo placentero

sólo por la entrevistada mayor del grupo. También fue referida por otras mujeres al tiempo de la infancia de sus hijos, cuando desempeñaba una fuente de disfrute personal ligada a sus tareas escolares, o a las lecturas de manuales y novelas de la currícula educativa. La mujer más joven del grupo fue la única que pudo mencionar una lista de libros leídos y sus autores, aunque debemos recordar que había dejado hacía pocos meses la universidad al momento de la entrevista. *Tejer* o *Bordar* en general fue relacionado con actividades de tiempos pasados, parte de aprendizajes fortuitos y con estatuto de herramienta de salud mental. Como ya observamos para otras actividades, la organización y dedicación prácticamente *full time* a las tareas de cuidado del hogar condicionaron fuertemente su abandono. “Me gusta” o “ me encanta... pero nunca lo hago” fueron frases resumen que dieron cuenta de la presentación de esta práctica entre las usuarias entrevistadas. Se visualizó Internet como recurso de consulta ocasional (tutoriales). *Coser* fue presentado como actividad propia de las usuarias destinado a arreglos del hogar y ropa para los hijos, o como herramienta de trabajo, aunque también su práctica fue adscripta a lo placentero para las usuarias. Los *Mandalas* entendidos bien como una técnica de relajación a través de la pintura de plantillas impresas o como un adorno especial, ejemplifica su uso todavía incipiente y no sedimentado.

Por su parte el escuchar *Música* fue una de las prácticas mencionadas repetidamente como acompañamiento de otras: caminar, ida al trabajo, limpiar, bailar, conversar, cantar. El acompañamiento de la música en tales actividades fue asociado al disfrute personal, e imprescindible para su realización (“cable a tierra”). Sólo dos de las usuarias entrevistadas escuchaban música en un espacio y tiempo particular y acotado.

Los espacios de encuentro dentro del hogar (*Actividades recreativas...*) fueron identificados como momentos particulares del día que adquirieron una dinámica personal ligada al *sentirse bien*, vivenciados subjetivamente como placenteros y alegres: la vuelta del trabajo, del colegio, después de cenar, obedeciendo a las pautas singulares de funcionamiento de cada hogar; e instalados y sostenidos rutinariamente como espacios diferenciados.

El *Rezar* fue una práctica vinculada al *sentirse bien*, en tanto vínculo personal con dios y/o como modo de petición o agradecimiento. Constituyó para varias de las mujeres entrevistadas una práctica diaria, con variantes ligadas a su ejercicio excepcional (sólo en momentos de crisis, “muy allá abajo”) o englobada dentro del descreimiento de las instituciones religiosas.

Mirar televisión fue mencionada como actividad asociada a lo ameno, medio de información y de búsqueda de programas orientados por el interés y que en general las mujeres “aprovechan” a mirar cuando los hijos o nietos duermen. El *Maquillarse* y demás arreglos personales incluido el uso de perfumes fue citado expresamente por una de las usuarias como recurso que implementaba cotidianamente para sentirse bien. Pudimos ver en ello estrategias sutiles, mínimas, andamiajes de lo cotidiano que funcionaron como pausas placenteras en la vida diaria.

El *Tomar té*s no fue referido directamente por las usuarias, pero rápidamente produjo asociaciones con lo placentero y escenas de encuentro cuando fue aludido en las entrevistas, además de considerarla una práctica beneficiosa para la salud. Similares asociaciones despertó el *Tomar mate*, presente en prácticamente todos los encuentros placenteros comentados por las usuarias.

La *Sexualidad* fue nombrada expresamente por una de las entrevistadas como una práctica para *sentirse bien*; las características de la investigación no permitieron avanzar más en su análisis, si bien pudo observarse su casi total ausencia en los relatos relevados.

La inclusión del uso de *Internet*, *WhatsApp* y *Facebook* respondió a su dimensión amplia de contacto con otros y de formación e información de las usuarias. Entendemos que el escenario virtual permitió la creación de espacios cualitativamente distintos a lo cotidiano, que podríamos adscribir al propio interés y a lo placentero. En general el uso de WhatsApp y la participación en grupos se presentó limitada al grupo familiar cercano y a los amigos, donde la comunicación con grupos más amplios (trabajo, estudio, escuelas) se caracterizó por su finalidad práctica y restringida en general a su función: comunicación de actividades de espacios de los hijos, o propios. Por otra parte algunas de las usuarias encontraron en Internet la posibilidad de acceso a información o a tutoriales específicos (de cocina o de tejido entre otros) donde la búsqueda activa se experimentó como placentera. Tres de las usuarias ampliaron el uso de Internet a la lectura de algún “chusmerío”, o a un fin práctico como los horarios de colectivos para las hijas. El uso de Facebook presentó similares características, acotado a lo familiar y a los grupos más íntimos. Dos de las usuarias compraban y vendían regularmente productos, y una de ellas utilizaba dichos intercambios como fuente importante de ingresos económicos.

Finalmente la *Jardinería* fue planteada como una actividad intramuros placentera y

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

ligada al “cuidado” de las plantas (se incluyeron en algunos casos también a las mascotas).

Mujeres/madres cuidadoras. “Cuidadoras-24-horas”

En el análisis del contenido de las entrevistas pudimos observar repetidamente el papel central de las mujeres en el cuidado familiar. La frase “los hijos primero” de una de las usuarias brinda una primera aproximación para dar cuenta no sólo de la organización familiar, sino del papel de dependencia de las mujeres entrevistadas de la vida de los integrantes del hogar ¿Cómo leer, por ejemplo, que una de las mujeres entrevistadas hace y deshace caminando -hasta ocho veces diarias- el trayecto entre su casa y la escuela de sus hijos, distante a catorce cuadras de su hogar?

La vida propia parece ser vida armada para otros, estructurada sobre la base de las necesidades de los hijos o la pareja, donde poco tiempo resta para otra cosa que no sea el trabajo reproductivo y/o productivo cuando lo hubiere. Así, el tiempo se presentó como una variable escasa para sí, consumida casi por completo dentro de la casa y en la organización de la familia; tiempo enajenado en tanto tiempo para otros. El trabajo reproductivo fue identificado como aquel que nunca cesa: “en casa siempre tenés algo para hacer”. Para varias de las mujeres entrevistadas, los proyectos personales se inscribieron en el orden del deseo pospuesto, desde retomar gimnasia, caminar, ir al cine, hasta terminar el secundario o realizar un viaje.

De esta manera, la categoría de “cuidado”³⁷ se tornó indispensable para acercarse a la comprensión de las dinámicas al interior de las familias en cuanto al sostenimiento de todas aquellas tareas -materiales y afectivas- implicadas en la organización del hogar , y la protección y desarrollo de los hijos. Permitió a su vez la consideración de sus interrelaciones con aquellas políticas públicas más o menos efectivas que, al institucionalizar ciertas prácticas de cuidado (Jardines maternos, de infantes) habilitan el corrimiento de las mujeres de la exclusividad de sus lugares de *cuidadoras de tiempo completo* (Faur, 2009).

³⁷ Una revisión del concepto al interior del campo de la salud mental y la salud colectiva permite diferenciar cinco categorías distintas del concepto de “cuidado”: como dimensión vincular inherente a las prácticas en salud; como prácticas no formales; en el sentido de participación e integralidad; cuidado como guía de la atención a partir de los usuarios y cuidado como atención (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014).

Esta *disponibilidad temporal* condicionó fuertemente las dimensiones de las prácticas y sus posibilidades de realización. Las distancias debieron ser pensadas desde la cercanía, los tiempos cortos o cuando los hijos estén escolarizados. Inclusive las actividades o prácticas que registramos fuera del hogar se realizaron especialmente en el espacio próximo, y en Sociedades de Fomento, Clubes o Iglesias en el propio barrio. La naturalización de esta estructuración temporal de la vida cotidiana familiar fue sostenido tanto por las usuarias como por el resto de los integrantes del hogar. El análisis o la visibilización de esta mayor dedicación, por su parte, puede comprenderse en tanto *brechas de clase* que exponen las diferencias en el acceso a servicios de cuidado por fuera del hogar, indispensables para “desfamiliarizar” estas actividades “por la vía del Estado o el mercado” (Faur, 2014, p. 115).

Vemos además, siguiendo a Faur (2014) y en atención al material de las entrevistas, que las posibilidades objetivas de concertar los espacios de trabajo/otras actividades y familia quedaron supeditadas no sólo a la existencia de cuidados institucionalizados para la infancia, o la posesión de cierto capital económico relativo a la posición en el espacio social de la usuaria (en general escaso en todas las entrevistadas). Jugaron además “las representaciones sociales históricas respecto de la división sexual del trabajo”; qué hace la mujer, qué hace el hombre, cómo lo hace, cuándo lo hace, quién puede hacer qué cosa. Aquí incorporamos todos aquellos intercambios que, en la forma de acuerdos, transacciones, arreglos, “...se establecen entre personas con grados desiguales de autonomía y autoridad en el ámbito de sus familias” (Jelín, 2010, Arriagada 2002, en Faur, 2014, p. 148).

Suponemos por otro lado que este ordenamiento de la vida cotidiana familiar implicó costos no menores; las mujeres entrevistadas relataron que buscaron activamente quedarse solas, o actividades por fuera del hogar como salida necesaria, o que nadie les hable; comentaron sentirse asfixiadas, hablaron de “escape”, o interpretaron como “error” el haber dejado de trabajar.

De esta manera, entendemos que operó por un lado un acomodamiento (¿obligado?) no exento de disfrute imbricado en las tareas cotidianas de cuidado, a la vez que una tensión con el requerimiento de espacios propios. Resaltamos además que, en general, fueron demandas no dichas en forma espontánea, sino que se hicieron ver cuando la investigadora preguntó por qué hacían tal o cual cosa: “Porque es para mí”, “porque no escucho a nadie”, “cada tanto una salida sola...cinco minutos viste, así fuera una cuadra caminando sola, no importa”. Hasta en

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

la forma de presentación del relato y de su propio deseo se situaron subjetivamente “después de”.

No obstante los anteriores planteamientos, la centralidad de los hijos en las vidas de las usuarias se fue expresando de diversas maneras, de acuerdo a las biografías personales y las diferencias etarias en las trayectorias de vida. Vemos así por ejemplo a Clara, quien identificó la futura ausencia de su hija como causa de sus padecimientos; Franca, quien se mostró agobiada por los problemas de adicciones de dos de sus hijos, igual que Florencia por el suyo; o Natalia que no lograba encontrar la manera de ayudar a su hija adolescente; como Susana; o Laura, que perdió a la suya por suicidio. Tales problemáticas no impidieron que, subjetivamente, los hijos quedaran ubicados como *posesiones narcisistas*³⁸ para las madres usuarias. Así Franca -en el espacio de entrevista- mostraba orgullosa las fotos de cada uno de sus hijos, mientras comentaba el nombre de cada uno y qué hacían; sonrió ufana cuando llegó uno de ellos, estudiante en la Universidad. Ana no cesó de hablar de sus hijas, resaltando su calidad de campeonas nacionales en una actividad que practicaban desde niñas.

Las estrategias del “mientras tanto” y la vertiente desiderativa de las prácticas

Siguiendo con los desarrollos anteriores, observamos cómo las usuarias sostienen el cuidado familiar y dentro de esa misma estructura, inauguran y crean estrategias siempre novedosas para *sentirse bien*, prácticas “no convencionales”, o estrategias *ad hoc* puestas en juego para preservar o alcanzar el bienestar, como parte esencial de la salud mental. Se hilvana así una verdadera actividad paralela, trama entremezclada, solapada, integrada a las tareas del hogar y al cuidado de los hijos.

Parte de tales actividades podrían interpretarse como *estrategias del mientras tanto*,³⁹ en cuanto cumplen o se insertan en lo cotidiano respondiendo a una doble funcionalidad. Una parte responde a la obligación o al mandato, la otra al disfrute personal: una salida al centro para pagar cuentas es a la vez un paseo para “mirar vidrieras”; llevar al hijo al médico se

38 En el sentido amplio de valoración de sí mismas a través de la valoración de los hijos.

39 En el sentido de: Durante el tiempo en que ocurre una cosa; de manera simultánea en el tiempo (Diccionario de la RAE)

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

vuelve una caminata en el regreso a la casa; se escucha música mientras se limpia la casa; o en el camino al trabajo. En otras presentaciones, es el tiempo mismo (cuando los hijos están en la escuela, o cuando duermen) el que se “aprovecha” para realizar actividades ligadas al disfrute personal (caminar, mirar televisión). Siguiendo a Bourdieu (1987), se aprende a gustar aquello que se puede gustar, unión perfecta de la disposición y la posición ocupada en el espacio social. Las actividades se acomodan al ritmo del hogar y los requerimientos familiares en tanto el dinero y el tiempo se vivencian como capitales escasos.

Insistimos finalmente en la observación de cómo algunas prácticas ligadas al *sentirse bien* o inclusive formas de atención de la salud, se circunscribieron al orden del deseo, de un tiempo pospuesto a futuro cuando “tenga más tiempo”, “cuando los chicos sean más grandes”, “cuando pueda”, o tenga los recursos económicos necesarios; desde las mínimas hasta las que implicarían una inversión importante de variados recursos. Viajar, ir a un baño de aguas termales, al cine, a caminar, coser, andar en bicicleta, terminar el secundario entre tantas otras, sin que medie ningún tipo de planificación a corto plazo. Sumamos la añoranza de aquello que se hacía y ahora no se puede por las circunstancias actuales de la vida. Las actividades para *sentirse bien* dejaron de realizarse por las restricciones de la organización del hogar o por cuestiones económicas⁴⁰.

Criterios de la elección o consulta a Otras formas de atención y prácticas

Como venimos desarrollando, pocas fueron las consultas sostenidas a Otras formas de atención por fuera del modelo biomédico; las homologías funcionales de las estrategias adscribieron a ciertos criterios diferenciados en función del análisis, significados más como puntos salientes del discurso que como separación estricta en la consideración individualizada de su operatividad.

El *criterio pragmático* de la consulta o práctica se visualizó en las elecciones realizadas en el mercado de las ofertas disponibles en el subcampo de la salud; donde las diferentes estrategias resultaron intercambiables en tanto prestaran utilidad o “sirvieran” a las

40 No olvidamos el probable carácter resistencial de ciertas conductas. Aquí se apunta a destacar el registro subjetivo de imposibilidad de la usuaria ligado su falta de tiempo o de recursos económicos.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

usuarias. Entendemos al *criterio pragmático* como el ordenador principal de las prácticas que subsume, de alguna manera, a las consideradas seguidamente.

Algunas de las prácticas de salud en las que participaron las usuarias pudieron englobarse bajo el *criterio del desahogo*, que supuso procesos de descarga emocional que se vivenciaron en forma beneficiosa para la salud (coser, caminar, escuchar música entre otros).

Con el *criterio del escape* intentamos poner el acento más que en las prácticas elegidas, en su realización fuera del hogar y de su organización, espacio sentido subjetivamente como asfixiante o demandante en exceso.

El *criterio de socialización o de encuentro* representó en la mayoría de las ocasiones el carácter de motivación sobreañadido a las prácticas, valorizándose tanto como la propia actividad o condicionando su continuidad; fue el caso de las usuarias que salieron a caminar o a andar en bicicleta con sus amigas, pero abandonaron al poco tiempo si cesaba el acompañamiento. La doble motivación acompañó explícitamente a la práctica misma en otras ocasiones, por ejemplo la asistencia a la Iglesia como parte del ritual de pertenencia e igualmente como espacio de encuentro con otras personas de la congregación.

Como venimos observando, *el criterio del placer, del gusto, de lo que hace bien*, se relacionó con muchas de las prácticas de las usuarias, hacia adentro y hacia afuera del hogar, sumamente heterogéneas y con distinto grado de estructuración.

Pocas fueron las actividades que respondieron al *criterio de tranquilidad*, diferenciándolo del de *escape* ya comentado. Aquí sobresalió la búsqueda activa de actividades que subjetivamente se relacionen con la “paz” o la “tranquilidad” (dos usuarias).

El *criterio del cuidado del cuerpo* no apareció en el discurso como motivación única; dos de las usuarias mencionaron su voluntad de perder peso como dimensión agregada al caminar y ligada a lo placentero.

Finalmente el *criterio de ayuda* fue incorporado en tanto pudo dar cuenta de actividades relacionadas con el cuidado del otro (persona o institución) a través de una actividad particular; situado por fuera del círculo familiar. Entendemos que dicho “hacer”, sea cual fuere, fue sostenido por un doble frente: hacia afuera por la actividad en sí y el vínculo que propició la práctica, y hacia adentro por la carga de satisfacción personal que significó quedar ubicada en el lugar de alguien valioso para los demás.

El subcampo específico de la salud mental en el PNAS

La presente investigación resulta una primera aproximación al subcampo específico de atención de la salud mental en el Primer Nivel de Atención y en la ciudad de Bahía Blanca.

Según Bourdieu, el análisis de un *campo específico* requiere que se determine el *capital específico* en juego así como un *mercado* también específico (*productores y consumidores*). Así en el subcampo considerado el *capital específico* remite a la *oferta de servicios de salud*, donde identificamos a los *curadores* (de distinto tipo teóricamente, tanto dentro del Modelo Médico Hegemónico como fuera de él), como los *productores* de dicho capital. Las usuarias que concurren en sus búsquedas de salud al PNASM pueden ser reconocidas como *consumidoras* de dichos servicios o *públicas*. Y las instituciones intermedias o intermediarias., como *distribuidoras* del capital específico (Unidades Sanitarias, Centros de Salud, Iglesia).

Como venimos desarrollando, el análisis de las entrevistas sugiere la escasa consulta a Otras Formas de Atención por fuera del Modelo Médico Hegemónico, con excepción de la importancia de la Iglesia para algunas de las usuarias, que adquirió el estatus de recurso de salud mental acompañando los tratamientos psicológicos, o sustituyéndolos en otras ocasiones. La relación con la Iglesia se expresó mediante variadas expresiones, donde la percepción subjetiva de comunión con Dios se vio reforzada por vivencias del orden de la paz, el sosiego, la tranquilidad, el apoyo, el encuentro, entre otros.

Sólo una de las mujeres entrevistadas manifestó practicar al momento de la entrevista Otras Formas de Atención (mayormente poco precisas en su definición). Las demás usuarias hicieron uso acotado de algunas de estas Formas en un tiempo anterior, o las inscribieron en el orden del deseo pospuesto y/o de la imposibilidad de realización; ya sea por causas laborales, económicas, o del cuidado del hogar.

Las mujeres entrevistadas reforzaron, por otra parte, el carácter eminentemente pragmático de la funcionalidad de sus búsquedas de salud: “Si te hace bien...”. Como señala Collin Harguindeguy (p. 13, 2006) “Los consumidores justifican su elección enfatizando la eficiencia de las prácticas”. Entendemos que fue este carácter pragmático el que operó funcionalmente permitiendo ciertas homologías entre prácticas, o entre prácticas y Formas de atención de la salud (tanto dentro como fuera del Modelo Médico Hegemónico).

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

De tal manera el subcampo específico de la salud en cuanto a la consideración de los productores del capital específico, quedó prácticamente circunscripto a los representantes del Modelo Biomédico (Médicos, Psicólogos, Psiquiatras).

Destacamos asimismo la presencia de cierto discurso adscripto al pensamiento *New Age* y operacionalizado en representaciones diversas y eclécticas, referidas al autocuidado de la salud de las usuarias y la responsabilidad personal en tales acciones, la importancia del estar bien, del cuidado atendiendo al propio deseo, de la necesidad de espacios personales, del poder ser escuchadas, relajarse, estar tranquilas, en paz, entre otras aspiraciones.

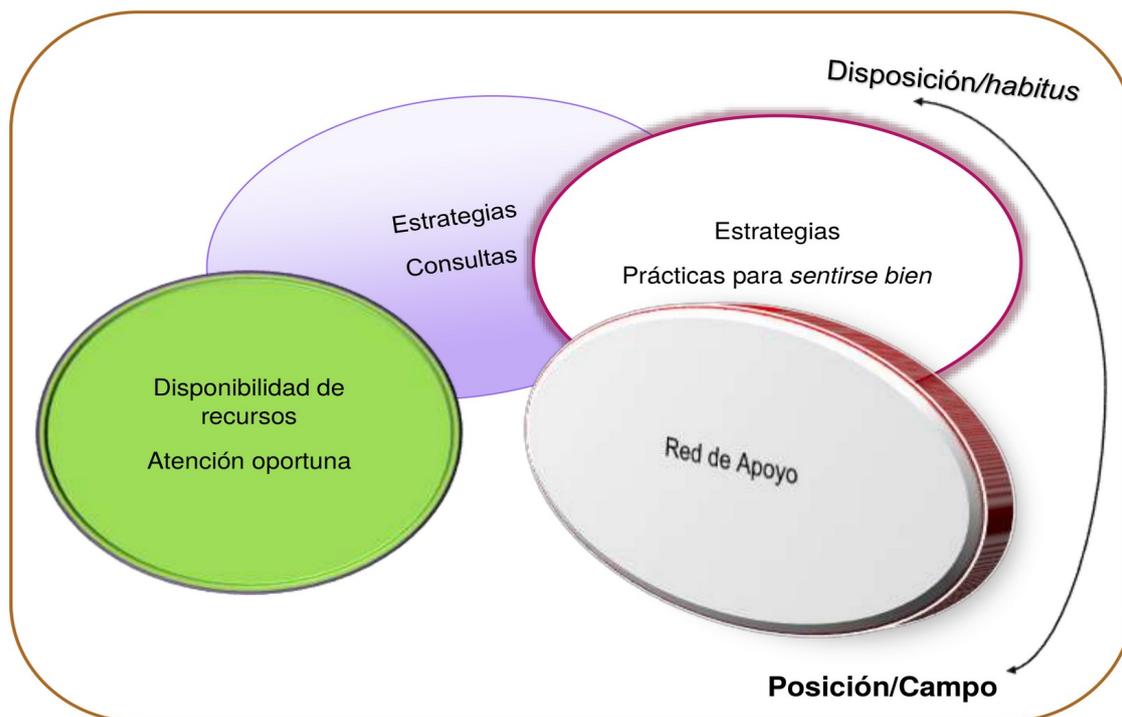
Por otro lado pudimos visualizar un conjunto numeroso, creativo y heterogéneo de prácticas para *sentirse bien* en la vida cotidiana de las usuarias, que se imbricaron, coincidieron, se solaparon u oficiaron de pausa entre las considerables tareas de *cuidado* de las mujeres entrevistadas. Propusimos entenderlas también como *estrategias* en el sentido otorgado por Bourdieu, “como acciones orientadas hacia la maximización del beneficio, material o simbólico” (Bourdieu, 1972 en Gutiérrez, 2005).

Quedan pendientes desarrollos futuros sobre el carácter de las consultas y las prácticas; su adscripción a las estrategias de reproducción social, así como el enriquecimiento conceptual del subcampo específico de la salud en el PNASM, que exceden el marco de la presente investigación. Como desarrollos provisorios, propusimos considerar al mencionado subcampo como altamente particular en cuanto a la situación de *mercado*: las usuarias se presentaron no sólo como consumidoras de bienes y servicios de salud, sino como agentes activas capaces de *producir* ciertas prácticas de salud novedosas con carácter de estrategias - respecto de la salud mental personal y familiar- .

Presentamos como cierre la siguiente Ilustración⁴¹ que intenta dar cuenta de la interrelación o articulación dinámica, en las búsquedas de salud frente al sufrimiento psíquico de las usuarias, de las Estrategias de salud implementadas (tanto las Consultas como las Prácticas), la Disponibilidad de recursos traducida en atención oportuna, y la *Red de Apoyo* de las usuarias, rescatando el condicionamiento social de las mismas a la vez que al agente social en el proceso de su producción.

41 Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 1 Sufrimiento Psíquico y Estrategias de búsquedas de Salud





UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

TESIS DE MAGISTER EN SALUD COLECTIVA

Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico
en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud;
Bahía Blanca, 2017-2019

Autora: Dévora Isolda Eliosoff

BAHÍA BLANCA

ARGENTINA

2019

ÍNDICE

VOLUMEN 1

1. PROPÓSITO	22
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
2.1 ¿Sujeto, paciente o usuaria?.....	27
2.2 Dimensiones de Género y Edad en el ámbito de la salud.....	28
2.3 Organización de la atención en Argentina y Atención Primaria de la Salud.....	33
Sistema de Atención de la Salud en Argentina	33
Atención Primaria de la Salud.....	33
Sistema de salud y APS, el caso de Bahía Blanca.....	34
2.4 Demandas de atención. Sufrimiento psíquico y patología mental en el PNAS de la ciudad de Bahía Blanca.....	37
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	39
4. HIPÓTESIS	39
5. JUSTIFICACIÓN	40
5.1 Justificación social.....	40
5.2. Justificación académica.....	41
5.3 Justificación personal.....	41
6. ESTADO DEL ARTE	42
6.1 Estudios sobre itinerarios terapéuticos.....	44
Consideraciones. Objetivos, metodología y resultados.....	44
Formas de abordaje. Marcos teóricos referenciales	47
Relación con los modelos o formas de atención de los padecimientos.....	49
Elecciones y reorientaciones	52
Redes sociales de apoyo. La autoatención.....	53
7. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	56
7.1 Formas y Modelos de atención e itinerarios terapéuticos. Conceptualizaciones de Eduardo Menéndez y Anitilde Idoyaga Molina	56
7.2 El pensamiento de Pierre Bourdieu. Aportes teóricos con relación al tema de investigación	59
Itinerarios terapéuticos, clase social y desigualdades en salud	60
El concepto de campo y capital. Campo de la salud	62
El campo de la salud en disputa	63
Habitus y estrategias de salud de los usuarios. Las prácticas para sentirse bien y los aportes de otras disciplinas.....	65
7.3 Sufrimiento psíquico y patología mental.....	68
8. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	72
8.1 OBJETIVOS GENERALES.....	72
8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	72

9. METODOLOGÍA	73
9.1 Metodología escogida	73
9.2 Los primeros pasos en el campo	75
9.3 Realización de las entrevistas. Criterios de inclusión. Unidad de Análisis	77
9.4 Procesamiento y Análisis de los Datos	82
10. RESULTADOS	85
PRIMERA PARTE. LAS DEMANDAS DE ATENCIÓN	86
INTRODUCCIÓN.....	86
1. Distribución de las Consultas según género	87
2. Distribución de la Consulta según género y Diagnósticos frecuentes.....	88
3. Relación consultas/personas en los Diagnósticos frecuentes en Psicología	92
4. Discusión. Problemas vinculares y sufrimiento psíquico	97
RESULTADOS	100
SEGUNDA PARTE . ITINERARIOS TERAPÉUTICOS	100
INTRODUCCIÓN.....	100
CAPÍTULO 1. CARACTERIZACIÓN DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS	102
1.1 Usuarías y Barrios de pertenencia.....	102
1.2 Bahía Blanca. Barrios y Calidad de Vida.....	104
1.3 Usuarías. Estudios. Ocupación. Familia.....	106
CAPÍTULO 2. EL CONCEPTO DE SALUD/SALUD MENTAL	110
2.1 Usuarías y Salud Mental.....	110
2.2 Discusión .1.....	113
CAPÍTULO 3. ACCESIBILIDAD	114
3.1 Barreras geográficas. Distancia a la Unidad Sanitaria. Acceso a la Consulta	115
3.2 Barreras relativas al no cumplimiento de las expectativas del encuentro profesional-usuaria.....	117
3.3 Barreras organizacionales. El tema edilicio.....	119
3.4 Estrategias de atención de profesionales, usuarios e instituciones	120
3.5 El sistema público como garante de la atención de la salud. La oferta de servicios	123
3.6 Discusión	125
CAPÍTULO 4. LA CONSULTA PSICOLÓGICA	129
4.1 La relación terapéutica. Distancias percibidas. Ajuste. Importancia y Dificultades	129
La distancia percibida en la relación terapéutica	129
La relación con el terapeuta vista como relación de “encaje” o de “química”.	
La “confianza”	131
La importancia atribuida a la consulta psicológica actual	133
El trabajo terapéutico como un proceso “difícil”	135
4.2 La consulta psicológica. Un lugar especial.....	136
La consulta psicológica como un lugar especial donde “contar”.....	136
Consulta psicológica y “necesidad” de las usuarias.....	137
La consulta como espacio de “descarga” o “desahogo”.....	138
La consulta psicológica interpretada como “caída”.....	139
La consulta psicológica como “prueba”.....	140
La decisión de consultar. Motivo manifiesto y latente de consulta	141

4.3 Características de la psicóloga/o desde el punto de vista de las usuarias	146
Conocimiento previo del profesional.....	146
El psicólogo y sus estilos de intervención.....	147
El psicólogo situado en el lugar del saber.....	149
El psicólogo como alguien capaz de dar “ayuda”	150
4.4 Discusión.....	152
CAPÍTULO 5. RED DE APOYO.....	155
5.1 Caracterización. El “apoyo” como “tabla donde pisar”	157
5.2. Tipos de apoyo	159
Apoyo familiar.....	159
Apoyo del sector público. La figura de la “Asistente” y de la Psicóloga.....	162
Apoyo de la Unidad Sanitaria a través de la figura de la enfermera y de la médica ...	164
Apoyo a través de la figura del “gremio”	164
Apoyo de amigas, amigos y grupos.....	165
Red de apoyo e Iglesia.....	166
Apoyo y amigos virtuales.....	167
5.3 Discusión.....	168
CAPÍTULO 6. OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y PRÁCTICAS PARA <i>SENTIRSE BIEN</i>	170
6.1 Otras formas de atención de la salud	171
Yoga	173
Reiki	174
Masajes Terapéuticos	174
Concurrencia a la Iglesia. Sanadores	175
6.2. Actividades y prácticas para <i>sentirse bien</i>	180
Prácticas fuera del ámbito doméstico.....	182
Cursos.Estudiar; Charlas. Encuentros; Amigas . “Salir”; Gimnasia; Bicicleta; Caminar; Bailar; Trabajo; Trabajo Voluntario	
Prácticas para <i>sentirse bien</i> en relación con tareas domésticas.....	194
Cocinar; Limpiar	
Prácticas para <i>sentirse bien</i> realizadas en el hogar	196
Leer; Tejer. Coser. Bordar. Mandalas; Escuchar Música; Actividades recreativas familiares; Rezar; Mirar televisión; Maquillarse. Perfumes. Cambiar. Peinarse; Tomar té. Tomar mate. Compartir; Sexualidad; Internet. WhatsApp. Facebook; Jardinería	
6.3. Discusión.....	213
Otras Formas de atención y Prácticas para sentirse bien.....	213
Mujeres/madres cuidadoras. “Cuidadoras-24-horas”	221
Las estrategias del “mientras tanto” y la vertiente desiderativa de las prácticas.....	223
Criterios de elección o consulta a otras formas de atención y prácticas	224
El Subcampo específico de la salud mental en el PNAS.....	226

VOLUMEN 2

CAPÍTULO 7. ITINERARIOS TERAPÉUTICOS.....	229
7.1 Laura (42 años)	230

7.2 Florencia (35 años)	234
7.3 Franca (49 años).....	237
7.4 Sandra (47 años).....	241
7.5 Clara (59 años).....	244
7.6 Soledad (33 años).....	248
7.7 Yasmín (19 años).....	252
7.8 Adriana (33 años).....	255
7.9 Susana (46 años).....	259
7.10 Natalia (32 años)	264
7.11 Violeta (34 años)	267
7.12 Ana (45 años).....	270
7.13 Victoria (30 años).....	274
7.14 Mariana (38 años).....	278
7.15 Itinerarios Terapéuticos. Discusión	281
11. CONCLUSIONES	289
12. ANEXO	298
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	306

VOLUMEN 2

CAPÍTULO 7. ITINERARIOS TERAPÉUTICOS.....	229
7.1 Laura (42 años)	230
7.2 Florencia (35 años)	234
7.3 Franca (49 años).....	237
7.4 Sandra (47 años).....	241
7.5 Clara (59 años).....	244
7.6 Soledad (33 años).....	248
7.7 Yasmín (19 años).....	252
7.8 Adriana (33 años).....	255
7.9 Susana (46 años).....	259
7.10 Natalia (32 años)	264
7.11 Violeta (34 años)	267
7.12 Ana (45 años).....	270
7.13 Victoria (30 años).....	274
7.14 Mariana (38 años).....	278
7.15 Itinerarios Terapéuticos. Discusión	281
11. CONCLUSIONES	289
12. ANEXO	298
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	306

Capítulo 7. Itinerarios Terapéuticos

En este capítulo se presentan en forma diferenciada los puntos salientes de los itinerarios terapéuticos de las usuarias entrevistadas, así como las vicisitudes de sus estrategias frente al sufrimiento psíquico. Destacamos entonces, someramente y para las catorce mujeres entrevistadas: el Motivo de Consulta Actual y los Anteriores; cómo llegaron a la Unidad Sanitaria y la solicitud de atención psicológica; el uso de Medicación, la Consulta a Otras Formas de Atención de la salud y de Prácticas para *sentirse bien*. Damos cuenta de los itinerarios terapéuticos y ejemplificamos gráficamente dichos puntos nodales para cada una de las usuarias entrevistadas.

En la Discusión por otra parte, proponemos una doble lectura de dichos itinerarios terapéuticos en búsquedas de salud: desde un punto de visto *amplio* y de acuerdo a las vivencias de las propias usuarias; y desde un sentido *restringido, en el papel*¹, acotado a los recorridos iniciados a propósito del *episodio actual* de atención psicológica.

1 Parfraseamos aquí a Bourdieu (1984) quien, al hablar de clases sociales, las entiende como un constructo (teórico) del investigador, “producto de una clasificación explicativa”. En este caso, de un recorte de las vicisitudes del sufrimiento psíquico de las usuarias, recorridos iniciados a propósito del *episodio actual* de atención psicológica.

7.1 Laura (42 años)

Ama de casa. Familia Ensamblada; 7 hijos de 24 (fallecida; suicidio), 23, 19, 17, 13, 8 y 5 años; 6 nietos. Pareja actual (43 años); militar “de Base Aeronaval”. Viven en el hogar, además, las parejas de dos de sus hijos con dos de sus nietas.

Motivo de Consulta Actual: Fallecimiento de su hija un año atrás del momento de realización de la entrevista. “Se quitó la vida (...) pensé que no lo necesitaba [realizar tratamiento] y sí, lo necesitaba viste, porque no entendía viste por que...” . Su hija padecía situaciones de violencia en la pareja. Comentó Laura que podría llegar a comprender tal desenlace porque pasó por similar situación, “...pero siempre mi base fueron mis hijos. Capaz que para ella no... no entiendo esa parte...”

Unidad Sanitaria. Psicóloga: Solicitó atención con a la psicóloga por indicación de la médica de familia de la Unidad Sanitaria con quien se atendía: “¿Por qué no vas y sacás? Porque sabía que yo... hablaba y lloraba...”. No conocía previamente a la profesional. No tuvo que esperar mayormente para recibir atención psicológica.

Los cuatro hijos mayores eran de su primer pareja. En su infancia y adolescencia asistieron a un Centro Complementario de Educación de jornada completa; allí el mayor contó la situación de violencia familiar que padecían en el hogar. Según su relato, personal del establecimiento presionó fuertemente a Laura para que abandone el hogar con los hijos “...o te vas con los chicos o nosotros hacemos una denuncia y te quedás sin los chicos...” Su hermana la recibió en su casa. Tuvo problemas legales porque su ex-pareja “me sacó las nenas”. Finalmente recuperó a sus hijas: “Me fui hasta allá y me las llevé (...) Por que él no quiere a los chicos, me quiere a mí...” Relacionó esa relación anterior con comportamientos violentos de uno de uno de sus hijos, quien desde su niñez recibió atención psiquiátrica, estuvo medicado y no pudo completar satisfactoriamente su educación primaria. Otro de sus hijos sufrió de adicción. “Si, era doloroso verlo (...) Lo pude sacar, totalmente (...) Ahora estoy intentando que vayan a un psicólogo, para que vean, viste, a ver si uno se puede abrir más (...) tienen que ir le digo, para sacar lo que ustedes no me quieren contar a mí le digo”.

Trató de ayudar a su hija para que no repita la misma situación de violencia que había pasado con su primer pareja. Laura, por su parte, no recibió ningún tipo de apoyo de su

familia directa: “...vos te arreglás, vos elegiste”. Sí recibió ayuda de su ex-suego mientras vivía con su hijo.

Su hija fallecida tenía cuatro hijos; Laura quedó al cuidado de la hija menor, de un año de edad. Y los otros tres quedaron a cargo de la hermana de Laura.

Motivo de Consulta Anterior: Consultó por violencia física y psicológica de su pareja anterior: “ porque yo me sentía mal porque no tenía, tenía mucho miedo, le tenía terror a mi pareja (...) me remolió a palos (...) y siempre me decía te vas a ir con tus hijos todos cortaditos...(…) Hice la terapia y me sentí más, como que sí, yo podía”. Dramáticamente en su relato apareció la figura del homicidio: “.. estallé ese día. Pero me encegüecí mal, mal.. agarré la carabina [de caza] de él y la cargué y las balas no salieron (...) y dije hasta acá llegué...” Realizó un año de tratamiento (¿Unidad Sanitaria?). Recibió ayuda de la Trabajadora Social de la Municipalidad de una localidad vecina.

Al momento de realización de la entrevista y por la tarde, quedaba al cuidado de su nietos de meses, porque los hijos mayores y las nueras estudiaban para finalizar sus estudios. Relató que estaba acostumbrada a ese tipo de tareas ya que de chica cuidó a sus hermanas, “porque por ahí mi mamá se iba...”

Laura fue operada de un tumor en la zona abdominal, dos años atrás. La herida no cicatrizó y se le formaron nódulos, estaba esperando “quirófano libre” en el hospital provincial de la ciudad

Medicación: No había recibido atención psiquiátrica ni tomado medicación psicofarmacológica.

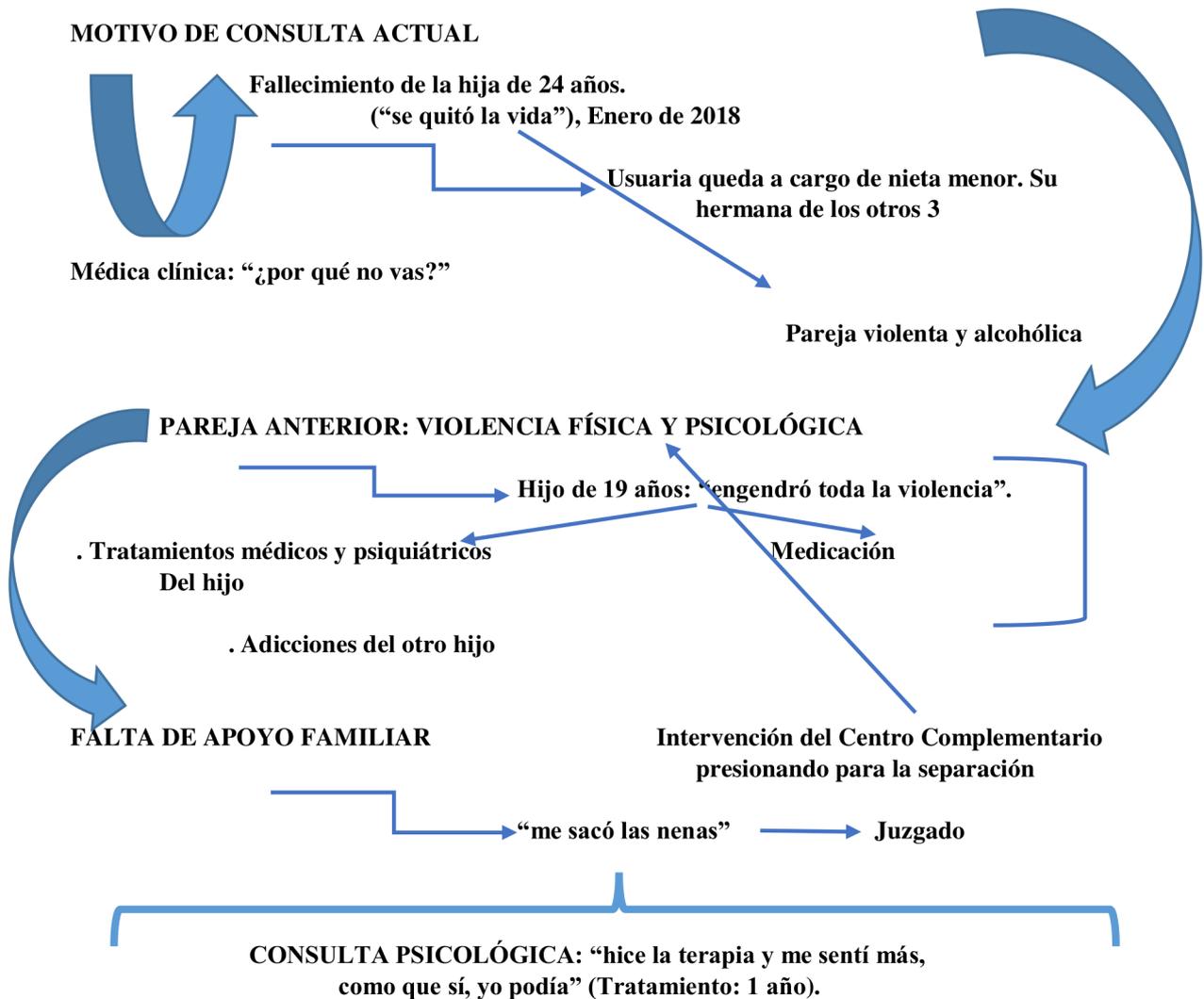
Otras Formas de Atención de la salud y Prácticas para sentirse bien: No recurrió a *Otras Formas de atención* de la salud. Cuando la investigadora mencionó como ejemplo las termas de Pedro Luro (localidad cercana), y la terapia con barro, respondió: “...jaja, el barro lo único que conozco es cuando llueve”. Conocía a unos “sanadores” en Córdoba, pero nunca había ido. Desconfiaba de las personas “sanadoras”. Mencionó caminar “...para decir ommm... no escucho a nadie, chin!”. También andar en bicicleta en compañía de una amiga, todos los días (mientras los nenes estaban en el jardín o la escuela). Las Iglesias “me han defraudado”.

Identificó además como Prácticas para *sentirse bien*: *Tomar mate* con su amiga. *Tejer*, buscar tutoriales en Internet, también de *cocina*. *Leer* novelas “de alguno de los chicos viste,

que le piden en la escuela”. *Escuchar música*: “yo escucho música pero para limpiar (...) me gusta escucharla y ponerme a limpiar, me gusta”. *Jardinería*: “cuido mis plantas (...) a mi las plantas me encantan”. También *disfrutar con sus nietos*: “..pero yo porque no tiempo para nada, yo hago con mis nietos (...) me encanta, me pongo a bailar con los nenes en casa, bailar, cantar...”. *Mirar televisión* (cuando los hijos y nietos duermen). No tenía *Facebook* y sí Grupo de *WhatsApp* restringido a sus amigas, familia, y padres de la escuela. Mencionó expresamente a su pareja como un apoyo permanente y la realización de actividades de recreación que involucraban a toda la familia.

Itinerarios terapéuticos: El *episodio actual de atención* con la psicóloga de la Unidad Sanitaria dio inicio por recomendación de su médica clínica y a raíz del fallecimiento de su hija mayor. Prácticamente toda la entrevista giró en torno del relato de la situación de violencia familiar y psicológica que sufrió su hija antes de la determinación de quitarse la vida, de sus padecimientos, de cómo Laura trató de ayudarla para que no repita su propia historia, que fue surgiendo de a fragmentos y asociada permanentemente al relato. Laura padeció violencia familiar por parte del padre de sus hijos mayores; en esa oportunidad concurre a una psicóloga para poder tomar y sostener la decisión de separarse. El relato se acompañó de las dificultades con sus hijos que, interpretó Laura, se debieron a las situaciones de violencia familiar padecidas en su infancia.

ITINERARIO USUARIA Laura, 42 años. Ama de casa. Familia Ensamblada; 7 hijos de 24 (fallecida; suicidio), 23, 19, 17, 13, 8 y 5 años; 6 nietos. Pareja actual (43 años); militar “de base Aeronaval”. Viven en el hogar las parejas de dos de sus hijos y dos nietas.



OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN. PRÁCTICAS PARA SENTIRSE BIEN

Caminar. Andar en bicicleta con amiga. Mate. Conversar. Leer con los hijos. Música para limpiar. Limpiar. Cocinar. Tutoriales de tejido y cocina. Jardinería. Jugar con los nietos, bailar, cartas, “veo veo”. Televisión. Acampar con la familia.

7.2 Florencia (35 años)

Ama de casa y empleada doméstica; cursando estudios terciarios (Profesorado, segundo año). Familia nuclear; 1 hijo de 17 años. Pareja (36 años), albañil.

Motivo de consulta: Florencia consultó por problemáticas con su hijo quien quería dejar de estudiar y comenzar a trabajar: “... necesito ayudarlo desde un lugar... que más o menos podamos tener una buena relación (...) tener herramientas para poder ayudarlo”.

Motivo de consulta anterior (por su hijo): Consultó por un problema de adicciones. Concurrió en primer lugar a un Grupo de ayuda para padres (en el Hospital) pero consideró que el caso de su hijo era menos grave y abandonó el tratamiento. Aclaró la usuaria que luego en la consulta no fue la única problemática abordada pero que la relación con su hijo fue: “... lo que más me desequilibra psicológicamente”. Interrogada respecto de por qué decidió consultar en ese momento, respondió: “porque hay un quiebre y uno dice: yo por esto tengo que consultar”.

Motivo de consulta anterior (con relación a problemáticas personales): Florencia relacionó inmediatamente la anterior situación con su primera consulta psicológica, a los 17 años: “igual yo ya había intentado antes (...) me mandaron al psicólogo porque somatizaba”; comentó que fue debido a la separación de los padres y de alcoholismo del padre, por problemas en la escuela, “¡qué se yo! (...) tenía un montón de cosas como que yo trataba de contener...” En una de estas crisis la llevaron al hospital y la derivaron a una psicóloga; también concurrían los padres (dispositivo público). Experimentó una sensación de abandono por parte de su psicóloga, por sus repetidas suspensiones de turnos por viajes, congresos y otras actividades. Mencionó que además “... no tenía como ... mucha onda con la psicóloga (...) no la había entendido tampoco a la terapia, o sea fui, pero no sé”.

Pensó retomar el tratamiento en dos oportunidades: por un problema de adicciones personal, pero sintió vergüenza. Y luego del accidente grave de un sobrino, pero consideró que no era su tiempo personal para poder hablar de ello.

Unidad Sanitaria. Psicóloga: Su elección se basó en la cercanía: “Vivo en la esquina”. Primero concurrió al Grupo para padres (las situaciones allí abordadas eran muchos más “heavys” que las suyas; no siguió asistiendo) y desde allí la orientaron para que consulte en la

Unidad Sanitaria cercana. Entonces “busqué”; la cruzó a la psicóloga en una ocasión y le contó la situación, “se ve que me vio tan mal así que empecé a venir”. No la conocía previamente, “vine porque había psicólogo, como me quedaba cómodo venía a probar”.

Medicación: “de vez en cuando me ‘Clonazepaneo’”. Consigue la medicación por intermedio de la familia, la que le dan al sobrino (quien sufrió un accidente con secuelas importantes). Se “convidan” también las gotas entre compañeros de clase cuando se quedan sin medicación.

Otras formas de atención y prácticas para sentirse bien: No consultó a *Otras Formas de atención* de la salud.

En cuanto a las prácticas: *Taekwondo o Taebo*, “alguno de esos” y por espacio de un año y hacía dos. *Estudiar*; comentó que estaba realizando un proyecto de investigación en relación con la música. *Escuchar música* mientras se dirige al trabajo en colectivo. *Coser* (antes). *Salir* con su pareja a tomar algo. Una vez fue a que le “tiren las cartas (...) no creo en ninguna de esas”.

Itinerarios terapéuticos: El *episodio actual de atención* se centralizó en primer lugar en la problemática relacionada con su hijo de 17 años porque quería abandonar los estudios. Sin embargo, aclaró Florencia, que no fueron las únicas situaciones abordadas en el tratamiento. Había realizado una consulta anterior por problemas de adicciones de su hijo; comenzó asistiendo a un Grupo para Padres en el Hospital; como consideró que su caso era distinto abandonó ese tratamiento; allí recibió orientación para que concurra a la Unidad Sanitaria. Conocía a la psicóloga de este primer abordaje psicoterapéutico. Florencia realizó un relato de difícil seguimiento en cuanto a los tiempos de tratamiento de su hijo y sus consultas previas por otros motivos, o sus intenciones de consulta personal que luego no concretó. De tal forma que la articulación del relato no se produjo sobre la base del episodio actual de atención, sino a través de las diversas consultas (personales y por su hijo) o los intentos, que parecieron enlazarse por el hilo común del sufrimiento psíquico.

ITINERARIO USUARIA Florencia, 35 años. Ama de casa y empleada doméstica; cursando estudios terciarios. Familia nuclear; 1 hijo de 17 años.

MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL: Por hijo (17 años). “Quiebre”. Tener “herramientas para poder ayudarlo” .



MOTIVO DE CONSULTA ANTERIOR: Por hijo. “Fumaba marihuana”; “me derrumbé”.

Grupo de Padres (Hospital) → “poco tiempo”, “mi caso era distinto, (...) eran ‘heavys’ los casos de ellos”.

Consulta en la Unidad Sanitaria: “me la crucé a [nombre de la psicóloga] (...) me vio tan mal así que empecé a venir”.

“Intenté venir” → Problema de adicción personal
 → Accidente grave de un sobrino

- PRÁCTICAS PARA SENTIRSE BIEN**

 - Estudiar
 - Proyecto de Investigación
 - Música
 - Taekwondo y coser (no actualmente)

“Igual yo había intentado antes” (a los 17 años)

MOTIVO DE CONSULTA ANTERIOR O PRIMERO: “Me mandaron al psicólogo porque somatizaba” → Separación del padre; alcoholismo del padre; problemas en la escuela

“Tenía un montón de cosas como que yo trataba de contener”.

Hospital: (ambulancia): “No tenía nada” → **Psicóloga** ← **Escuela**
 (Dispositivo público)

Embarazo ← **Abandono de tratamiento:** “Yo sentí en ese momento que la psicóloga me abandonó” (viajes, congresos). “Me cansé (...) no fui más (...) no tenía....mucha onda con la psicóloga”.

7.3 Franca (49 años)

“Sostén de familia”. Separada; 4 hijos de 27, 25, 20 y 17. Trabaja en una escuela de doble jornada. Vende en una feria los fines de semana. Venta de ropa por Internet, en el barrio y su trabajo.

Motivo de Consulta Actual: Lo primero que mencionó fueron las deudas contraídas en ocasión del cumpleaños de su hija: “bueno, esa fue una de las razones, y yo me entré a enfermar”. Gastritis, colon irritable, descenso importante de peso (15 kgs). Se sumó la pérdida de una relación amorosa por un desengaño inesperado. Dos de sus hijos padecían problemas de adicción “muy importantes”. En ese momento “vivía de médico en médico, los médicos me decían que no tenía nada”. Una hermana que vivía en Buenos Aires le consiguió turno en esa ciudad con un médico conocido. Tuvo un intento de suicidio: “tanto dolor, tanto sufrimiento, tanto , tanto, tanto dolor que no quería estar más. No, no lo pude manejar”. Llamó a su prima (con quien se crió) y al gremio: “Y llamé al gremio, llamé a mi gremio, yo llamé a mi gremio. Yo llamé a mi gremio que me ayudaran, que me ayudaran”. Solicitó que le facilitaran la consulta con un psiquiatra; le otorgaron además una licencia médica. Además recurrió por ayuda a otra de sus hermanas: “Venite por favor, le digo, porque yo no puedo sola, a vos te puedo decir, no puedo sola”. Ante la falta de mejoría, acordaron con su hermana en dejar de tomar la medicación (¿tratamiento por tres años?). Se trasladó entonces a Buenos Aires con su familia extensa y realizó una consulta a un médico “que es muy conocido”. El profesional aseveró que “estaba sana”, y que debería realizar tratamiento psicológico y algún deporte. Estuvo 4 meses en cama y se reintegró al trabajo con ayuda de sus compañeros. “Empiezo a trabajar, empiezo a ir a [nombre de la psicóloga] eh... y bueno, ahí arrancamos”. Ahí comenzó a hacer zumba, tener más vida social, amigas.

Luego de la separación de su primer pareja sostuvo por espacio de cuatro años una relación con una nueva pareja también violenta.

Motivo de Consulta Anterior. Conocía a la psicóloga desde hacía 5 años cuando consultó por su primer separación. Su primer pareja vivía en la casa de adelante y continuaba siendo violento con ella. Tuvo depresión luego de la separación, e intento de suicidio (primero), fundamentalmente porque temía que les faltara el sustento para su hijos. En esa oportunidad

concurrió al Hospital Penna y le hicieron lavaje de estómago (mezcló Clonazepan con Vodka).

Unidad Sanitaria. Psicóloga: Llegó a la Unidad Sanitaria para atenderse con la psicóloga porque en la escuela anterior donde trabajaba “siempre hablaban de [nombre de la profesional]”. Poseía obra social pero debía abonar aranceles (que no podía afrontar) para la cobertura en psicología.

Medicación: Como fue mencionado, tomó por un tiempo medicación psicofarmacológica por indicación psiquiátrica, pero la abandonó por no encontrar mejorías.

Otras Formas de Atención y Prácticas para sentirse bien: No recurrió a *Otras Formas de atención* de la salud, salvo la concurrencia a la Iglesia en forma esporádica.

En cuanto a las Prácticas para *sentirse bien*: *Trabajo* en la escuela actual. *Escuchar música*: “mi cable a tierra”. *Rezar* “a veces”. *Curso* de manejo de emociones (incompleto). *Caminar*. *Salida con amigas*, y con diferentes “tribus” (familia, compañeras de la escuela, grupo especial de salidas entre otros). *Zumba* en la Sociedad de Fomento (año anterior); “descargamos y hablamos”. *Facebook* familiar especialmente; publicar cosas para vender. *WhatsApp* y grupos muy pocos, de zumba y del trabajo. Inscribió a numerosas *Prácticas* en el orden de aquello que le gustaría realizar pero con acceso obstaculizado por cuestiones económicas o laborales (Yoga, Reiki, Terapia con barro o aguas termales, kick boxing, jardinería, terminar el secundario, viajar a la playa).

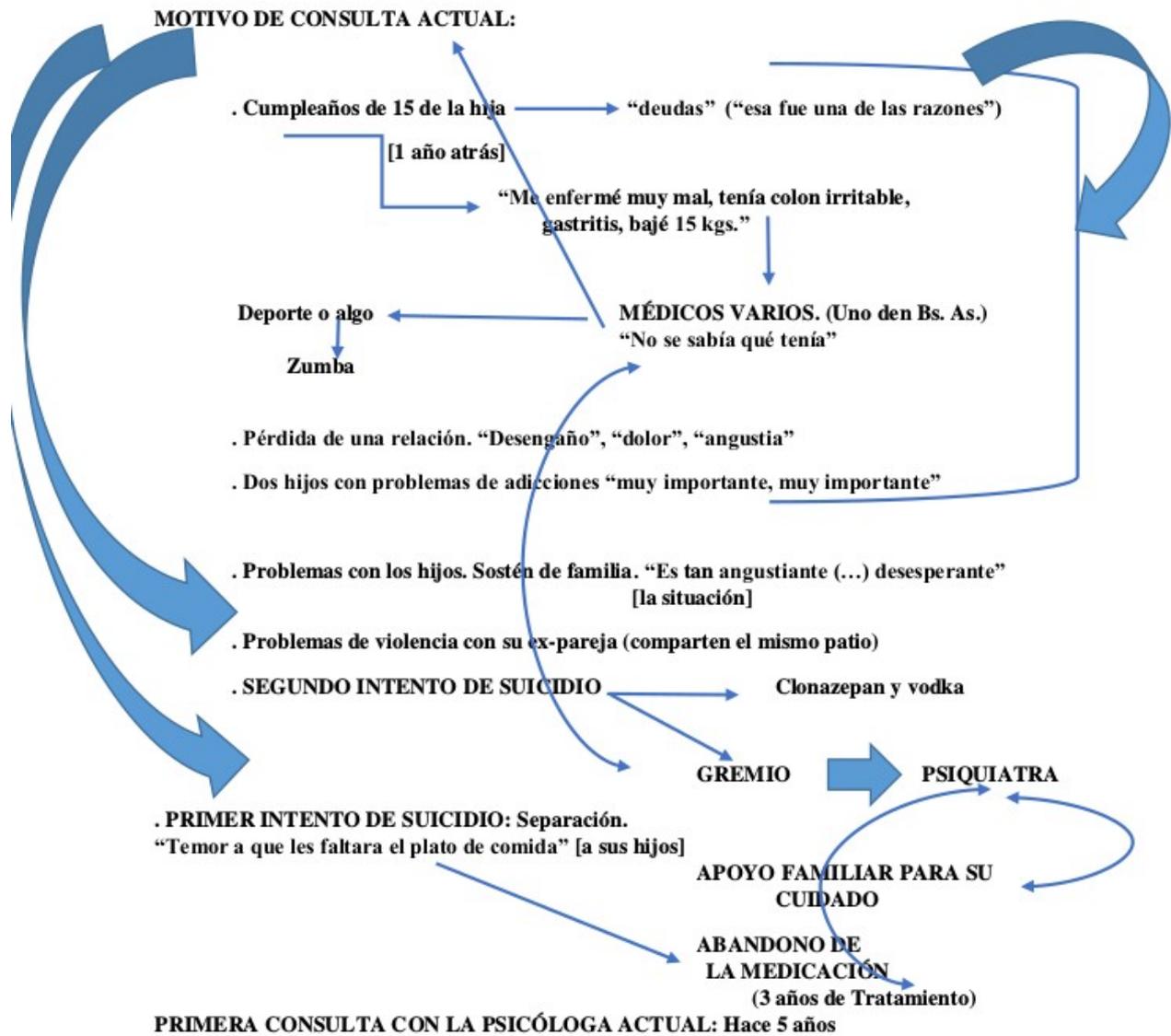
Itinerarios terapéuticos: El relato cronológico se tornó sumamente confuso, tanto en el seguimiento de la entrevista como luego en su análisis. En el *episodio actual de atención* convergieron varias cuestiones: colon irritable, gastritis y pérdida considerable de peso; un desengaño amoroso y los problemas con sus hijos. En primera instancia solicitó ayuda al Gremio al cual pertenecía para que facilitaran el contacto con un psiquiatra (segundo intento de suicidio); comenzó a tomar medicación aunque luego la abandonó por no sentirse bien ni registrar mejorías (¿por espacio de 3 años?) Consultó a varios médicos (?), inclusive uno en Buenos Aires; éste último le aconsejó tratamiento psicológico y la realización de algún deporte. Reinició tratamiento con la psicóloga de la Unidad Sanitaria a quien ya había consultado anteriormente.

Su primera consulta no obstante la realizó cuando se separó (¿fecha?), debido a

problemáticas de violencia física y psicológica (primer intento de suicidio) que perduraban hasta el momento de la entrevista. Su posterior pareja también era una persona violenta.

Los tiempos del relato se fueron superponiendo, registraron ampliaciones por temas, cierres y nuevas aperturas en otros momentos de su trayectoria de vida, evocados por las nuevas circunstancias que se iban exponiendo en la narración. Su seguimiento fue difícil desde el punto de vista cronológico, donde las situaciones personales y familiares se convocaban unas a otras hilvanadas por un intenso sufrimiento psíquico acompañado de sintomatología orgánica.

ITINERARIO 11. USUARIA Franca, 49 años. Ama de casa; cocinera escuela; ventas varias; feriante.
Separada, 4 hijos de 27, 25, 20 y 17 años.



OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN. PRÁCTICAS PARA SENTIRSE BIEN

Prácticas: Trabajo (escuela). Zumba. Salir con amigas (Grupo), con familia; compañeras escuela, hermana y amigas. Iglesia (poco). Caminar. Música. Facebook: comparte carteles “sobre la vida”; Facebook familiar

7.4 Sandra (47 años)

Ama de casa; cuidado de personas de tercera edad. Trabajo voluntario de limpieza en la iglesia (Título terciario de Docente de Escuela Primaria). “Adoradora” de la Virgen . Familia nuclear con dos hijas de 26 y 20 años de edad. Pareja (49 años) trabaja como empleado en una empresa de gas.

Motivo de Consulta Actual: “ahora estoy en la etapa de la vida que... me quiero abrir (...) de poder caerle bien... a una gran parte de las personas y bueno, dar lo mejor de mí en algo (...) para crecer tenés que salir al mundo”. Se agregaron conflictos familiares, principalmente con su marido; y “conmigo misma”. Según su punto de vista debido a diferencias de personalidad que se fueron incrementando con el correr del tiempo. Asimismo adquirieron relevancia las problemáticas relativas a su reinserción (fallida) en la docencia, con importante carga de angustia.

Unidad Sanitaria. Psicóloga: Llegó al Centro de Salud Norte por cercanía y porque le atrajo la nueva construcción del servicio, aunque poseía obra social. “Voy a probar si se me abre una puerta”.

Motivo de Consulta Anterior: Fallecimiento de su madre y su padre (en distintos momentos y con distintos profesionales).

Consultó al psiquiatra cuando dejó la docencia dos años atrás: “me veían muy deprimida (...) ahí engordé, 15 kilos tengo... arriba (...) y encuentro la satisfacción ahí”.

Medicación: en oportunidad de ir al psiquiatra, le recetó antidepresivos y los tomó por el lapso de un año. Los dejó y comenzó psicología incentivada por sus hijas.

Otras Formas de atención y Prácticas para sentirse bien: Según el relato de Sandra la *Iglesia* y las actividades allí desarrolladas representaban un espacio de suma importancia, su “lugar”, sostenido por varias funciones relacionadas con el ayudar, orar, pedir por otros, encontrarse y sentirse útil. Se identificó como “Adoradora” de la Virgen; participaba además de grupos de oración. Otras *Formas de Atención* de la salud incluyeron los *Masajes* (un año atrás) solamente dos veces, en el barrio, “justo vi un cartel, probé” . Y *Reiki*, “me lo hizo una amiga (...) hace un año atrás (...) un par de veces”.

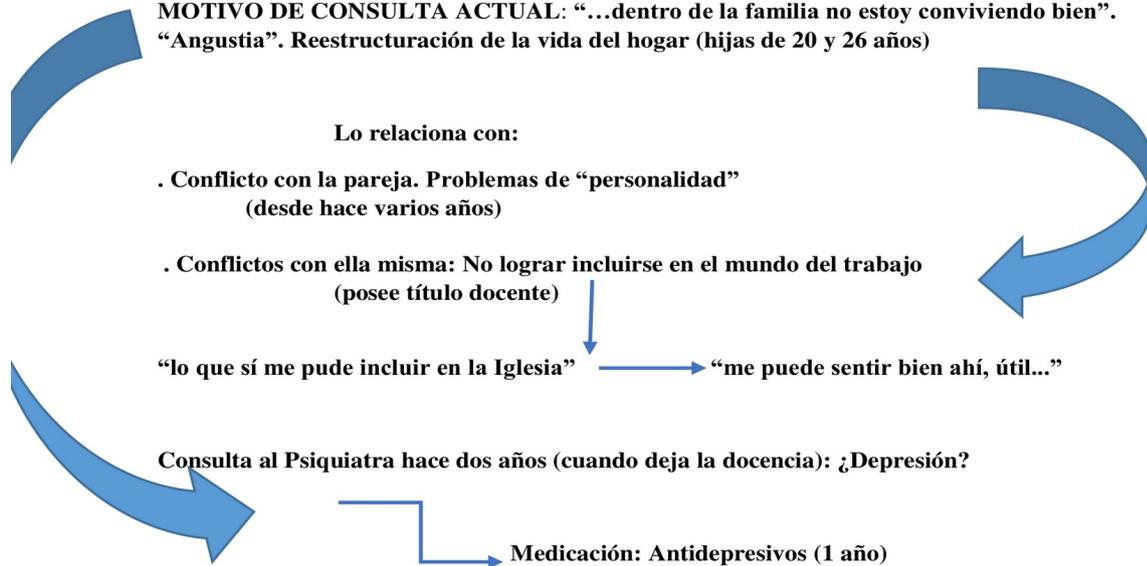
Señaló además como Prácticas para *sentirse bien*: *Rezar*. *Charlas* ocasionales con el

sacerdote. Bicicleta. (“me da seguridad”). *Jardinería. Visitas* a dos “abuelas” y *tomar mate* con ellas. También visitar a sus hermanas una vez por semana. *Caminar* todos los días. *Facebook* (“me gusta también lo que publican, así, ‘chusmear’...”); también participaba de un grupo de la escuela primaria (“nos reencontramos”). Y se comunicaba con dos amigas de cuando ejercía la docencia. Compartía un Grupo de *WhatsApp* de la Iglesia.

Itinerarios terapéuticos: Sandra comenzó su atención en el Centro de Salud Norte incentivada por sus hijas, luego de sufrir un probable episodio depresivo por el que fue medicada por espacio de un año (atención psiquiátrica). En este *episodio actual de atención* remitió su malestar y su angustia a conflictos con su pareja, y consigo misma. Dichos conflictos provenían de larga data y a ellos se fueron sumando su fallida reinscripción en la docencia, así como el cambio en la organización del hogar debido a la etapa del curso de la vida que se encontraba atravesando. Buscó atención psicológica y la consiguió en el Centro mencionado. El motivo de consulta resultó, como en la mayoría de las usuarias entrevistadas, sumamente complejo, y referido sólo en parte al momento presente.

ITINERARIO USUARIA Sandra, 47 años. Ama de casa. Terciario completo –no ejerce la docencia- ; limpieza y “adoradora” en la Iglesia; cuida a una persona mayor fin de semana por medio. Familia nuclear; dos hijas de 20 y 26 años.

MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL: “...dentro de la familia no estoy conviviendo bien”. “Angustia”. Reestructuración de la vida del hogar (hijas de 20 y 26 años)



MOTIVO DE CONSULTA ANTERIOR: Fallecimiento de la madre

MOTIVO DE CONSULTA ANTERIOR: Fallecimiento del padre

PRÁCTICAS PARA SENTIRSE BIEN. OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN

Otras Formas de Atención. Concurrencia a la Iglesia: Grupo de “Adoradoras” y Limpieza (Trabajo Voluntario). Misa regularmente. Charlas con el sacerdote. Concurrió dos veces un año atrás a realizarse Masajes. Reiki “un par de veces”.

Prácticas: Caminar. Bicicleta. Conversar con dos abuelas que visita. Comparte mate. Visitar a sus hermanas una vez por semana. Taller crochet (es un proyecto para el año que viene, igual que Guitarra). Jardinería. Facebook: Dos Amigas con las que se comunica. Y grupo de la escuela primaria

7.5 Clara (59 años)

Ocupación: “ama de casa”; “hago muchísimas cosas”; cuidado de personas y talleres de calzado y artesanías (gratis y pagos), bisutería, bordado chino y mexicano; arreglos de costura; otros trabajos anteriores. Separada, dos hijos de 36 y 40 años, un nieto de 4 años

Motivo de Consulta Actual: Relacionó su consulta actual con la partida próxima de su hija fuera del país. Sus malestares y padecimientos se iniciaron dos años atrás (al momento de realización de la entrevista), cuando su hija le comentó su decisión y la preparación del viaje.

Asoció esta situación con la imposibilidad de llorar o de contar qué era lo que sentía a otras personas, de exteriorizar sus estados internos frente a su hija, con importante sintomatología orgánica, fundamentalmente hipertensión, obesidad, ahogos, “con una pila de cosas”. Clara relató que realizó un sinnúmero de estudios: “Y yo no tengo nada. Entonces es psicológico y si es psicológico es la gran angustia que yo tengo”. Consultó a un médico clínico (¿hospital?) y a un médico cardiólogo particular, por intermedio de contactos de su hija. Ejemplificó lo que sentía: “Es una A bien grande”, con relación a la angustia por la partida de su hija: “Yo, que se vayan pero yo no puedo dejar de sentir, porque yo soy su mamá, yo la parí...”

Unidad Sanitaria. Psicóloga: Clara intentó en varias ocasiones conseguir turno en dos Unidades Sanitarias del sector, o en el Hospital Municipal de la ciudad, siempre en forma infructuosa. Cuando se incorporó una nueva psicóloga al Centro de Salud pudo comenzar su atención. Realizaba controles de presión en dicho centro y médicamente se atendía en general en el hospital municipal de la ciudad. No conocía a la psicóloga con la que había iniciado tratamiento.

Motivo de Consulta Anterior: Separación por violencia familiar: “Me casé a los 19 y me divorcié a los años 15 de casada porque ya había ley y me podía zafar, pero y aparte por la salud, estaba entre la vida y la muerte...”. En esa oportunidad consultó a un médico clínico y a una psicóloga en el hospital provincial. Guardaba muy buenos recuerdos de los profesionales: “Me salvaron la vida”.

Más recientemente (4 años atrás) se desempeñó como cuidadora y sufrió situaciones de malos tratos por parte de la persona que cuidaba (una menor). Recurrió en ese caso a la

médica clínica de la Unidad Sanitaria; con una descompensación previa por problemas de presión y el llamado a la ambulancia: “Yo estaba tan mal (...) Ella [la médica clínica] hizo como de psicóloga (...) yo no podía dormir”. Fue medicada con Sertralina y Clonazepam (“para dormir”). Relacionó el comportamiento de la menor con creencias propias relativas a la espiritualidad sobre las que se explayó ampliamente.

Medicación: No quedó claro si continuaba con medicación psicofarmacológica.

Otras Formas de Atención y Prácticas para sentirse bien: Clara fue la única de las pacientes que, al momento de realización de la entrevista, practicaba la *Meditación*, entendida como *Otra Forma de atención de la salud* por fuera del modelo biomédico (aparte de la concurrencia a la Iglesia interpretada como Forma alternativa de atención registrada en varias de las usuarias). Comentó además que recurría a la *Medicina Ayurveda* aunque la relacionó especialmente con las propiedades de las plantas. Incluía diariamente la *ingesta de té*: “sí, lo incluyo (...) el toronjín es para la tristeza, para la angustia, para la depresión, te saca la tristeza, en un ataque de tristeza vos tomas un té de toronjín, lo que es la yerba buena...”. Agregó los *Masajes personales* diarios realizados con aceites: “Te hacés unos masajes y ya es algo totalmente distinto”. Mencionó además a los *Registros akáshicos* (brindó escasa información al respecto). Cabe mencionar que sus saberes eran autodidactas, adquiridos a través de lecturas propias y especialmente en Internet: “Por que yo estudio, todo lo que quiero estudiar, lo estudio,... investigaciones que hago (...) todo lo aprendo por Internet. No necesito ir a otro lado”.

En cuanto a las Prácticas para *sentirse bien* mencionamos: *Leer. Caminar. Jardinería. Tejer. Escribir* poesía y música; practicaba *canto. Artesanías* “en lugares públicos”; allí incluimos bisutería, crochet, bordados de distinto tipo, reciclado, mandalas. *Facebook*: “tengo como 800 amigos”, de diferentes grupos, entre ellos el de Artesanías y un grupo de escritores Poseía además un Facebook familiar (*WhatsApp* sin datos).

Itinerarios terapéuticos: La entrevista se prolongó por más de dos horas. Clara hizo hincapié en el episodio actual de atención, sus repetidas consultas a distintos profesionales (tanto en lo público como en lo privado) y un conjunto de estudios que descartaron problemas de salud de tipo orgánico. Sobresalió su deseo de consulta psicológica y la imposibilidad de acceder a la oferta de servicios del Centro de Salud. Se explayó además sobre su anterior consulta y

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

descompensación. Llamó la atención que Clara haya realizado expresamente una cierta focalización del relato al motivo de consulta actual: “Yo no le conté esa parte de mi vida (...) porque yo fui por otro problema y no me gusta (...) Porque se aparta del, de lo focal, de lo por qué yo voy (...) Y lo que yo necesito es una ayuda ahora. Sí”.

ITINERARIO USUARIA Clara, 59 años. Separada, dos hijos de 36 y 40 años, un nieto de 4 años. Ocupación: “Ama de casa”; “hago muchísimas cosas”; cuidado de personas y talleres de calzado y artesanías (gratis y pagos), bijoutería, bordado chino y mexicano; arreglos de costura; otros trabajos anteriores.

MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL:

“... es psicológico y si es psicológico es la gran angustia que yo tengo... y eso me descompaginó (...) Una ‘A’ bien grande...”



Lo relaciona con:
Mudanza próxima de la hija y su pareja a otra ciudad fuera del país.
“El cuerpo habla, sólo hay que escucharlo...”

Cardiólogo:
“descontrol de la presión”

Médico particular. Ahogos, inhaladores.

Anteriormente QUISO CONSULTAR pero no puedo conseguir turno (1 año)

- . En dos Unidades Sanitarias cercanas
- . En el Hospital

MOTIVO DE CONSULTA ANTERIOR (2º vez): Trabajo donde cuidaba a una menor con Trastornos de Conducta y problemas de violencia (hace 4 años) → **Creencias de la usuaria:** “Yo veo que en esa casa pasa algo pero a otro nivel, a otra esfera, es más bien a una esfera espiritual..., algo no concluyó ahí.”

Descompensación. Presión elevada. Ambulancia (¿internación?)

Médica Clínica (Unidades Sanitarias): “Ella hizo como de psicóloga”

MEDICACIÓN: Sertralina y Clonazepam (¿un tiempo?)

MOTIVO DE CONSULTA ANTERIOR (1ºVez) → **Psicóloga (Hospital)**

Violencia familiar: “cuando yo me divorcé... ella [nombre de la psicóloga] me atendió y yo estaba muy mal de salud...”. “Me atendió y me salvaron la vida” (hace 20 años).

PRÁCTICAS PARA SENTIRSE BIEN. OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN

Prácticas: Dicta cursos gratis de artesanías y confecciona artesanías. Caminar. Amigos. Facebook familiar y por Grupo de Artesanías. Tejer. Jardinería. Leer (“yo soy autodidacta”). Escribir poesía. Música. Cantar. Estudiar (Internet). Otras Formas de atención: Meditación personal (Internet). “Registros akáshicos “.

7.6 Soledad (33 años)

Ama de casa. Familia Ensamblada; cinco hijos de uniones anteriores, “los tres varones son de distinto papá”: de 16, 12 y 10; dos nenas de 7 y 4 de otra pareja. Ocupación ama de casa. Pareja actual (43 años), camionero.

Motivo de consulta Actual: Antes de que la investigadora comenzara a explicar los objetivos de la investigación y se dispusiera a grabar la entrevista, la usuaria comentó que venía de discutir la misma mañana con su padre biológico y de un intento de suicidio días atrás, “tomé pastillas” (Risperidona) comentó; se las habían dado en ocasión de un episodio similar anterior. Permaneció internada en un Hospital Público de la ciudad. Ya se había atendido en dicho hospital en el servicio de psiquiatría; pero el segundo y tercer turno fue en un día de paro y ya no quiso volver (“me cansé y no fui más”).

Explicó las causales del intento de suicidio: “empecé a sentirme angustiada... no quería caer en lo que caí bueno, y fue un momento de... de arrebato, de... de enojo, de angustia, de tristeza”. Sus familiares, que no vivían en la ciudad, llegaron para acompañarla.

El motivo de consulta explícito giró alrededor de “un montón de cosas... un arrastre de cosas”. Destacó su deseo de “estar entera (...) porque quiero estar entera para mis hijos, no quiero sentirme... que estoy pero no estoy”. Subrayó especialmente su angustia, el querer permanecer encerrada y el llanto.

En referencia al inicio de estos sentimientos, respondió: “Siempre los tuve (...) de chica también”. La usuaria mencionó entonces un “montón de cosas”, sentirse menos “porque no tengo un papá y una mamá”. Su padre biológico los abandonó y su madre falleció de un accidente doméstico (electrocutada) cuando tenía 19 años. Soledad de cuatro años presencié el episodio y salvó a su hermana menor de morir en circunstancias similares. Ambas quedaron al cuidado de su abuela. “Yo siempre me sentía culpable”. Su abuela fue quien crió a ella y a su hermana; vivía con Soledad y sus hijos y falleció : “es como que no pude hacer el duelo tampoco”.

Mencionó que le hicieron una histerectomía por un carcinoma en el cuello del útero hacía dos años atrás. Por otro lado se enteró por su tía que su padre no era su padre biológico. “14 años buscándolo (...) Y lo encontré este año y no era lo que... lo que yo esperaba, no; no

era lo que (...) no sé, no sé..., la verdad que no sé qué esperaba...”. Sólo una de las hermanas (de cinco en otra ciudad por parte del padre) aceptó iniciar una relación con ella.

Motivo de Consulta Anterior: Hacía dos años que había tenido un primer intento de suicidio por problemas de violencia, y de disputa de las hijas menores con su ex pareja. Recibió atención por psiquiatría.

Unidad Sanitaria. Psicóloga: Era la primera vez que concurría a una psicóloga, y sólo había realizado una consulta al momento de realización de la entrevista. A la segunda no pudo concurrir por encontrarse internada en el hospital. Interrogada respecto del inicio de tratamiento relató que llegó a la Unidad sanitaria para atenderse por otra cuestión y pensó en hablar “con alguien que sepa”; para la paciente no era “normal” el sentirse “angustiada de la nada”. La investigadora preguntó: “¿Por qué ahora?”, y respondió Soledad: “Porque quiero estar bien” (repitió tres veces).

Medicación: No estaba tomando medicación, aunque el intento de suicidio lo realizó mediante la ingesta de psicofármacos que guardaba de la consulta psiquiátrica anterior: “No, no quiero llegar a eso”.

Elección de la Unidad Sanitaria. Psicología: La Unidad Sanitaria se encuentra ubicada a unas 20 cuadras de distancia de su hogar, dentro del Área de salud correspondiente; no es la más cerca pero “tienen buena atención”. Llevaba además regularmente allí a su hija al pediatra.

Otras Formas de Atención y Prácticas para sentirse bien: En cuanto a *Otras Formas de atención* de la salud, Soledad mencionó que concurren con su pareja en algunas oportunidades a realizar *baños termales*: “como para relajarnos”. Había retomado su participación en una *Iglesia* Evangélica en el centro de la ciudad. En cuanto a las *Prácticas* mencionó: *Pasear y mirar vidrieras* cuando iba al centro a realizar un pago o por otra cuestión, y mientras sus hijos estaban en la escuela y el Jardín. *Rezar. Mirar televisión* (miraba una serie diaria por espacio de media hora).

Itinerario terapéutico: El *episodio actual de atención* en este caso, como en otros relatos, no pudo ser claramente circunscripto respecto de qué disparó su inicio. El motivo de consulta remitió, como mencionó la propia usuaria, a un “arrastre de cosas”, a “un montón de cosas” situadas atrás en el tiempo y con un hilo conductor de sufrimiento psíquico. Se sumó el

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

agravante del intento de suicidio (segundo). Soledad reconoció que no era “normal” lo que le estaba pasando y decidió consultar en la Unidad Sanitaria donde recibía buena atención, sin conocer al profesional psicólogo. Cada nuevo tema o recuerdo evocaba situaciones penosas y trágicas que ampliaban el horizonte de su malestar. El tratamiento psicológico resultó finalmente interrumpido, forma frecuente en la que se cierran los episodios de atención (abandono del tratamiento).

ITINERARIO USUARIA Soledad, 33 años. Ama de casa. Familia ensamblada, 5 hijos de 18, 12, 10, 7 y 4 años.

MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL: “Crisis”. Sumatoria de elementos. “Un montón de cosas... un arrastre de cosas” (segundo intento de suicidio días antes de la entrevista).

Comienzo del tratamiento: 2 semanas

Hospital: Internación

“Tomé pastillas (...) Me hicieron un lavaje de estómago” (**Risperidona**)

Lo relaciona con:

- . **Violencia familiar en el marco de su anterior relación**
- . **Histerectomía. Carcinoma en el cuello del útero**
- . **Encuentro con el padre biológico (desilusión)**
- . **“Sentirme triste... sentirme angustiada... siempre lo tuve”**
- . **Fallecimiento de la madre (cuando tenía 5 años)**
- . **Fallecimiento de la abuela. Usuaría a su cuidado (“como que ella era mi todo”)**

“Debería haber hecho terapia”

MOTIVO DE CONSULTA ANTERIOR: Primer intento de suicidio (“pastillas”)
(Año 2016)

Hospital

Primer Turno con Psicología

Al mes: Segundo turno con Psicología — para

Al mes: Tercer turno con Psicología — para

Abandono del tratamiento. “Me cansé y no fui más”

OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN. PRÁCTICAS PARA SENTIRSE BIEN

**Otras Formas de atención: Concurrir a la Iglesia. Baños termales (con el marido).
Prácticas: Salir. Mirar vidrieras. Televisión. Rezar por la noche. (Sin datos para WhatsApp y Facebook).**

7.7 Yasmín (19 años)

Desempleada. Soltera; vivía con sus padres al momento de realización de la entrevista; abandonó sus estudios universitarios. Madre (52 años) empleada doméstica (con anterioridad); ayudaba al Padre (52 años) en una imprenta. Eran caseros en un club.

Motivo de Consulta Actual: su relato no estableció un motivo puntual, sino que refirió a que “siempre estaba mal por algo, lo que sea... no creía en los psicólogos (...) llegó un momento que ya me rebalsó todo...” Le pidió a su madre de consultar a un psicólogo (16 años). Mencionó especialmente la baja autoestima “desde siempre (...) aparte un montón de cosas... la relación con mis viejos (...) la secundaria ámbito muy de mierda”. En esa época y dentro de la escuela conformaba el “grupo de los raritos” y destacó la falta de apoyo y acompañamiento de los profesores, exceptuando a los de Gimnasia y del Centro de Educación Física (CEF). Sensación de “jaula”. Había dejado recientemente la universidad: “...me abrumó”. De su actual episodio de atención comentó: “me había dado cuenta que eran cosas serias”.

Motivo de Consulta Anterior: En su infancia concurrió en una oportunidad a consulta psicológica y no quiso ir más; se sintió incómoda. Presentaba llanto frecuente que relacionó con una mudanza temporaria del padre por cuestiones laborales, y el tema de la baja autoestima y su forma cerrada de personalidad.

Unidad Sanitaria. Psicóloga: Especialmente por cercanía: “Y ahí encontramos a... [nombre de la psicóloga]”. Su madre la conocía de unos talleres a los que había asistido con anterioridad. “Voy a probar con esto a ver qué onda”. Mencionó la palabra “estigma” asociada a la consulta, razón por la cual la mantuvo en secreto por espacio de una año; después “... como que lo normalicé...”. Habló especialmente de la relación de mutuo “encaje” entre la profesional y Yasmín como clave para la continuidad del tratamiento.

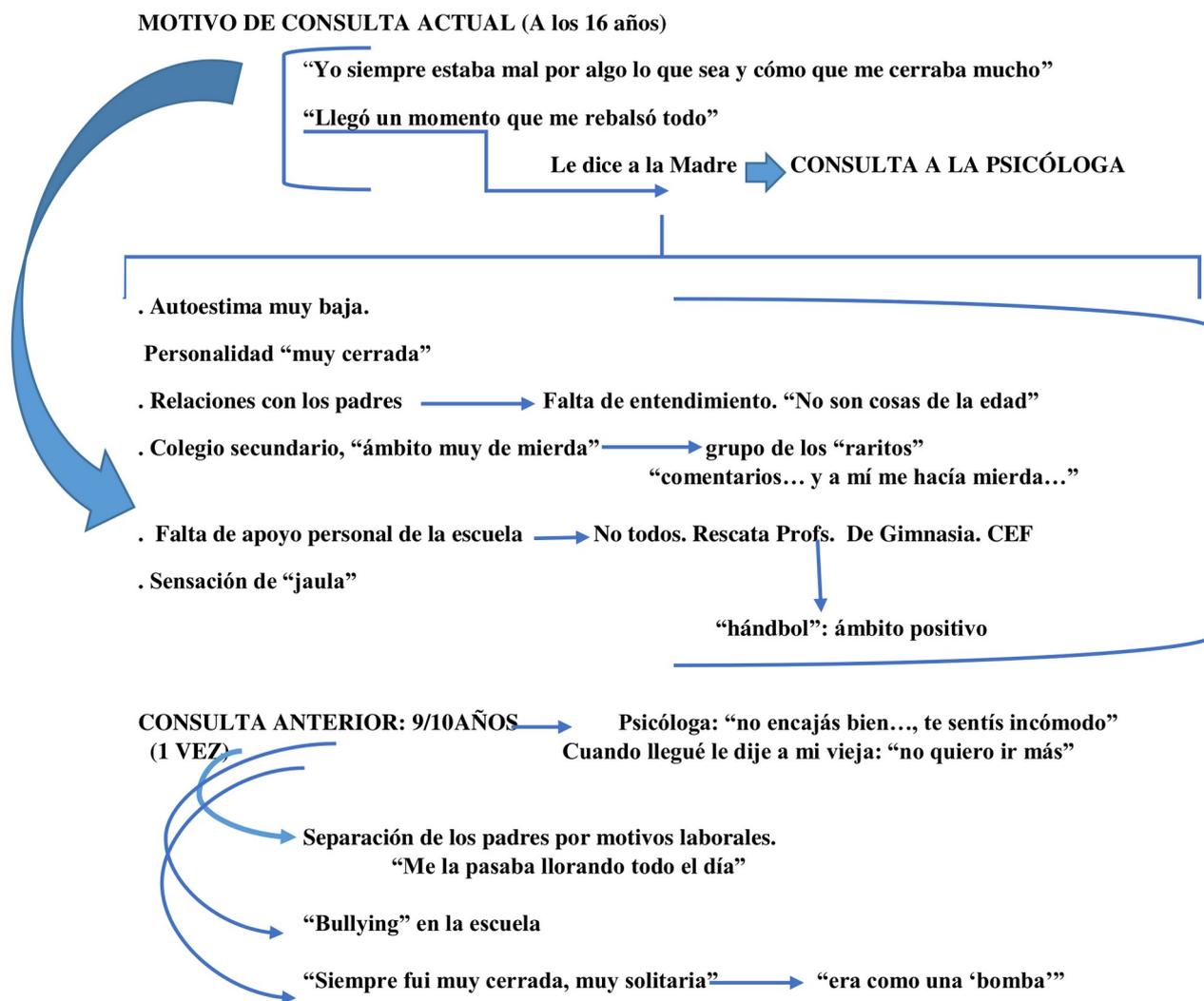
Medicación: gotas de aceite de cannabis (para conciliar el sueño), no regularmente (las tomaban uno de sus padres).

Consultas a Otras formas de atención o prácticas: No mencionó la consulta a *Otras Formas de Atención*. Con referencia a las Prácticas para *sentirse bien* mencionó que practicó *handbol* como deporte hasta que terminó la secundaria, tanto en la escuela como en un Centro de

Educación Física provincial. No pudo seguir luego en un club por razones económicas. Mencionó además *Escuchar música*; averiguar sobre cuestiones relacionadas con grupos musicales, bandas, letras de canciones (Internet). *Leyó* hasta los 18 años (“me cansé”); fue la única de las usuarias entrevistadas que mencionó libros y autores específicos de lectura general y con relación a su paso por la universidad. *Facebook*: tenía amigos “reales” y “virtuales” y se relacionaba con ellos especialmente comentando libros, temas musicales, para divertirse y mantener el contacto. Sus amigos “reales” fueron en todos los casos, salvo uno, primero amigos “virtuales”. Sin datos para *WhatsApp*.

Itinerarios terapéuticos: El episodio actual de atención había dado inicio dos años atrás del momento de realización de la entrevista, aunque en el último período las consultas se fueron espaciando tanto por cuestiones del propio tratamiento como por la falta de lugar para la atención en la Unidad Sanitaria. El motivo de atención refirió especialmente a diversas situaciones de la época en que transitó la educación secundaria (“montón de cosas”), pero además refirió a un malestar antiguo que identificó con su personalidad “cerrada” y su baja autoestima, que retrotrajo a su infancia (cuando realizó su primer consulta). En la última oportunidad, la proximidad a la Unidad Sanitaria y el hecho de que su madre haya asistido a unos talleres con la psicóloga favorecieron la consulta.

ITINERARIO USUARIA Yasmín, 19 años. Desempleada; abandona estudios universitarios este año. Familia nuclear; hija única; padre trabaja en una imprenta y madre ama de casa, ayuda al padre; antes trabajaba “en casa de familia”.



Prácticas para *sentirse bien*

Amigos. Amigos virtuales. Escuchar música. Búsquedas por Internet de información sobre grupos musicales, bandas, canciones. Facebook. Amigos “virtuales” v “reales”

7.8 Adriana (33 años)

Ama de casa. Familia ensamblada; 2 hijos de 13 y 8 años. Pareja actual (41 años); marmolero, trabajador independiente.

Motivo de Consulta Actual (con relación al hijo): Su hijo inició tratamiento psicológico estando en la última sala del Jardín, luego de una operación (innecesaria) y mala praxis; con diagnóstico de cáncer. Los médicos intervinientes en la cirugía no autorizaron el acompañamiento de los padres cuando el niño entró al quirófano. Según su relato, fue atado de manos y piernas antes de la anestesia. Adriana fue quien buscó atención psicológica debido al incremento de la ansiedad de separación de su hijo en circunstancias ordinarias de la vida diaria.

Elección de la Unidad Sanitaria. Psicóloga: El domicilio de Adriana era cercano a una Unidad Sanitaria (una cuadra), pero sus experiencias personales de atención en el lugar no fueron las mejores. Por otra parte en la Obra Social quedó anotado en una “Lista de espera” sin resultados de pronta atención en el corto plazo. Ante esta situación buscó atención en tres Unidades Sanitarias hasta la última, donde llegó por “casualidad” y sin conocer a la terapeuta en forma previa. En las Unidades Sanitarias anteriores le decían: “te vamos a llamar”, y en el hospital: “Tenés que esperar (...) arrancaba todos los días a recorrer hasta que conseguí acá”.

Motivo de Consulta Anterior. Interrogada respecto de la consulta anterior, Adriana comentó que solicitó atención psicológica personal por Ataques de pánico, en ocasión de una crisis muy fuerte a raíz del fallecimiento de su abuelo de crianza. En dicha ocasión recurrió al hospital (primero al privado pero ante la cantidad de gente esperando se tuvo que retirar), siendo finalmente atendida en el Hospital Público, donde permaneció internada por el lapso de un día. Allí la derivaron a atención psicológica. Inició tratamiento en la Unidad Sanitaria cercana con resultados poco satisfactorios según su relato, debido mayormente a la forma de intervención del terapeuta (intrusiva). Recurrió entonces al Médico clínico de cabecera de la Obra Social, quien estableció el diagnóstico y le indicó medicación (Clonazepan). Al momento de la entrevista continuaba con las crisis, aunque más leves. Expresó volviendo hacia atrás en el relato: “... yo vengo de los 17 años con ataque de pánico”. En aquella

oportunidad la medicaron durante un mes. Comentó: “Sentía que me moría; las primeras veces”. En el hospital (en anteriores consultas) desestimaron su sintomatología: “No nena, no tenés nada, andate a tu casa”

Los Ataques de pánico recrudecieron a lo largo de los años en situaciones de “nervios”, de “estrés” por problemas familiares (con su madre, o discusiones con el marido, problemas de los hijos, o por temores propios relativos a su seguridad). Resaltó que el marido no entendía qué le pasaba: “En realidad hay mucha gente que no entiende qué es lo que pasa”

Medicación: Adriana expresó que si se sentía mal recurría al Clonazepam : “sólo cuando me agarra”. Al clínico lo visitaba cada tres o cuatro meses; le extendía la receta por el psicofármaco y le preguntaba cómo se sentía.

Otras Formas de Atención de la salud y Prácticas para sentirse bien: No recurrió a *Otras Formas de Atención*. En referencia a las Prácticas comentó que fue el médico quién le indicó que concurriera a realizar gimnasia o a caminar. Fue al *gimnasio* pero abandonó por falta de la compañía de su amiga; la actividad era en el barrio. Seguía realizando *caminatas* que contribuyeron a que bajara de peso. Comentó: “Necesitaba despejarme porque generalmente yo salgo y salgo con los nenes para todos lados y no tenía un tiempo para mi sola”. Además participaba de *encuentros regulares con amigas*, con hijos de similares edades y generalmente en su casa dos o tres veces por semana. Tenía Grupos de *WhatsApp* pero no los relacionó con sentirse bien o con sentirse comunicada. (Sin datos para *Facebook*). Las prácticas para *sentirse bien* estuvieron marcadas por la misma funcionalidad y por palabras como: “despejarte”, “asfixia”, “relajarse”. “Salís y como que te relajás. Me despejo un cachito y vuelvo (...) por ahí viste que los chicos te saturan un poco...” Iba y venía diariamente a buscar a sus hijos a la escuela y a sus actividades, distante. 14 cuadras, entre 7 y 8 veces diarias cuando concurrían a gimnasia.

Itinerarios terapéuticos con relación al hijo de Adriana: El *episodio actual de atención* dio inicio dos años atrás del momento de realización de la entrevista, debido a una cirugía y mala praxis sufrida por su hijo, fundamentalmente por las secuelas emocionales debidas a la mala preparación para la intervención. Las reorientaciones, como en otros relatos, se produjeron por causa de la atención insatisfactoria recibida por la usuaria en la Unidad Sanitaria cercana (consulta anterior personal), como por las dificultades en el acceso al servicio, tanto en el

ámbito privado (Hospital Privado) como en el sistema público (tres Unidades Sanitarias).

En cuanto a su propio tratamiento psicológico por Ataques de Pánico, el mismo se encontraba suspendido por las circunstancias mencionadas. Relacionó las crisis de importancia sufridas al fallecimiento de su abuelo cuatro años atrás. Allí recurrió en primera instancia al hospital privado a través de su obra social; luego al público y de allí la derivaron a atención psicológica con indicación de medicación. La relación psicoterapéutica no resultó la adecuada a sus expectativas pero además, no la volvieron a llamar más allá de las entrevistas previas. Situó el inicio de su padecimiento atrás en el tiempo, a la edad de 17 años.

ITINERARIO USUARIA Adriana, 33 años. Ama de casa. Familia ensamblada; dos hijos de 13 y 8 años.

MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL: Su hijo (8 años) se atiende actualmente con la psicóloga en la Unidad Sanitaria, por mala praxis quirúrgica con secuelas emocionales de importancia.



Llega luego de tratar de conseguir atención en su Obra Social y en dos Unidades Sanitarias, desestimando la que quedaba cerca de su domicilio por disconformidad con los profesionales.

MOTIVO DE CON CONSULTA ANTERIOR (Tratamiento actualmente interrumpido): Ataque de pánico.

Lo relaciona con: **Fallecimiento de su abuelo (hace 4 años)**

Hospital Privado: Recurre en primera instancia: “al tener tanta gente era como que peor me sentía así que bueno fui al [nombre del hospital]”

Hospital Público: “Fui a parar al hospital y estuve todo un día internada”

Derivación al psicólogo

Medicación (sigue tomando hasta hoy)

Médico clínico (Obra Social)

Clonazepam

Gimnasia

Lectura de la Entrevistada: “Tuve una crisis muy fuerte porque justo falleció mi abuelo eh... él me crió a mí...”

Tiempo del Tratamiento: 3 entrevistas.

Abandono del tratamiento:

. *Falta de timing e intervenciones intrusivas del terapeuta:* “Salía peor de lo que entraba”; “Me escarbaba”; “...yo sentía que no me ayudaba para nada”.

. *No vuelven a comunicarse desde la Unidad Sanitaria para otorgarle un nuevo turno.* “Después dejé sí, porque aparte me dijo, te voy a llamar, o sea, en [nombre del lugar] lo que tienen es que atiende 3, 4 veces y te dicen: bueno, en 15 días te llamamos y no te llaman más

Inicio según el relato de la paciente: a los 17 años  **Medicación (1 mes)**

PRÁCTICAS PARA SENTIRSE BIEN

Caminar. Salir sola (a la plaza, a comprar). Compartir con Amigas. WhatsApp: grupos pero no los relacionó *con sentirse bien* o comunicada (Facebook sin datos).

7.9 Susana (46 años)

Ama de casa. Familia ensamblada y extendida. 2 hijos de 19 y 9 años. Pareja actual (37 años) albañil; con dos hijos de una unión anterior. Hermano de 35 años con discapacidad severa a su cargo (“hijo adoptivo”).

Motivo de Consulta Actual: Comenzó su atención con la psicóloga de la Unidad Sanitaria cercana en el año 2017; fue un tiempo y abandonó el tratamiento; recomenzó con la misma profesional por indicación de su médica clínica (actual) por un cuadro importante de angustia: “muchos dicen que uno por ahí se descarga (...) no quiero estar como... quiero ser lo que yo era antes”.

En primera instancia concurrió al médico clínico (Unidad Sanitaria), quien le indicó medicación y tratamiento psicológico, a la vez que le dio el diagnóstico de Ataques de Pánico. “Nunca me había hecho tratar por la psicóloga, nadie”. Su queja se dirigió contra el profesional: “Yo le decía me caía mal, me caía mal. Pero él no me explicaba cómo se empieza a tomar...” Abandonó el tratamiento: “si me hubieran explicado...”

Susana remarcó que consultó a otros profesionales porque “No creía, no creía, no quería creer porque yo jamás era así...” Concurrió entonces a una médica particular quien le indicó sesiones de kinesiología. También comenzó el gimnasio y por sugerencia de sus compañeras consultó con la médica clínica de la Unidad Sanitaria cercana “que es buenísima”; dicha profesional la incorporó a un programa de Seguimiento Familiar de los alumnos de medicina²: “Me van controlando, me llaman por ahí me dicen ¿Cómo estás Susana? Mirá, ¿Estás tomando? Sí, todo, todo, todo...”

Ya en tratamiento sufrió un Ataque de pánico de importancia; “muy fuerte, no quería ir al psiquiatra yo”. A partir de allí inició tratamiento psiquiátrico en el hospital provincial de la ciudad, continuando su atención por la guardia y con medicación: “porque en el Municipal vivía y no pasaba nada”. Comentó igualmente que “...por ahí me agarra una angustia igual, dolor de pecho, la tristeza, más por lo de mi hija” (abandono del hogar y situación

2 El dispositivo de aprendizaje “Seguimiento Familiar”, correspondiente a la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur, consiste en una serie de entrevistas supervisadas, donde un grupo de alumnos inicia un proceso de acompañamiento al paciente designado para ampliar su información, brindar apoyo y posibilitar el nexo fluido y regular con la profesional actuante.

conflictiva). Se sumó un ataque de apendicitis de su hijo menor meses atrás.

En el año 2014 había llevado a consulta psicológica precisamente al hijo menor con otra psicóloga de la Unidad Sanitaria; padecía un cuadro de retraso madurativo y se encontraba en un régimen integrado con al Escuela Especial del sector, además de necesitar tratamientos de distintas disciplinas (Psicopedagoga, Psicóloga, Fonoaudióloga).

Interrogada respecto de su ocupación comentó:” [se dedica] a cuidarlo a él (...) No puedo trabajar”. Se refería a su hermano (mi “hijo adoptivo”) con discapacidad severa, anteriormente al cuidado de su madre hasta su fallecimiento ; seis años atrás. Toda la duración de la entrevista estuvo el televisor prendido a un volumen alto, mientras el hermano de Susana miraba un programa deportivo; sufrió una convulsión en ese lapso estando sentado. Susana comentó entonces que tenía otros tres hermanos, uno en Bahía “...pero no... no quieren saber nada (...) No hay otra”.

Susana mantenía la Obra social que tenía de su anterior pareja: “...pero qué pasa (...) últimamente te cobran hasta las pisadas”. Compraba los remedios por Obra Social con la indicación de la médica de la Unidad Sanitaria.

Unidad Sanitaria. Psicóloga: No había realizado consultas anteriores: “jamás, no, no, porque andaba tan bien, nunca tenía nada yo”. Llegó a la psicóloga por recomendación de su médica clínica; ambas atendían en la misma Unidad Sanitaria. No conocía previamente a la profesional.

Medicación: Continuaba tomando la medicación indicada por la psiquiatra que la atendió en el hospital provincial de la ciudad, con seguimientos y controles con la médica clínica de la Unidad Sanitaria.

Otras Formas de Atención de la salud y Prácticas para *sentirse bien*: En cuanto a *Otras Formas de Atención*, Susana concurría regularmente a la *Iglesia* tanto como lugar de encuentro con la comunidad y de apoyo, como de comunión con su fe y creencia religiosa; participaba además en grupos de oración en los que se realizaban peticiones, especialmente por problemáticas propias y de otros integrantes. En cuanto a las Prácticas para *sentirse bien* refirió que *tomaban té*s en familia después de comer como un momento ameno para compartir. También mencionó: *Caminar* (por ejemplo cuando volvía de llevar a su hijo al fonoaudiólogo). Andar en *bicicleta* (“Ay, eso, quería comprarme una bici... A ver si me puedo

comprar un día una bici, también, pero ahora no”). *Conversar con amigas* (generalmente en su casa por su situación familiar). Tenía *Facebook* aunque restringido a los conocidos del barrio. Grupos de *WhatsApp* con amigas, más que nada para comunicarse por si iban o venían entre sus domicilios, “no quiero tampoco mucho llenarles la cabeza...” Manifestó gusto en *escuchar música*, y “ver las noticias” por *televisión*. *Coser* ropa o arreglar, o cosas para la casa. *Cocinar* y *ver programas de cocina por televisión*, además de una novela diaria, o alguna película. “Ahora empecé con las *plantas*”. También poseía varias mascotas.

Itinerarios terapéuticos: El relato de la historia del malestar, problemáticas y sufrimiento psíquico de Susana fue sumamente confuso, tanto en la entrevista como posteriormente en su lectura para el análisis. El tratamiento de los tiempos no respondió a una lógica lineal, cronológica, sino que implicó saltos hacia atrás, a distintos tiempos y momentos, a diferentes acontecimientos que repetía y ampliaba de forma variada, ocasionando confusión respecto de si se trataba de un dato nuevo o de una extensión de lo ya comentado.

El *episodio actual de atención* dio inicio en el año 2017 cuando recomenzó su tratamiento psicológico por indicación de la médica clínica de la Unidad Sanitaria; no conocía a la profesional (cuando inició la primera vez). Presentaba un cuadro importante de angustia y ataques de pánico. Como en otros recorridos ya vistos, el motivo actual de tratamiento pareció remitir a una larga serie de episodios en el tiempo, de difícil, inconclusa o nula tramitación psíquica que hicieron su aparición en sintomatologías asociadas a la angustia extrema.

Antes de atenderse con dicha profesional, consultó a otro médico de la Unidad Sanitaria quien, según su relato, no le explicó claramente cómo debía tomar la medicación prescripta. Los psicofármacos incrementaron su malestar por la presencia de quistes hidatídicos y abandonó el tratamiento.

Consultó luego a una médica particular que le indicó kinesiología (10 sesiones) y gimnasia. Sus compañeras de esta última actividad le aconsejaron que consulte a la médica de la Unidad Sanitaria con muy buenas referencias. Ella fue quien le indicó que retome el tratamiento psicológico. Tenía turno para psiquiatría en febrero del año 2019 pero un ataque de pánico intenso se presentó antes; recibió atención por guardia del hospital y continuaba medicada.

El itinerario terapéutico estuvo marcado por la importancia de la sintomatología

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

presentada y encaminada por la necesidad de encontrar respuestas oportunas, y donde varias de las reorientaciones estuvieron guiadas por el descreimiento en el diagnóstico.

Susana se valía de un sistema de atención de la salud de *tipo mixto* , en tanto concurría a profesionales del sistema de salud público y compraba sus remedios por obra social , por indicación de la médica clínica de la Unidad Sanitaria.

ITINERARIO USUARIA Susana, 46 años. Ama de casa. Familia ensamblada y extendida. 2 Hijos de 19 y 9 años: Hermano de 35 años con discapacidad severa a su cargo (“hijo adoptivo”)

MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL: inicio irregular en el año 2017

Angustia previa y **ATAQUE DE PÁNICO**. “Todo era angustia”
 (“Empecé, dejé, me mandó la doctora”)

Médica Clínica: Derivación a Psicología. Indicación de tratamiento psiquiátrico. Susana no concurre.



MÉDICA CLÍNICA (UNIDAD SANITARIA) → Estudiantes de Medicina “Seguimiento”

. HIJA MAYOR SE VA DEL HOGAR “supuestamente” con el novio. No tiene contacto (2018)

ORAS FORMAS DE ATENCIÓN Y PRÁCTICAS PARA SENTIRSE BIEN. Gimnasia. Tés. Rezar. Vis en casa. Caminar. Conversar con amigas/mate. Música. Salir con el hijo. Ver TV. Coser. WhatsApp con amigas. Cocina. Jardinería. Otras Formas de atención: Iglesia.

CONSULTAS ANTERIORES

. Crisis de angustia y Ataques de pánico (2017) → Hospital (frecuente)

Médico Clínico
 (Misma Psicóloga Unidad Sanitaria)

Abandono de tratamiento

Medicación. Abandono de tratamiento
 Paroxetina “y otra más y otra más”
 Médico “no me explicaba”

“Cuando veía que no estaba bien, que no estaba bien...” → **Médica particular**

Obra Social: Antes ginecología particular. Ahora U.S.
 (“te cobran hasta las pisadas”)

Kinesiología. Gimnasio
 (Clonazepam)

. HERMANO CON DISCAPACIDAD SEVERA (35 AÑOS) → **Institución X. “Venía golpeado”**

A su cuidado permanente desde hace 6 años
 (“Él no se puede hacer nada solo, no camina”)
 “Yo vivía acá adelante pero siempre llevando todo”

. Hijo con retraso madurativo (Integración) → **Psicopedagoga. Psicóloga. Fonoaudióloga**
. Fallecimiento del padre. Fallecimiento madre Año 2014

7.10 Natalia (32 años)

Ama de casa y “changas” de limpieza y cuidado de pacientes. Familia ensamblada; tres hijos, de 15, 13 y la última de 4 años de su Pareja actual (60 años); 3 hijos de un matrimonio anterior; pareja contratista de albañilería.

Motivo de Consulta actual/anterior: Natalia comentó en primer lugar que “estaba muy mal en casa, yo ya venía mal (...) empecé a sentir como angustia”. Su sintomatología resultó similar a la presentada en ocasión de una depresión previa (“hace muchos años, bah, no tanto, años atrás”). En esa época vivía en un pueblo de la zona con su pareja anterior y padecía situaciones de violencia; consultó al psiquiatra quién le indicó medicación y permaneció internada por espacio de 2 meses. Asimismo recibió atención psicológica en forma irregular.

Relacionó su estado de angustia actual con sucesos pasados, “hay cosas bueno que me cuesta entender, o o uno no las entiende por ahí...” Problemáticas familiares especialmente con su madre, quien padecía una enfermedad mental de importancia. Además vinculó su consulta reciente a los problemas con su hija de 15 años, “...encontrar una salida, no saber cómo ayudarla tampoco”. Describió a las entrevistas con la psicóloga tratante como espacios de descarga beneficiosos para su salud mental: “me hace bien”; amén de definirse como “un poco solitaria, tampoco tengo amigas”.

Medicación: Tomó medicación anteriormente por su estado depresivo y por un lapso de más de dos años.

Unidad Sanitaria. Psicóloga: Inició tratamiento psicológico cinco años atrás y lo continuaba a la fecha de realización de la entrevista, en forma irregular. En esta última ocasión hacía dos meses que había retomado la atención.

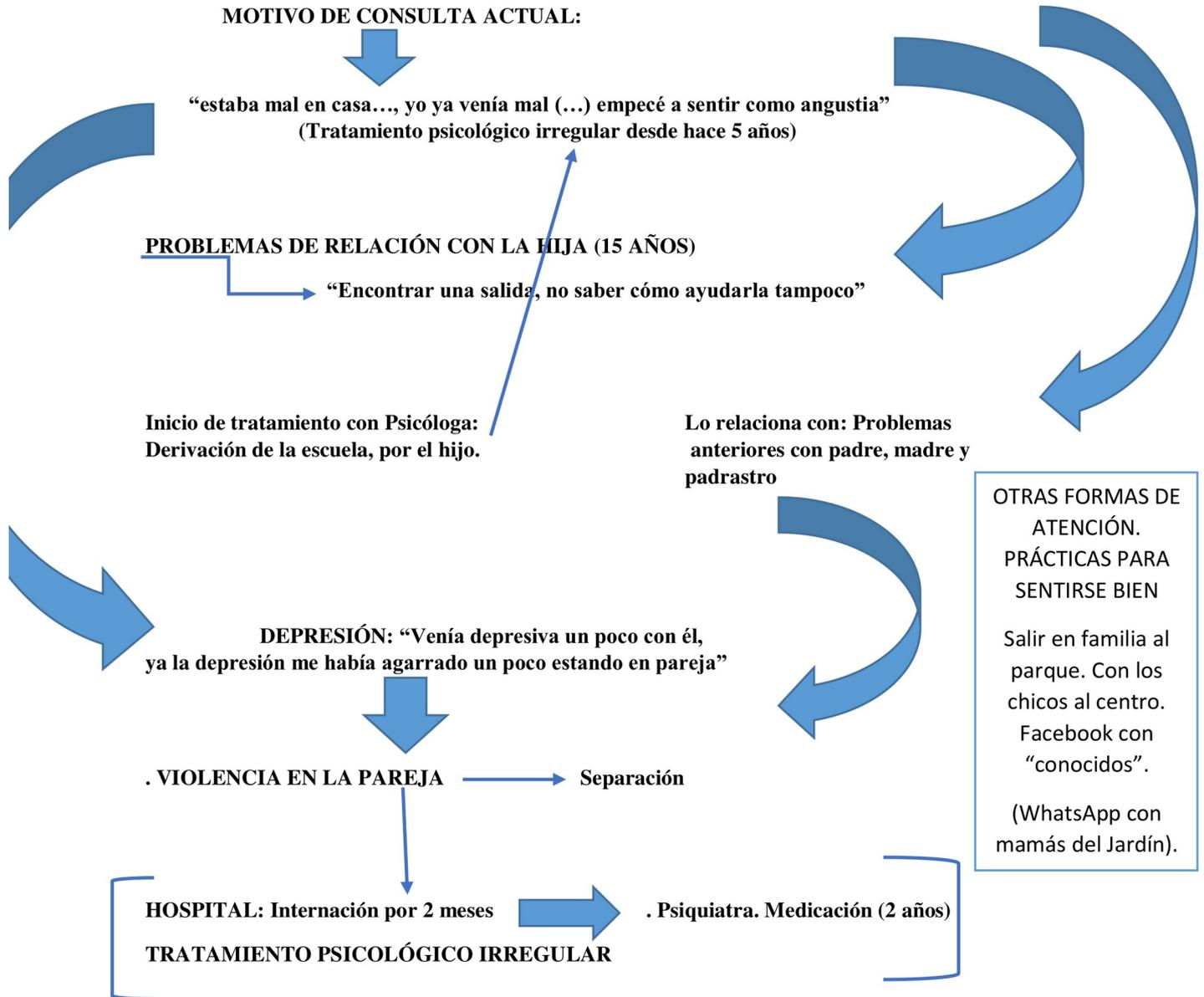
La derivación a psicología en aquella oportunidad provino de la escuela, por problemas de comportamiento de su hijo; “yo me acerqué una vuelta acá a la salita y pregunté por la psicóloga y desde ahí empecé a sacar turno y comentar un poco lo que me pasaba”. También atendió por poco tiempo a su hija pero no quiso continuar. No manifestó problemas en el acceso a la oferta de servicios.

Otras Formas de Atención de la salud y Prácticas para sentirse bien: Natalia no consultó a Otras Formas de Atención de la salud. En cuanto a las Prácticas para sentirse bien mencionó:

Caminar (poco). *Ir al centro* con los hijos. *Salidas familiares* los fines de semana o feriados. *Facebook*: expresó que lo utilizaba para comprar y vender distintos artículos de interés (ropa, zapatillas, o cosas en desuso). También como una forma de comunicación con “conocidos” de su pueblo; publicaba fotos de sus hijos. Grupo de *WhatsApp* de las mamás del jardín para comunicarse por cuestiones relativas a ese ámbito.

Itinerarios terapéuticos: El episodio actual de atención había dado inicio dos meses antes de la realización de la entrevista de investigación. La relación terapéutica positiva establecida previamente (5 años atrás) con la psicóloga tratante de la Unidad Sanitaria posibilitó su rápido reinicio. En esta última ocasión, el motivo de consulta estuvo ligado a los problemas con la hija adolescente de Natalia, y a sentimientos de angustia y de tipo depresivo de largo tiempo que la usuaria ubicó en la época de su anterior relación (violenta), y con problemáticas vinculares conflictivas especialmente con su madre, padre y padrastro. La entrevista fue acotada (45 minutos); la usuaria no se explayó mayormente en las respuestas aunque manifestó muy buena predisposición en el trato con la investigadora.

ITINERARIO USUARIA Natalia, 32 AÑOS. Ama de casa, realiza “changas” de limpieza y cuidado de pacientes. Familia ensamblada; 3 hijos de 15, 13 y 4 años. Pareja actual (60 años) es contratista albañil.



7.11 Violeta (34 años)

“Ama de casa y estudia”; trabajos informales de costura y peluquería. Estudiaba peluquería al momento de realización de la entrevista (3 veces por semana). Familia ensamblada: 5 hijos de 14, 10 y 6 años (2 fallecidos a los 6 meses y a los 4 años de edad). Pareja actual (47 años), con hijos de otra relación; camionero.

Motivo de Consulta Actual: Violeta llevó a su hijo a la psicopedagoga por derivación de la escuela; fue dicha profesional quien sugirió que realice una consulta con psicología; concurría a la Unidad Sanitaria hacía más de un año. Comentó que “aguanté tanto tanto hasta que caí”. Padecía situaciones de violencia familiar (violencia recíproca o cruzada) al momento de la entrevista, tanto física como psicológica, circunstancias no problematizadas como motivo de consulta y naturalizadas al interior de la relación. Fue violada de mayor y sufrió otro ataque sexual a los quince años de edad. Realizó un intento de suicidio cuatro años atrás debido a que, según su relato, su esposo le pidió la separación luego de permanecer prácticamente a su cuidado por meses, convaleciente por problemas de salud.

Motivo de Consulta Anterior: Realizó dos consultas anteriores. La primera en ocasión del fallecimiento de su hija a los 6 meses de edad; tenía Síndrome de Down y padecía una cardiopatía congénita (año 2000)

La segunda consulta se produjo tras el fallecimiento de su pareja anterior (2017); aunque ya estaban separados la consulta fue dirigida especialmente a la orientación porque “no sabía cómo decirle” a sus hijos. Con él tuvo tres hijos: la hija de 4 años y medio falleció de neumonía; tenía Síndrome de Down. Según su relato, a raíz del fallecimiento su otra hija realizó un importante retroceso madurativo por lo que necesitó atención especial (escuela, atención médica y neurológica, atención temprana). No recurrió a realizar tratamiento psicológico; si recurrió a la Iglesia.

Tuvo un acercamiento previo con otra psicóloga; debido a una demora de hora y media en la atención Violeta se enojó, la agredió verbalmente y no regresó a atenderse.

Unidad Sanitaria. Psicóloga: No conocía a la psicóloga previamente, pero siguió con el tratamiento porque le “cayó bien”. No refirió problemas de acceso a la atención psicológica. Su domicilio estaba ubicado dentro del área de atención de la Unidad Sanitaria.

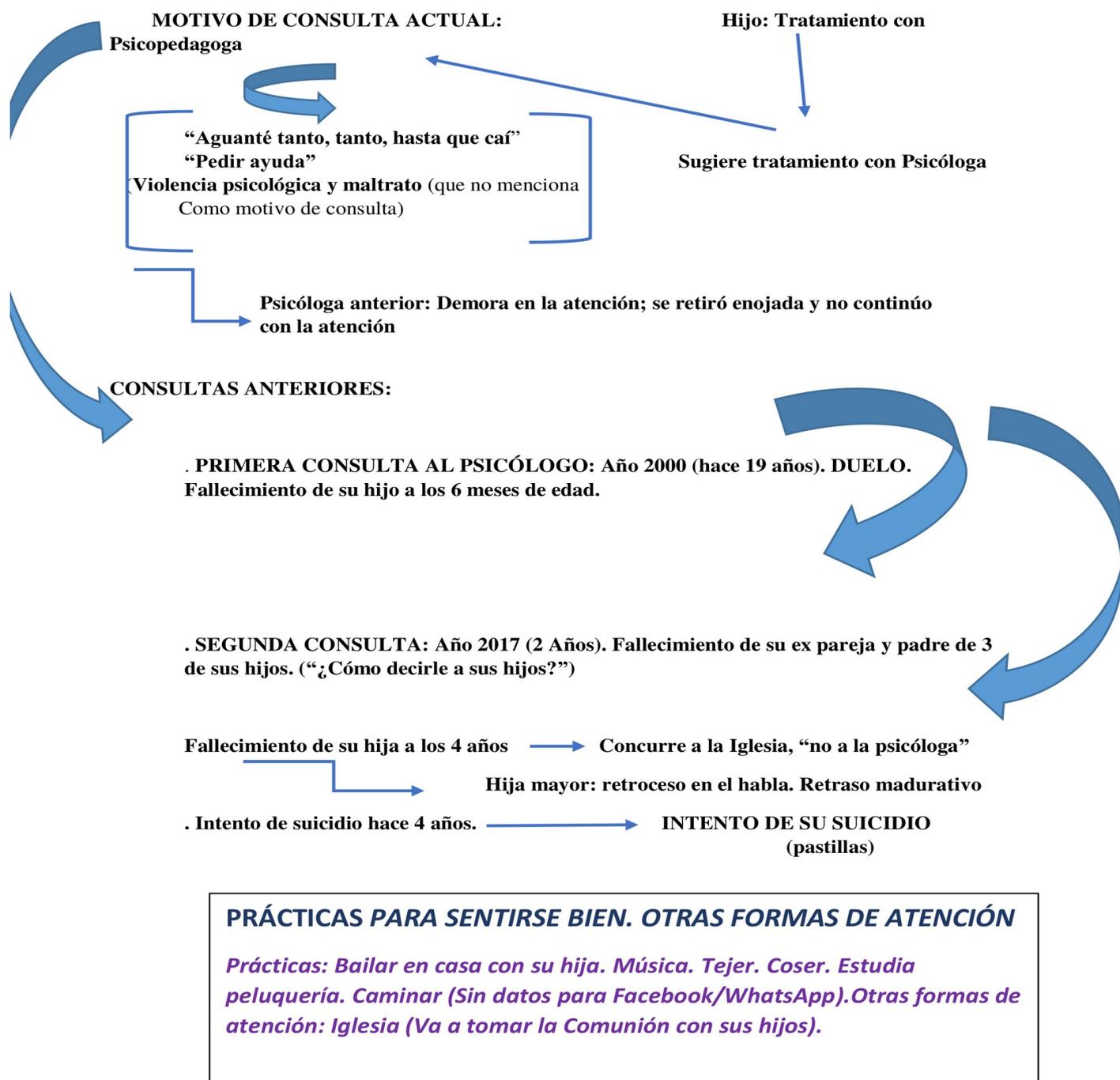
Medicación: No hay registro de la toma de medicación psicofarmacológica.

Otras Formas de Atención de la salud y Prácticas para *sentirse bien*: Destacamos su concurrencia a la Iglesia, institución a la que acudió en repetidas circunstancias de su vida; seguía participando en forma activa e iba a tomar la comunión con dos de sus hijos. Acerca de las Prácticas para *sentirse bien* mencionó: *Bailar* informalmente en casa (junto con su hija). *Escuchar música*. *Ingesta de té*s regularmente y consumo de Espirulina³ que compraba en la farmacia; padecía asma y dicho suplemento le ayudaba a sobrellevar el cuadro. *Tejer*. *Coser* (cortinas para su hogar, tapizados de las sillas). *Estudiar peluquería*. *Caminar*.

Itinerarios terapéuticos: El *episodio actual de atención* dio inicio por sugerencia de la psicopedagoga que atendía a uno de los hijos de Violeta en la Unidad Sanitaria del sector, hacía más de un año. El motivo de consulta actual resultó difícil de circunscribir en forma puntual; entendemos que convergieron una serie de situaciones de intenso sufrimiento psíquico actuales y pasadas: “Aguanté tanto, tanto, hasta que caí”. No mencionó especialmente a la violencia psicológica y física que se encontraba padeciendo al momento de la entrevista (ni a la violencia recíproca o cruzada). Precisamente había realizado un intento de suicidio (4 años atrás) por problemáticas conyugales-vinculares. Se sumaron los fallecimientos de dos de sus hijos y de su anterior pareja. Hubo un intento anterior de consulta que se vio frustrado por una demora importante en la atención, según el relato de Violeta. No disponemos de más datos sobre este episodio.

3 Nombre dado a un suplemento dietético que se obtiene a partir de algas y que se considera beneficioso para la salud.

ITINERARIO USUARIA Violeta, 34 años. Ocupación: “ama de casa y estudia”; trabajos informales de costura y peluquería. Familia ensamblada; 5 hijos de 14, 10 y 6 años (2 fallecidos a los 6 meses y a los 4 años).



7.12 Ana (45 años)

Ama de casa; empleada doméstica –changas-, cuidado de niños. Familiar nuclear; dos hijas de 24 y 20 años. Marido (49 años) empleado en un frigorífico.

Motivo de Consulta Actual/Anterior: “Yo vengo arrastrando de años hasta que me decidí a tratarme... (...) por un montón de cosas (...) porque no doy más, porque todo pasa por mí” (un año atrás).

Era la tercera vez que concurría a la psicóloga, “de adulta” (4 ó 5 años atrás). En su adolescencia realizó tratamiento debido a la separación de sus padres “en muy malos términos”.

El relato giró en torno a su familia de origen (ampliada) y a la relación conflictiva con su madre a quien comenzó a tratar nuevamente luego de 15 años de distanciamiento. En la ocasión en que sus padres se separaron Ana quedó al cuidado de su padre y su abuela; y su hermano menor con su madre, con visitas recíprocas más o menos regulares, hasta que finalmente Ana no quiso ver más su madre. Comentó que su abuela “no creía en los psicólogos”. Sumó además como motivo de consulta actual las relaciones conflictivas con uno de sus hermanos, su preocupación por las elecciones vocacionales de una de sus hijas y las desilusiones con amigas.

Ana y su marido tuvieron un negocio familiar por espacio de 21 años; el ambiente compartido tanto en la casa como en el trabajo devino en conflictos con su marido; se añadió una carga horaria significativa en tanto trabajaban “de lunes a lunes”. Las hijas comenzaron con problemas y repitieron un año escolar mientras concurrían al colegio secundario. Por consejos de la suegra comenzaron a cerrar los días domingos: “y los problemas de negocio quedan en el negocio de ahora en más. Y bueno, ahí cambió bastante”. Fue en esa época que concurrió a su médico clínico quien le recetó un ansiolítico que abandonó a los pocos días.

Relató con pesar la pérdida de un embarazo “casi 4 [meses] (...) Ahí empecé a tener miedo de todo”. Refirió “mala praxis” por las complicaciones severas de salud que padeció por dicha interrupción; quedó estéril. Esta situación había ocurrido 18 años atrás; quedó embarazada en el mismo período que su prima y el ver a su sobrino actualmente le recordaba constantemente su pérdida.

Unidad Sanitaria. Psicóloga: Llegó a la Unidad Sanitaria por proximidad y porque le quedaba cómodo por su trabajo. No conocía a la psicóloga tratante y quiso “probar” luego de una experiencia anterior donde la profesional le dio el alta a las pocas sesiones, según Ana, sin brindar la suficiente importancia a sus problemáticas. Fue “4 ó 5 años atrás (...) pero no hubo... química”.

Medicación: Según su relato, tomaba medicación “natural”, pastillas de Valeriana⁴ dos veces por día, “mi mamá me la dio”. Tomó un ansiolítico recomendado por su médico clínico, 2 ó 3 días y lo dejó, “...no doctor, estoy hecha una estúpida, yo tengo que estar en el negocio y, y las chicas le digo...”

Otras Formas de atención y Prácticas para sentirse bien: En cuanto a *Otras Formas de atención* de la salud, Ana asistió a sesiones de *Reiki* por espacio de 6/7 meses “cuando las nenas eran chicas” y también le realizaron masajes terapéuticos (sin más información). Acerca de las Prácticas para *sentirse bien*, comentó que le gustaba *tomar té* con las hijas después de la cena. Agregó además: *Bordar. Rezar* todas las noches. *Jardinería. Caminar* con el marido. *Bicicleta. Salir* con la familia. *Bailar* “en casa”, con sus hijas. Realizaba *artesanías* variadas. *Tejer. Coser* a máquina. *Lectura* con las hijas cuando éstas eran más chicas y hacían los deberes. *Limpiar y escuchar música o mirar televisión* (a la vez). *Ver películas*. Y además comentó: “Me hace bien *ayudar*, me hace sentir bien ayudarte en algo”. En cuanto al uso de *Facebook* participaba de un grupo de compañeras de la escuela; buscaba recetas por Internet y “algún chusmerío (...) plantillas de bordado (...) tutoriales de crochet”. *WhatsApp* restringido a los familiares.

Itinerarios terapéuticos: El motivo del *episodio actual de atención* no pudo ser identificado por la usuaria, ya que se trató de situaciones disímiles y de distintos períodos de su vida, con escasa o nula tramitación psíquica; decidió reiniciar tratamiento psicológico con una nueva profesional en el año 2018. Sobresalieron nuevamente las palabras: “arrastre”, “montón de cosas”, y la expresión “reventar” en alusión a circunstancias y momentos de desborde emocional de importancia. Realizó un intento fallido de atención con una psicóloga que le dio el alta luego de 3 ó 4 sesiones sin que Ana estuviera de acuerdo, y según su relato, minimizando su problemática. Fueron apareciendo diferentes focos no resueltos o

4 La valeriana es una planta que actúa como agente sedante.

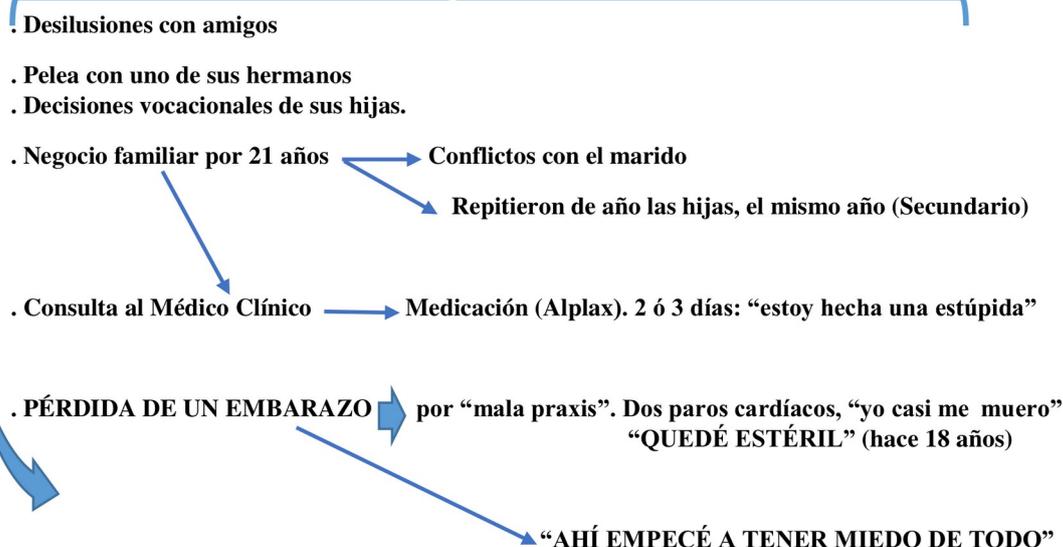
Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

parcialmente resueltos de problemáticas con sufrimiento psíquico, más o menos cercanos (elección vocacional de una de sus hijas, desilusión con una amiga, peleas con su hermano), como atrás en el tiempo (los años que pasó sin ver a su madre, la pérdida de un embarazo temprano).

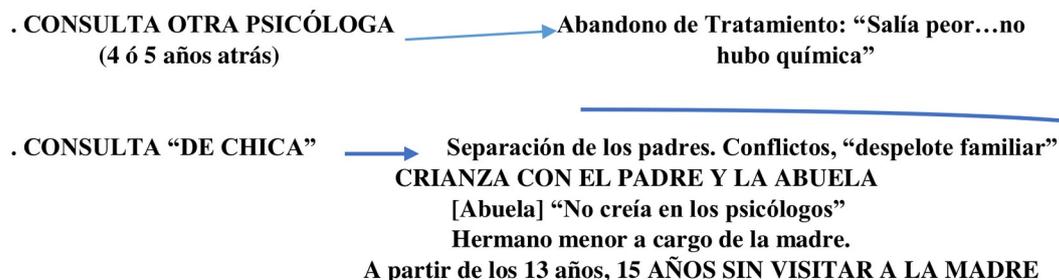
ITINERARIO USUARIA Ana; 45 años. Ama de casa; empleada doméstica –changas-, cuidado de niños. Familia nuclear; 2 hijas de 20 y 24 años Marido (49 años) empleado en un frigorífico.

MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL

“Yo vengo arrastrando de años hasta que me decidí a tratarme...”
“Consulta por eso por otras cosas, por un montón de cosas (...) cuando reviento es malísimo”. “Agobiada”, “mal” (Año 2018).



TRATAMIENTOS ANTERIORES



OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN. PRÁCTICAS PARA SENTIRSE BIEN

Bordar. Coser. Música. Bailar en casa. Tomar té con la hija. Rezar. Salir con el marido a caminar. Salidas con la familia. Bicicleta. Manualidades. Música/limpiar. TV. Jardinería. Ayudar. WhatsApp con amigos, familia. Facebook y grupos escuela. Otras Formas de Atención: Reiki y Masajes (cuando sus hijas eran pequeñas).

7.13 Victoria (30 años)

“Soy ama de casa, soy madre, esposa, mujer, hermana, hija, todo (...) soy todo eso y además soy manicura”. Familia nuclear; dos hijas de 4 años (mellizas). Pareja (40 años), empleado taller mecánico.

Motivo de Consulta Actual/Anterior: Remitió a varias circunstancias y probleáticas que fue desarrollando en el transcurso de la entrevista. Mencionó un primer tratamiento psicológico debido al fallecimiento de su padre. Seguidamente comentó que “...venía arrastrando una patología”, refiriéndose a sintomatología obsesiva-compulsiva. A través de un programa de televisión sobre salud asoció por primera vez su malestar con los rituales obsesivo-compulsivos: “...no podía creer que alguien estuviera diciendo lo que yo hacía cotidianamente”. En ese momento tomó la decisión de iniciar tratamiento psicológico.

Recurrió entonces a la Unidad Sanitaria de su área con una profesional contratada por la Sociedad de Fomento, con honorarios reducidos: “Yo voy por, por mi TOC [Trastorno Obsesivo Compulsivo] por todo lo que me está pasando (...) terminamos haciendo diríamos como una terapia de pareja”. Fue al poco tiempo del nacimiento de sus hijas y por un corto período: “No sé, dejamos, porque en realidad viste que siempre está la plata de por medio”.

Luego del nacimiento de las hijas comenzó con Ataques de pánico: “no sabía cómo estar, no sabía qué hacer, es desesperante (...) es algo que no puedo dominar”. Recurrió a la Guardia de psiquiatría del hospital provincial de la ciudad; la medicaron y dio inicio a un tratamiento psiquiátrico. No se sintió bien con la medicación, pasó por “estados horribles” y decidió consultar a la “psicóloga de mi niñez”. Reinició tratamiento psicológico pero no lo pudo sostener por lo honorarios. “...con ella también vuelvo siempre a los problemas de pareja”. Presentaba en esa época sentimientos depresivos. Decidió entonces discontinuar el tratamiento psiquiátrico y dejar los psicofármacos en forma gradual.

Realizó su primer tratamiento psicológico a los 14 años de edad, cuando concurrió a “terapia grupal”; en realidad eran talleres para adolescentes en la Unidad Sanitaria del barrio (dos veces).

Unidad Sanitaria. Psicóloga: La investigadora repreguntó si fue en esa ocasión que comenzó a tratarse con la profesional actual “Me falta un paso (...) uno solo”. A continuación comentó

su diagnóstico de HPV (Virus del Papiloma Humano) detectado en sus controles con la médica generalista de la Unidad Sanitaria; ella fue quien la derivó a psicología. “Igual se me mezclan un poco las fechas (...) Y ahí es cuando la conozco a [nombre de la psicóloga]”. La operaron seguidamente por cáncer de útero y endometriosis (año 2017).

Con la profesional actual los temas centrales del tratamiento giraban alrededor de su pareja, desplazando al TOC, haciendo alusión a una relación con aspectos de violencia recíproca (no física) que Victoria comenzaba a dimensionar.

Medicación: Como fue indicado, fue medicada por profesionales en la guardia del hospital provincial, y en ocasión de comenzar con Ataques de Pánico; hizo abandono del tratamiento tras evaluar negativamente los efectos de los psicofármacos con relación a la mejoría esperada. Había guardado el Clonazepam: “...y lo tengo para ciertas circunstancias donde me pongo muy nerviosa”.

Otras Formas de atención y Prácticas para sentirse bien: En cuanto a *Otras Formas de atención*, Victoria mencionó que inició *Yoga* por recomendación de la psiquiatra, dos años atrás y por espacio de 3 meses; dejó de concurrir porque “no me gustó”. En cuanto a las *Prácticas para sentirse bien* señaló: *Manicuría. Leer. Escuchar música, cantar. Aromas* (en su arreglo), en su casa; “de todo hago para sentirme bien”. “El sexo no está” (refiriéndose al Listado). Grupos de *WhatsApp* de amigas, de vecinos, de venta, de mujeres de la familia. Mencionó también *Facebook*, aunque publicaba ocasionalmente; también *Instagram*.

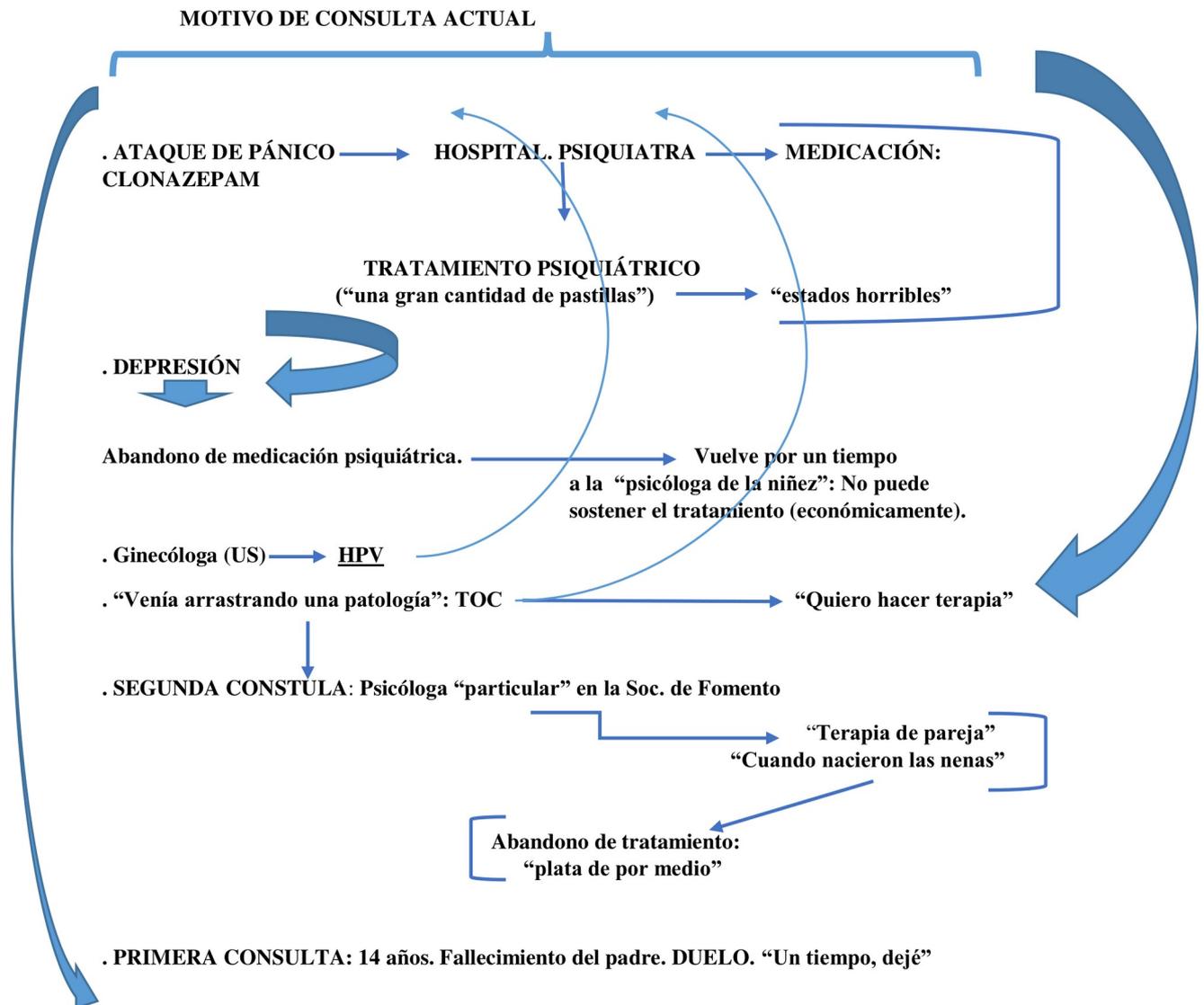
Itinerarios terapéuticos: Como en otros relatos, cuando Victoria fue interrogada respecto de su tratamiento actual, remitió inmediatamente a tratamientos anteriores; el hilo conductor o el eje se estableció sobre esta base y/o por situaciones identificables de problemáticas importantes, asociadas a sufrimiento psíquico: “bueno, yo hago terapia desde que soy muy chica cuando falleció mi papá...”

La entrevistada fue contando su historia por episodios significativos, por “pasos”, en los que se fueron enhebrando episodios de sufrimiento psíquico, intentos y consultas a profesionales, tanto médicos como psicólogos, junto a las problemáticas recurrentes y a síntomas manifiestos.

El *episodio actual* de atención a la profesional psicóloga dio inicio a partir de la derivación de la médica ginecóloga, luego de su diagnóstico de papiloma y cáncer de útero;

sin embargo sus recuerdos fueron confusos no pudiendo determinar si fue especialmente a partir de allí o venía tratándose previamente. Las consultas anteriores comentadas por Victoria como “pasos” hasta llegar al actual tratamiento, estuvieron marcadas por el fallecimiento de su padre, el descubrimiento de sintomatología compatible con Trastorno Obsesivo-compulsivo, Ataques de pánico y crisis de angustia, sentimientos depresivos, y en forma recurrente, problemas de pareja en los que se insinuó especialmente la violencia recíproca en la relación (no física).

ITINERARIO USUARIA Victoria, 30 AÑOS. Ama de casa, Manicuría. Familia nuclear; dos hijas de 4 años (mellizas). Pareja (40 años), empleado taller mecánico.



PRÁCTICAS PARA SENTIRSE BIEN y OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN

Manicuría/Maquillaje. Leer. Escuchar música. Vende y consume “aromas”.
 Salir/Peinarme/Maquillarme. Comer afuera. Pasear en auto. Tener sexo.
 Facebook: Grupo de familia. Otros: de jardín, amigas, monoblock, grupo de
 venta. Otras Formas de Atención: Yoga, hacía dos años, “no me gustó”.

7.14 Mariana (38 años)

Ama de casa; micro-emprendimientos. Costura. Servicio doméstico. Separada (¿momentáneamente?); dos hijos de 15 y 7 años. Pareja (ex) 40 años; chapista (changas).

Motivo de Consulta Actual: Mariana localizó el inicio de su problemática siete años atrás, especialmente por la relación conflictiva con su marido, el aumento del consumo de alcohol y las peleas frecuentes (violencia física y psicológica). La última separación fue por infidelidad. Debió consultar a la médica clínica por pérdida significativa de peso. Los problemas de relación conyugales surgieron en ocasión de la construcción de su casa propia en un barrio periférico de la ciudad; gran parte de las conductas del marido fueron asignadas o endosadas a las dinámicas propias de dicho barrio, la convivencia con “malas juntas” y las “provocaciones” de las “pibas” hacia su pareja.

A partir de la separación se sucedieron situaciones conflictivas con los hijos; el mayor inició tratamiento y Mariana además debió consultar a la Trabajadora Social de la Unidad Sanitaria (sin más datos). Al momento de la consulta psicológica su pareja había retornado al hogar donde residía Mariana con sus hijos (casa de la madre) por problemas de salud. Esta última separación se prolongó por espacio de ocho meses.

Unidad Sanitaria. Psicóloga: Llegó a la profesional actuante por derivación de la escuela y por su hijo menor, quien “lloraba todo el día (...) si no no hubiera venido”. Entendía que la terapia debía ser de pareja y no individual, y expresó cierto desencuentro con su terapeuta en cuanto al tipo de expectativas, esperando devoluciones más precisas o respuestas de cómo conducirse con relación a su pareja o sus hijos; no obstante valoró el espacio como lugar de “descarga”. Luego de la primer consulta por su hijo la psicóloga le propuso que fuera ella quien continúe con el tratamiento.

Mariana se encontraba trabajando en un emprendimiento que formaba parte de un proyecto municipal; con un conjunto de compañeras aprendían a realizar trabajos de costura confeccionaban prendas, dos veces por semana. Concurría además a colaborar en el kiosco de la escuela pero, según su relato, dejó a instancias de la Directora quien se quejaba del llanto del hijo menor cuando la veía en los recreos, sin interesarse en los motivos de su aflicción.

Medicación: No había recibido atención psiquiátrica ni tomado medicación

psicofarmacológica.

Otras Formas de Atención y Prácticas para sentirse bien: No recurrió a *Otras Formas de atención* de la salud. En cuanto a las Prácticas mencionó: *Cursos de costura* y emprendimiento actual. *Conversar con compañeras* de trabajo. Le gustaba ir a *ver a jugar al fútbol a su hijo*, y especialmente si concurría el padre del menor. *Concurrencia a talleres/charlas de mujeres* (que habían sufrido violencia familiar); y grupo de *WhatsApp* especialmente para estar al tanto de los días y horarios. No tenía Facebook.

Itinerarios terapéuticos: El *episodio actual de atención* dio inicio por la atención psicológica de Mariana en la Unidad Sanitaria cercana a la casa de su madre, donde se encontraba viviendo con sus hijos luego de la separación. Su hijo menor fue derivado por la escuela para tratamiento psicológico. La psicóloga tratante sugirió que fuese Mariana quien inicie tratamiento psicológico en lugar de su hijo. Probablemente no hubiera consultado en forma espontánea pero continuó concurriendo como un espacio de “descarga”.

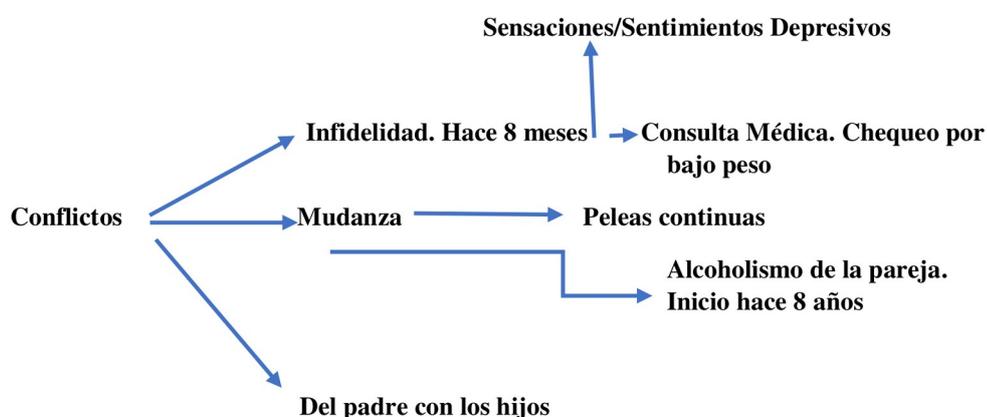
Ubicó el inicio de su problemática aproximadamente ocho años atrás, cuando la familia se trasladó a un barrio donde habían construido una casa precaria. Allí comenzaron según su relato los problemas de alcoholismo de su pareja, violencia física y psicológica e infidelidad. Por dicha razón los dos hijos recibieron indicación de tratamiento psicológico.

ITINERARIO USUARIA Mariana, 38 años. Ama de casa; micro-emprendimientos. Costura. Servicio doméstico. Separada; dos hijos de 15 y 7 años. Pareja (ex) 40 años; chapista (changas)

MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL

Separación. Violencia en la pareja, psicológica y física. “Sí, nosotros estuvimos casi 15... 14 años juntos...”
Alcoholismo de la pareja. “Yo tuve muchas idas y venidas”

Actualmente: Vuelve al hogar por motivos de salud



Intervención de la Escuela del hijo menor
“al nene lo veían mal”

Derivación a Psicóloga

“la que tenés que venir vos vos”

NO REGISTRA CONSULTAS ANTERIORES. CONSULTA “porque la mandan, si no, no...”
(Igualmente valoración de la terapia como espacio de “descarga”)

Por falta de tiempo.

OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN. PRÁCTICAS PARA SENTIRSE BIEN

Prácticas: Costura. Charlar con compañeras. Trabajo voluntario en la escuela. Ir a charlas. Movilizar en marchas. Ir a ver a su hijo que juega fútbol. No tiene Facebook. Grupo de WhatsApp sólo para organizarse.

7.15 Itinerarios Terapéuticos. Discusión

Los itinerarios terapéuticos de las usuarias en sus búsquedas de salud tuvieron en el Modelo Biomédico a su interlocutor principal, siendo escasas las referencias o consultas a Otras Formas de Atención, ubicadas subjetivamente en un campo de ajenidad y por fuera de los recursos de salud cotidianos; con un sinnúmero notable de prácticas para *sentirse bien* desplegadas creativamente como estrategias al servicio de la salud mental.

Los motivos manifiestos de consulta parecieron representar puntos de urgencia en las actuales biografías de las usuarias; urgencias por entender, por resolver, por estar mejor. Se presentaron acompañados por otra serie de eventos de importancia que, a través del tiempo de tratamiento, pudieron llegar a adquirir el estatus de nuevo motivo de consulta o situarse en el centro del trabajo terapéutico.

En la mayoría de los casos pudimos constatar la co-ocurrencia de problemáticas generadoras de intenso padecimiento o sufrimiento psíquico de las cuales el *Motivo de Consulta Actual* resultó su modo de presentación. De tal forma que los análisis de los relatos pusieron de manifiesto su carácter pluridimensional, con importantes variaciones en los límites de sus horizontes temporales, y expresados en los planos sincrónicos y diacrónicos a la vez.

La observación del material de las entrevistas y las consideraciones anteriores permitieron entender por qué algunas de las entrevistadas no pudieron realizar el recorte del *Motivo de Consulta Actual*. Por circunstancias biográficas particulares desapareció la distinción entre la figura y el fondo de sus vivencias, y entre las dimensiones temporales de sus padeceres: llegaron a la consulta psicológica “por todo”, para encontrar “solución a todo”, o por un “arrastre de cosas”, por un “montón de cosas”. Se materializó allí en primer plano cierta indiscriminación del padecimiento, la anulación de procesos de jerarquización y priorización temporal de contenidos o vivencias, dada por la magnitud del sufrimiento psíquico.

En el marco de las circunstancias descritas, se produjeron *consultas espontáneas* al profesional, donde fue la propia usuaria quien solicitó atención psicológica; y *consultas derivadas*, que se relacionaron con la llegada al tratamiento a través de otro profesional que

indicó su necesidad. Las usuarias pudieron responder efectivamente a esa indicación de atención y, ya en la consulta, continuaron el tratamiento más allá de la resolución puntual de la derivación inicial (problemas de conducta de los hijos en la escuela y/o de aprendizaje; afrontamiento de enfermedades, procesos de somatización recurrentes, entre otros).⁵

Si bien pudimos circunscribir el *Motivo de Consulta Actual* mayormente a las Problemáticas Vinculares, los resultados del análisis de las entrevistas remitieron una y otra vez a la consideración subjetiva de las problemáticas de las usuarias como parte de una historia más amplia, donde las preguntas de la investigadora respecto del *Motivo de Consulta Actual* desencadenaron procedimientos de reconstrucción retrospectiva de las biografías personales y familiares. La historización se volvió así una necesidad del relato para su transmisión y para la propia usuaria, en tanto enmarcó sus decisiones y prácticas en un tiempo y espacio determinado, fundamento necesario de sus devenires a la vez que dador de sentido de las propias circunstancias, condicionamientos y decisiones. Cada usuaria enhebró episodios (entre ellos el *episodio actual de atención*) como parte de una cronología íntima, de una existencia más amplia donde el motivo actual resultó el desencadenante, el hecho que propició el acercamiento a la consulta de procesos inscritos a lo largo de la vida personal, familiar y social.

Así la pregunta acerca del motivo de consulta a la psicóloga propició una respuesta de expansión de los horizontes temporales del *aquí y ahora*; el ordenamiento del relato se estableció sobre la base de consultas anteriores, intenciones de consulta y/o situaciones de intenso sufrimiento psíquico de la usuaria, nodales en su curso de la vida: la muerte de un hijo, la muerte de la madre, el no reconocimiento del padre biológico, la violencia de la pareja, las adicciones de un hijo.

La narración resultante dio cuenta así de una *historia del padecimiento* más que de una “carrera del enfermo”, según la propuesta de la Antropología Médica para entender los procesos de salud-atención en el campo de la biomedicina; observación que debe ser comprendida y acotada a propósito de las usuarias entrevistadas y en la atención ambulatoria

⁵ El psicoanálisis plantea esta cuestión diferenciando “motivo de consulta” y “demanda”. “Mientras que el concepto de ‘motivo de consulta’ refiere a una descripción de síntomas o problemas objetivos, el concepto de ‘demanda’ implica el reconocimiento de una necesidad subjetiva y el deseo de pedir ayuda. Para poder actuar en psicología es necesario que el motivo de consulta pueda expresarse en forma de una demanda” (Martínez Ferrero, 2006).

individual en salud mental en el PNAS. De tal manera que los *itinerarios terapéuticos* y las *búsquedas de salud* pensados por la investigadora como conceptos ordenadores, como herramientas conceptuales o al menos sensibilizadoras de cara a las experiencias de las usuarias, se vieron resignificadas por las mismas como *historias del sufrimiento psíquico* en el curso de la vida, por las cuales recibieron/buscaron o no atención de algún tipo. La “carrera” pareció estar más ligada en este caso, y para una proporción importante de las mujeres entrevistadas, a la *búsqueda de recursos* y a las distintas circunstancias que operaron como obstáculos en el acceso a una *atención oportuna*; es decir relacionadas con la *búsqueda de recursos* más que con la búsqueda de *Otras formas de atención de la salud*.

Por otra parte los relatos de las usuarias fueron desplegando las teorías propias sobre la salud y la salud mental; dieron cuenta del intento de establecer una etiología anclada en las vicisitudes biográficas y algunas ideas (no siempre presentes) respecto de aquello por hacer para estar mejor. Sin embargo, entendemos que fue justamente este desconocimiento o la dificultad de su puesta en práctica lo que propició la consulta al profesional y lo distinguió como recurso privilegiado entre otros. De tal manera, diferenciamos al menos tres dimensiones al interior del *Motivo de Consulta Actual*:

. El *nombre del padecimiento*: aquello que las llevó a solicitar atención. La pregunta tras la consulta podría expresarse como: ¿Qué me está pasando? Así el motivo pudo ser *identificable* para las usuarias como raíz de su padecimiento actual (como por ejemplo en el caso de la pérdida de seres queridos) y en otras ocasiones formó parte de un conjunto de malestares: “montón”, “sinfín”, “arrastre”, “muchas cosas”. Entre estos dos extremos paradigmáticos encontramos un arco amplio de situaciones posibles. Desde la categorización propuesta por el *Nomenclador de Salud Mental*, los Motivos de Consulta remitieron mayormente a *Problemáticas Vinculares*.

. La explicación personal de las problemáticas; el por qué ocurrieron. Por ejemplo, el tratamiento psicológico para una de las usuarias dio inicio por la necesidad de entender el por qué del suicidio de su hija; para otra de las mujeres entrevistadas resultó crucial poder poner palabras a su malestar expresado dramáticamente en descargas masivas de afecto propias del Ataque de pánico.

. El control/no control de la situación o de los sentimientos asociados, que se presentaron en

sintomatologías más o menos aprehensibles por la propia usuaria.

Entendemos, como hipótesis provisoria, que esta tercera dimensión re-contextualizó a las dos anteriores como necesarias pero no suficientes, en tanto fueron los fenómenos del orden de la repetición, de lo no comprendido, de la apertura de la pregunta respecto de qué me está pasando (como teoriza el campo disciplinar de la psicología), los que operaron al interior de la consulta en forma más o menos consciente. "Esto es angustia con una 'A' bien grande", explicó una de las usuarias, que a su vez relacionó tal malestar con la pronta partida de su hija fuera del país; y aclaró: "lo que yo no puedo hacer es dejar de sentir". En la articulación dinámica de al menos estos tres ejes encontramos las variaciones posibles puestas en juego tras la decisión de consultar.

Los desarrollos anteriores intentaron poner de manifiesto ciertas tensiones relativas a la consideración de los itinerarios terapéuticos en el campo de la salud mental y en el PNAS.

Proponemos por tanto la consideración de un un *itinerario amplio* según la mirada de las propias usuarias (donde la consulta psicológica es sólo el último eslabón de una cadena histórica), y un *itinerario restringido* al *episodio actual de atención*.

Hechas estas consideraciones, retomamos en el siguiente cuadro las consultas realizadas con referencia exclusiva al *episodio actual de atención* (*itinerario terapéutico restringido* o acotado). Los *itinerarios terapéuticos en sentido amplio* fueron tratados precedentemente.

Cuadro N° 3. Usuaris Entrevistadas y Profesionales intervinientes en el *Episodio Actual de Atención. Itinerarios terapéuticos restringidos*

Usuaris	Episodio Actual de Atención. Profesionales Intervinientes	Episodio Actual de Atención. Reorientaciones
Laura	1) Médica de familia (US) 2) Psicóloga	Sin obstáculos en el acceso
Florencia	1) Psicóloga (US)	Acceso facilitado por conocimiento previo del profesional (tratamientos anteriores)

Franca	<ol style="list-style-type: none"> 1) Consultas médicas a distintas especialidades (no Psiquiatría) 2) Gremio 3) Psiquiatra (abandono del tratamiento) 4) Consultas médicas 5) Consulta en Buenos Aires a un médico del Sistema Privado 6) Psicóloga (US) 	Acceso facilitado por conocimiento previo de la profesional (tratamientos anteriores)
Sandra	<ol style="list-style-type: none"> 1) Psiquiatra (abandono del tratamiento) 2) Psicóloga (US) 	Acceso facilitado por la incorporación reciente de una profesional (con poca demanda)
Clara	<ol style="list-style-type: none"> 1) Consultas médicas a distintas especialidades (no Psiquiatría) 2) Consulta a médico del Sistema Privado 3) Psicóloga (US) 	Importantes dificultades en el acceso a la consulta psicológica por demora en la asignación de turnos.
Soledad	<ol style="list-style-type: none"> 1) Psicóloga (US) 2) Internación Hospital 3) Abandono de tratamiento 	Acceso favorecido por conocimiento del personal de la Unidad Sanitaria
Yasmín	<ol style="list-style-type: none"> 1) Psicóloga (US) 	Dificultades moderadas en el acceso. Psicóloga conocida por la madre de la usuaria
Adriana	<ol style="list-style-type: none"> 1) Obra Social (Lista de Espera sin resultados) 2) Diferentes Unidades Sanitarias en búsqueda de atención psicológica 3) Psicóloga tratante (US) 	Dificultades en el acceso a la atención por la ausencia de turnos disponibles en varias Unidades Sanitarias
Susana	<ol style="list-style-type: none"> 1) Médico de familia(US) 2) Médica de familia (en otra US) 	Reorientaciones por descreimiento en el diagnóstico y falta de atención

	3) Psicóloga (US) 4) Hospital Municipal (consulta por guardia) 5) Psiquiatra. 6) Psicóloga (US). Continúa su tratamiento con la misma Psicóloga indicada en el punto 3)	oportuna del médico de familia interviniente.
Natalia	1) Psicóloga	Acceso facilitado por conocimiento previo del profesional (tratamiento anterior)
Violeta	1) Psicopedagoga (US, por hijo) 2) Psicóloga	Sin datos para el acceso. Episodio anterior de importante demora en la atención por lo que no dio inicio al tratamiento.
Ana	1) Psicóloga	Experiencia anterior insatisfactoria con alta temprano sin consentimiento de la usuaria
Victoria	1) Médica Ginecóloga (US) 2) Psicóloga	Sin datos sobre el acceso
Mariana	1) Psicóloga (US, por hijo) 2) Psicóloga (la misma profesional)	Sin datos sobre el acceso

Como puede apreciarse y según lo desarrollado en el tratamiento de los itinerarios terapéuticos, las consultas en búsquedas de salud se realizaron dentro del Modelo biomédico. En cinco de los casos las usuarias llegaron directamente a consulta psicológica, sin intermediación de otros profesionales. Dos de las usuarias mantuvieron su tratamiento aunque lo habían iniciado en primera instancia por sus hijos (derivados por la Psicopedagoga de la Escuela y en otro caso por el Equipo de Orientación Escolar).

Las consultas a distintos profesionales (médicos de familia, clínicos, cardiólogos, endocrinólogos, neurólogos) pareció responder a la necesidad de encontrar respuesta a la

sintomatología presentada. Para dos de las usuarias, el desconcierto y/o la falta de mejoría en el tiempo previsto forzaron la consulta al sistema privado, aprovechando contactos ocasionales de las mujeres facilitadores del acceso.

Fueron los mismos médicos intervinientes en el inicio del *episodio actual de atención* quienes, en general, derivaron a las usuarias a tratamiento psicológico o psiquiátrico después de numerosos análisis y procedimientos con parámetros dentro de la “normalidad” (biológica). Fue frecuente la frase: “No tenés nada” escuchada por las usuarias en guardias y consultas, junto con la recomendación de inicio de tratamiento psicológico. La falta de correlato orgánico con la realidad psíquica de la usuaria provocó la desestimación de la presentación de su malestar, sobreañadiendo al cuadro mayor desorientación y angustia. El “no tenés nada” fue traducido como “no tengo nada”, en un viraje interno de apropiación del discurso médico.

No contamos con datos especiales respecto del acceso para cuatro de las usuarias entrevistadas con relación a la consulta psicológica. El resto experimentó obstáculos mayormente devenidos de la insuficiente oferta de servicios, mientras que la facilitación de turnos se dio por el conocimiento previo de la profesional o del personal de la Unidad Sanitaria, en virtud de haber realizado tratamientos anteriores (cuatro usuarias).

Llamó la atención la resistencia a “tomar pastillas” presente en la mayor parte de los relatos así como el abandono de los tratamientos psiquiátricos, algunos a poco de empezarse. Las usuarias consideraron que la medicación psiquiátrica actuó en forma contraproducente, agravando la problemática o agregando nueva sintomatología (sueño recurrente, pesadez, extrañamiento, despersonalización entre otras).

Entendemos que las reorientaciones de los itinerarios terapéuticos quedaron reflejadas sólo parcialmente al referirlos sólo al *episodio actual de atención (itinerario terapéutico restringido)*, debiendo tomarse en consideración el conjunto de la problemática en su desarrollo temporal. Desde esta última perspectiva, y exclusivamente con relación a la consulta psicológica, visualizamos a las demoras en la atención (tanto en lo público como en lo privado con la presencia de “Listas de Espera” u otros dispositivos) y las ausencias repetidas de los profesionales (sea por viajes, congresos o por paros) como motivos de abandono o reorientación hacia otros profesionales o efectores de salud. Se sumaron: la

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

relación terapéutica como un espacio que no cubrió las expectativas de las usuarias (falta de “onda”, de “química”, necesidad de “encaje”, la incomodidad), la no comprensión de la lógica del dispositivo terapéutico; el tipo de intervención propuesto (intrusivo, desinteresado, poco empático, sin respuestas esperadas). Subrayamos finalmente la alta carga de expectativa depositada en el vínculo terapéutico (*aspecto mágico de la demanda*).

12. CONCLUSIONES

En la presente investigación nos propusimos acercarnos al subcampo específico de la atención de la salud mental en el Primer Nivel de Atención de la ciudad de Bahía Blanca, a través de la consideración de los itinerarios terapéuticos frente al sufrimiento psíquico, recorridos emprendidos por las usuarias de Unidades Sanitarias en sus búsquedas de salud. En un contexto de creciente *pluralismo médico*, nos interrogamos a su vez respecto del lugar del sistema biomédico en el desarrollo de tales itinerarios.

Pudimos aproximarnos conceptualmente al concepto de prácticas para *sentirse bien*, así como a la descripción o categorización de sus formas de expresión.

La consideración de *mujeres y usuarias*, y de su mirada o punto de vista respecto de los procesos de búsquedas de salud, apuntaron a visibilizar los modos particulares y diferenciales de sus estrategias en relación con las necesidades de salud y cuidado.

Pensamos al *sufrimiento psíquico* como el disparador de los *itinerarios terapéuticos* y como categoría amplia, no sólo como una cuestión del orden biológico sino como emergente singular y vincular de contextos socio históricos particulares. Dimos cuenta de su estrecha relación con las *Problemáticas Vinculares* en cuanto al motivo de mayor demanda de atención al PNASM, representando cuatro de los cinco Diagnósticos más frecuentes de consulta (2014-2018). Hipotetizamos un subregistro de las situaciones de violencia familiar, naturalizadas al interior de relaciones de dominación, aunque presentes en sus diferentes manifestaciones en los relatos de las usuarias entrevistadas. Así, el sufrimiento psíquico como expresión de problemáticas relacionales pudo develar las formas del padecimiento subjetivo de las usuarias entrevistadas. A su vez, la importancia superlativa de mujeres en las consultas de psicología en el PNASM (para sí o por sus hijos) refuerza la dimensión de su magnitud como *cuidadoras* de la salud familiar.

Consideramos pertinente en este marco una aproximación a la caracterización de las usuarias entrevistadas desde un análisis macrosocial y georreferenciado, a través de la descripción de los aspectos salientes de sus barrios de pertenencia, que dieron cuenta de situaciones con mayores valores de necesidades sanitarias y de privación de los hogares. Las mujeres se definieron a si mismas mayormente como “amas de casa”, algunas con presencia

de trabajos en el sector informal (sólo una en el sector formal), con nivel de instrucción de nivel primario o secundario incompleto; y con parejas con calificaciones de operarios o técnicos en su ocupación principal.

Observamos como dato saliente la centralidad de las mujeres entrevistadas en el cuidado familiar. La frase “los hijos primero” puede ser considerada paradigmática en tanto expresión de una organización familiar al servicio de las necesidades de los hijos o la pareja; vidas armadas para otros, estructuradas mayormente alrededor del *trabajo reproductivo* que nunca se acaba: “en casa siempre tenés algo para hacer”. La pertenencia a niveles socioeconómicos de bajos recursos y escasas ofertas institucionales, sobrecargaron las dinámicas hogareñas cotidianas, con pocas o nulas oportunidades de *desfamiliarización* de las actividades domésticas y posicionando a varias de las usuarias como *cuidadoras de tiempo completo* (Faur, 2009, 2014).

Dentro de este escenario general, la *salud mental* fue ubicada más como *aspiración* de aquello que se carece que como *estado* actual; este aspecto de proceso se operacionalizó en la forma de búsquedas activas de espacios saludables, y en fuente motivacional orientadora de la propia existencia. En varias de las mujeres entrevistadas, este anhelo de *sentirse bien* se adscribió al *rol de cuidadoras* y la salud mental representó así un *bien para otros*: se espera estar bien para poder cuidar a los hijos. La vida misma fue significada varias veces como “lucha”, o como “batalla” frente a las adversidades continuas, donde la salud se manifestó ligada a la constante resolución de problemas que implicaron esfuerzos sostenidos en el tiempo.

El sistema de salud por su parte presentó comportamientos disímiles en cuanto a la oferta de servicios, calidad y los facilitadores u obstáculos para la atención. La Accesibilidad pensada como relación usuaria/servicios mostró así una articulación dinámica entre dichas características y las expectativas de las usuarias. Advertimos que las *estrategias* de atención (Bourdieu, 1997, 1998, 2007, 2011) no fueron sólo patrimonio de las usuarias, sino también de los representantes institucionales (educación, salud, desarrollo social, judiciales) y de los mismos profesionales de los Equipos de Salud de las Unidades Sanitarias. La adhesión de algunas de las usuarias a Obras Sociales deficitarias u onerosas en cuanto a las prestaciones de psicología, volcaron las demandas hacia el sistema público, estableciendo de hecho un

sistema mixto de atención de la salud.

Una mirada cercana a la *relación terapéutica* presentó como aporte novedoso su consideración de “encaje”, de “química”; apreciación subjetiva de las usuarias para dar cuenta de un esperable vínculo recíproco como base del encuentro y de la continuidad del tratamiento. Señalamos como dato no menor que todas las entrevistadas se atendían con psicólogas mujeres; también fueron ellas las que respondieron positivamente frente al pedido de ayuda de la investigadora para la realización de las entrevistas.

El adjetivo posesivo (“mi psicóloga”) ejemplificó repetidamente la naturaleza del vínculo particular con la terapeuta actual; lo trabajado en las sesiones se incorporó como fundamento de formas de pensar y entender la realidad cotidiana, exteriorizado en el relato. La llegada a la consulta estuvo más o menos acompañada por los integrantes de la *Red de Apoyo*, en un marco cultural no totalmente exento de prejuicios.

El *espacio terapéutico* se significó como ámbito diferenciado y con lógicas propias, lugar de fuerte depositación de expectativas personales y de cierta convicción interna de la necesidad de algún grado de empeño, trabajo personal, “voluntad” y esfuerzo volcado al tratamiento. Los aspectos enumerados actuaron como pre-requisitos en la valoración de la consulta psicológica de tal suerte que los primeros acercamientos a las profesionales pudieron ser calificados como *prácticas de tanteo*⁶, destinadas a sopesar la probabilidad del cumplimiento de las expectativas de la relación terapéutica.

El conocimiento previo del profesional (ante la primera consulta) no pareció jugar un papel decisivo en el acercamiento; los estilos de intervención dieron cuenta de formas más o menos directivas donde se esperó cierto “saber” del terapeuta, capaz de decodificar padecimientos, descubrir lo oculto, proponer soluciones o generar procesos de cambio positivos (*aspecto mágico* de la demanda). La palabra “ayuda” surgió en la mayor parte de los relatos como concepto-resumen de lo esperable en la relación; y el verbo “servir” referido al saldo de utilidad o carácter pragmático de la consulta.

Las redes de relaciones de las usuarias en la forma de *Red de Apoyo* acompañaron en numerosos casos no sólo la decisión de consultar a la psicóloga, sino que se hicieron presentes

6 Obach King (2011) propuso este concepto para dar cuenta del aspecto de interculturalidad de la oferta de salud en Chile, y el comportamiento de la población en consecuencia; remarcando el aspecto de *prueba* de muchas de las consultas.

como soporte de las situaciones de la vida cotidiana; garantes y resguardo de la salud psíquica de las usuarias tanto en la adversidad como en la compañía amorosa y atenta. Aprehendimos bajo el concepto de “ayuda” puesto en valor por las mujeres entrevistadas, aquella carga de anhelo dirigida hacia un otro en búsqueda de alivio al sufrimiento psíquico. La metáfora del apoyo como aquella “tabla donde pisar” resultó ilustrativa de la significación y trascendencia del entorno cercano; sobresalieron para algunas de las usuarias ciertos profesionales del sistema público de salud, como la propia psicóloga, la “Asistente” (Trabajadora Social), las enfermeras y las médicas (clínicas, de familia); también la figura del gremio para la única mujer del grupo con trabajo formal, y la red cercana de familiares y amigas y amigos. Finalmente, dichas redes pudieron ser pensadas como *estrategias de inversión social* (Bourdieu, 1980), desprendiéndolas de una valoración necesariamente positiva (Menéndez, (2009). Refrendamos así los resultados en cuanto al análisis de los Motivos de Consulta, donde las problemáticas vinculares se situaron en los tres primeros lugares como causales de los padecimientos de las mujeres entrevistadas.

El modelo biomédico de atención de la salud (médicas y médicos, psiquiatras y psicólogas entre otros profesionales) se evidenció como el principal interlocutor de las búsquedas de salud ligadas a los itinerarios terapéuticos.

Otros saberes y Formas de Atención de la salud quedaron relegados subjetivamente a un espacio de ajenidad; su consulta fue prácticamente inexistente como *herramientas a mano* (Schutz y Luckmann, 2004) dentro de las estrategias de salud. Las usuarias manifestaron limitada información o desconocimiento sobre los mismos, y poco frecuente o nula su práctica regular. Sobresalió únicamente y para algunas de las usuarias, la concurrencia a la Iglesia entendida a la vez como Forma de Atención (poder curativo de Dios u otra entidad), y como práctica para *sentirse bien* (en tanto la concurrencia se adscribió a sentimientos de calma, tranquilidad, paz y soporte emocional).

Se observó cierta homología funcional de las estrategias, que en virtud de determinados criterios operacionales, establecieron homologías entre prácticas entre sí y/o con las Formas de atención de la salud (“si te hace bien está bien”).

Sobresalieron como resultado novedoso de la investigación un sinnúmero notable, heterogéneo e importante de prácticas para *sentirse bien*, desplegadas creativamente por las

usuarias como *estrategias* frente al sufrimiento psíquico, y condicionadas fuertemente por la posición ocupada en el espacio social.

Entendemos a dichas prácticas como estrategias sutiles, a la vez que poderosos andamiajes de lo cotidiano; pequeños actos que funcionaron a la manera de espacios de calma, treguas vivenciales mínimas que permitieron a las usuarias pausas placenteras en sus rutinas diarias, sin duda favorables para la salud mental. En estrecha relación con las tareas de cuidado del hogar, propusimos organizarlas en aquellas realizadas fuera del hogar (como caminar, andar en bicicleta, ir a gimnasia, encontrarse con amigas entre otras); dentro del hogar (como coser, tejer, mirar televisión, consultar Internet); y aquellas relacionadas estrictamente con las tareas domésticas (limpiar, cocinar). El tiempo como variable escasa condicionó fuertemente -para algunas de ellas- su forma de presentación; las denominamos *prácticas del mientras tanto*, en cuanto no implicaron un tiempo diferencial para su ejercicio, sino el “aprovechamiento” creativo de las tareas del trabajo reproductivo (limpiar y escuchar música; cocinar y bailar; mirar vidrieras cuando se va “al centro” a pagar cuentas).

Como expresamos, el *sentirse bien* forma parte del lenguaje coloquial de los profesionales de la salud, aunque su estatuto teórico y descripción precisa estén aún en proceso de construcción; resultó un poderoso instrumento *calificador* de las prácticas de salud, como dimensión inherente a las mismas y/o como anhelo prospectivo de espacios ligados al disfrute y el placer personal/familiar de las usuarias.

Por otro lado, ciertas representaciones del sentido común relacionadas con el cuidado de la salud se constituyeron como saberes y determinaron la elección de actividades o la consulta profesional. Entendemos que pueden ser comprendidos como parte de la filosofía *New Age*, en tanto subrayaron la importancia del trabajo sobre uno mismo, y la transformación individual como camino hacia el bienestar, la importancia del cuidado y del tiempo para sí. Constatamos de esta manera una *búsqueda activa* de espacios y actividades relacionados con el disfrute personal, el *sentirse bien* y el cuidado de la salud; inclusive como sugerencia de los profesionales intervinientes.

Como lo venimos desarrollando a lo largo de esta investigación, los resultados de las entrevistas remitieron una y otra vez a la consideración subjetiva de la propia vida de las usuarias como un proceso, donde las preguntas de la investigadora respecto del *Motivo de*

Consulta Actual iniciaron procedimientos de reconstrucción retrospectiva. La historización se volvió una necesidad del relato para su transmisión y para la propia usuaria, en tanto permitió contextualizar o interrogar sus decisiones y prácticas, en un tiempo y espacio determinado, que fundamentaron sus devenires y le otorgaron un sentido. En esta forma de presentación y de cierta manera, pareció operar cierta “teoría del relato” (Bourdieu, 2011) que pretende entender la vida como la expresión de un propósito por el que adquiere unidad de sentido.

Los motivos manifiestos de consulta representaron puntos de urgencia en las vidas de las usuarias, por resolver, por entender, por estar mejor. En la mayoría de los casos se verificó la co-ocurrencia de problemáticas generadoras de intenso sufrimiento psíquico, donde el Motivo de Consulta Actual resultó su modo de presentación (*carácter pluridimensional*), con importantes variaciones en los límites de sus horizontes temporales. Cada usuaria armó “pasos”, episodios, “partes”, enhebrando una cronología íntima y donde el motivo actual resultó el desencadenante que propició el acercamiento a la consulta. La respuesta a la pregunta por qué consulta actualmente al psicólogo, podría entenderse como un proceso de reconstrucción y construcción *a posteriori*, un esfuerzo por dar sentido a la estructura particular de las relaciones de la usuaria con su mundo interno, y con las modalidades significativas de los vínculos con su entorno familiar y social.

Los señalamientos anteriores dificultaron el seguimiento, en el relato de las usuarias, de las consultas realizadas y sus circunstancias particulares; los tiempos y los ciclos experimentaron superposiciones, expansiones y nuevas convocatorias en otros momentos de la entrevista en virtud de su asociación particular.

La narración resultante se expresó más como una *historia del padecimiento*, una *historia del sufrimiento psíquico* en el curso de la vida de las usuarias; el ordenamiento del relato se estructuró así sobre la base de crónicas parciales de los malestares ligados a circunstancias especiales de la vida, con o sin tratamiento psicológico, o con intención de consultar.

De acuerdo a las anteriores consideraciones, entendemos oportuna la consideración de *itinerarios terapéutico en sentido amplio* y según la mirada de las propias usuarias (donde la consulta psicológica representó, en general, el último eslabón de una cadena histórica), y de *itinerarios terapéuticos restringidos*, acotados al *episodio actual de atención*.

Respecto de los itinerarios terapéuticos relacionados con el *episodio actual de atención*, observamos que en siete de los catorce casos fueron las usuarias las que llegaron directamente a la consulta, sin intermediación de otros profesionales. La profusión de sintomatología orgánica, o su combinación con estados de ánimo displacenteros e intenso sufrimiento psíquico, como en los casos de Ataques de Pánico, Depresión, o problemáticas vinculares extremadamente complejas, llevaron a consultas con profesionales de distinta especialidad, con intervención de médicos psiquiatras y/o internaciones. La llegada a la consulta psicológica y el establecimiento de una relación terapéutica no implicó necesariamente el abandono de la consulta a los anteriores profesionales, sino su acompañamiento y monitoreo. Sobresalió como dato puntual la resistencia al tratamiento psiquiátrico y a la medicación (“tomar pastillas”) presente en la mayor parte de los relatos; las usuarias entendieron que los psicofármacos actuaron en forma contraproducente, agravando su problemática o sumando nueva sintomatología, como la despersonalización, el extrañamiento (“yo no era yo”), la pesadez, el sueño recurrente entre otras.

Puntualmente los obstáculos para la atención psicológica (más allá del cumplimiento de las expectativas del encuentro por parte de las usuarias), se relacionaron con la oferta insuficiente de servicios en el sistema público de atención, la ausencia de capital económico suficiente que les permitiría a las usuarias buscar ayuda en el sistema privado, o la adscripción a obras sociales de baja calidad prestacional. El incumplimiento de las expectativas en forma amplia, las demoras en la atención (para acceder al tratamiento, para entrar a la consulta), así como las ausencias repetidas de los profesionales reorientaron las búsquedas de salud hacia otros profesionales o efectores de salud, o implicaron el abandono del tratamiento.

Fadlon (2005) (en Freidin y Abrutzky, 2009) en su análisis de las elecciones y reorientaciones de los itinerarios terapéuticos respecto de la atención en salud y la biomedicina, propone una clasificación para dar cuenta de su tratamiento en la bibliografía actual: en primer lugar el enfoque de la *insatisfacción limitada*, es decir, acotada a ciertas enfermedades específicas para las cuales la biomedicina se muestra incapaz. El enfoque de la *insatisfacción generalizada*, explica por su parte la presencia de actitudes de ambivalencia y escepticismo frente a la medicina y el conocimiento experto; y una tercera perspectiva que define a los usuarios como “consumidores inteligentes” frente a las diferentes ofertas del

mercado de salud, en un escenario de creciente diversificación.

Repensando las anteriores categorías al interior del campo del PNASM, no observamos *insatisfacción generalizada* hacia los profesionales psicólogos, sino hacia algunas formas particulares del vínculo/dispositivo de atención propuesto por el profesional. Así, las reorientaciones no se produjeron hacia otras formas de atención de la salud, sino a la búsqueda de otro profesional dentro del mismo sistema, en otro lugar, produciéndose desplazamientos entre los efectores de salud mayormente del sistema público. Para los que *creen* en la psicología, este saber no estuvo nunca en discusión; la insatisfacción en este aspecto pudo ser relacionada más con las características del psicólogo y el tipo de relación propuesta en la consulta, que con el descreimiento del saber disciplinar. Entendemos por otra parte que el enfoque del “consumidor inteligente” supone la presencia de cierto capital económico o la adscripción a un régimen de seguridad social, que está lejos de condecirse con las condiciones de existencia y los recursos disponibles de las usuarias entrevistadas.

En el marco de la oferta de salud en el subcampo analizado, pareció operar una *lógica de satisfacción* encontrada en la *atención oportuna*, en sentido amplio (Freidin y Abrutzky, 2009; Venturiello, 2012), que remitió sin duda a las *expectativas* de las usuarias. El concepto *expectativas* no es entendido en la presente investigación como rasgo particular construido en el marco de una historia biográfica peculiar, sino como expresión de un *habitus singular y de fracción de clase*, operante en las formas de percibir y entender los procesos terapéuticos.

Para cerrar, consideramos que la presente investigación con sus desarrollos e interrogantes permite aportar a la comprensión humanizada del sufrimiento psíquico de las usuarias del PNASM en la ciudad de Bahía Blanca. Los itinerarios terapéuticos descriptos arrojan luz sobre las trayectorias de atención, contribuyendo al esclarecimiento de sus peculiaridades, y dando cuenta reiteradamente de las desigualdades en el acceso a los recursos de salud. Entendemos que la producción de conocimientos territorializados se torna indispensable para la construcción de proyectos terapéuticos integrales y cuidadores, y como aportes sustanciales al proceso de toma de decisiones en el subcampo de la salud analizado. El análisis de las reorientaciones y articulaciones por su parte, conlleva la urgencia de una revisión crítica de los dispositivos institucionales, y la articulación oportuna oferta de servicios/expectativas de las usuarias, mas allá de sus consideraciones teóricas.

Finalmente, y desde el punto de vista personal, fui gratamente sorprendida por el recibimiento de las usuarias y su disposición a colaborar, así como por su ingenio y creatividad en la construcción de espacios de salud mental en el marco de sus vidas cotidianas. Y a la vez experimenté una tristeza profunda al escuchar sus decires, inclusive para su relectura como parte del análisis, impresionada por la magnitud de sus padecimientos, por lo descarnado de sus relatos; en algunos casos, verdaderos peregrinajes sin sosiego en un contexto aún sumamente adverso para (todas) las mujeres en términos de equidad. Queda mucho camino por andar.

ANEXOS

Anexo A - Listado de Otras formas de Atención de la Salud y Prácticas para <i>sentirse bien</i>	Página 299
Anexo B – Nomenclador del trabajo en salud en el Primer Nivel de Atención (Hojas 14 y 15).....	Página 302
Anexo C – Formulario de Consentimiento Informado	Página 304
Anexo D – Nota Comité de Ética. Hospital Municipal Bahía Blanca....	Página 306

Listado de Otras formas de Atención de la Salud y Prácticas para “sentirse bien”

1. Acupuntura
2. Antroposofía
3. Apiterapia (abejas)
4. Auriculoterapia
5. Medicina Ayurveda
6. Biomagnetismo
7. Digitopuntura
8. Fitoterapia
9. Homeopatía
10. Homotoxicología
11. Iriología
12. Masaje terapéutico
13. Masoterapia
14. Naturopatía (Uso de hierbas medicinales, productos naturales, infusiones, etc.)
15. Quiromasaje
16. Quiropraxia
17. Reflexología
18. Reiki
19. Sintérgica
20. Terapia Floral (Flores de Bach, por ejemplo)
21. Yoga
- 22.** Meditación⁷
23. Visualización guiada
24. Cuencos Tibetanos
25. Mandalas
26. Masajes metamórficos
29. Tai Chi Chuan
30. Musicoterapia
31. Danza armonizadora
32. Shiatsu
33. Teatro
34. Bioenergética
35. Chi Kung
- 36.** Constelaciones familiares

7 **Ítems 1 a 21** corresponden a la Ficha N.º 1 de implementación de la Encuesta realizada por la Subsecretaría de Salud Pública, en el marco del Informe final: “Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas”; gobierno de Chile; agosto/2012. **Ítems 22 a 35 (inclusive)** corresponden a Medicinas Tradicionales y Complementarias (sic) que se brindan en el Sistema de Salud público de la Argentina, según lo relevado por el Proyecto de Ley (S-4579/16) presentado en el año 2016. **Ítems 36-49** corresponden a terapias y o/prácticas alternativas mencionadas por pacientes del PNASM en Bahía Blanca y por las propias usuarias entrevistadas en ocasión del presente proyecto.

37. Terapia de vidas pasadas
38. Limpieza corporal
39. “Tirar” cartas
40. Terapia de Sanación (Iglesia)
41. Cultos/concurrencia a la Iglesia. ¿Cuál?
42. Retiros o actividades especiales propuestas por la Iglesia o Congregación
43. Charlas con pastores/sacerdotes
44. Concurrencia a grupos terapéuticos (AA, NA, etc.)
45. Concurrencia a conferencias, talleres, encuentros, sobre salud. Por ejemplo: “El arte de vivir”
46. Terapia con barro o aguas termales
47. Entrevistas con sanadores
48. Dietas macrobióticas, veganas o de otro tipo. ¿Cuál?
49. Equinoterapia
50. Otras. Especificar

PRÁCTICAS para “sentirse bien”⁸

1. Taebo
2. Otros deportes (especificar)
3. Rezar
4. Caminar
5. Andar en bicicleta
6. Conversar con una amiga. Visitar a una amiga
7. “Salir”
8. Bailar (en casa)
9. Concurrir a bailar (zumba, bachata, etc.)
10. INTERNET
 - a) Facebook
 - b) Participar en grupos
 - c) Buscar información sobre lo que nos está pasando
 - d) Amigos por Facebook? Amigos por Internet
 - e) Whats App? Grupos? U otros?? Participar en Grupos de Facebook. Especificar
11. Hacer cursos
12. Leer
13. Leer libros de autoayuda
14. Escuchar música
15. Tejer. Telar
16. Pintar
17. Vitrofundición
18. Cerámica
19. Telar
20. Jardinería
21. Coser
22. Estudiar

8 Las practicas para “Sentirse bien” fueron relevadas de la propia observación y de las entrevistas realizadas a las pacientes del presente proyecto.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

23. Peluquería
24. Productos por catálogo
25. Recetas magistrales; otros productos, cuáles?



SECRETARIA DE SALUD.
Municipalidad de Bahía Blanca.



Nomenclador del trabajo en salud en primer nivel de atención

CODIGO	DESCRIPCION	OBSERVACION - FUENTE - ENO
V20	Ingreso a banco de drogas	SIPROSS
V21	Egreso de banco de drogas	SIPROSS
V22	Ingreso a PRODIABA	SIPROSS
V23	Egreso de Prodiaba	SIPROSS
V24	Ingreso a PROBAS	SIPROSS
V25	Ingreso a PROEPI	SIPROSS
W. Salud Mental y Condiciones de Vida - a)Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica		
V61.1	Problemas conyugales-vinculares	DSM-IV
V61.20	Problemas familiares-paterno-filiales	DSM-IV
V61.21	Abuso sexual infantil	DSM-IV
V62.2	Problemas laborales	DSM-IV
V62.82	Duelo	DSM-IV
V62.89	Problemas biográficos-vitales	DSM-IV
W. Salud Mental y Condiciones de Vida - b)Trastornos del Estado de Ánimo		
204	Depresión	SIPROSS
300.4	Distimia	DSM-IV
P01	Sensación ansiedad/tensión/nerviosismo	CIAP-2
P03	Sens./sentimientos Depresivos	CIAP-2
P20	Alteraciones de la memoria	CIAP-2
W. Salud Mental y Condiciones de Vida - c)Trastornos de Ansiedad		
205	Trastorno de ansiedad, Ataques de Pánico	SIPROSS
205A	Crisis nerviosa	SIPROSS
205C	Fobia	SIPROSS
206	Bulimia	SIPROSS
300.01	Crisis de angustia	DSM-IV
734	Anorexia	CEPS-AP
869A	Estrés	SIPROSS
F43.1	Trastorno por estres post traumático	DSM-IV
W. Salud Mental y Condiciones de Vida - d)Trastornos de inicio de infancia o adolescencia		
209	Trastornos de aprendizaje (no especificado)	SIPROSS
210A	Hiperquinesia. Hiperquinético	SIPROSS
314.9	Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	DSM-IV
P22	Sign/Sint del comportamiento de niños	CIAP-2
P23	Sign/Sint del comportamiento adolescente	CIAP-2
W. Salud Mental y Condiciones de Vida - e)Trastornos adaptativos		
309.00	Trastornos adaptativos (con estado de ánimo depresivo)	DSM-IV
309.24	Trastornos adaptativos (con ansiedad)	DSM-IV
309.9	Trastornos adaptativos (No especificado)	DSM-IV
W. Salud Mental y Condiciones de Vida - f)Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos		



Nomenclador del trabajo en salud en primer nivel de atención

CODIGO	DESCRIPCION	OBSERVACION - FUENTE - ENO
200A	Demencia	SIPROSS
203	Esquizofrenia	SIPROSS
203A	Psicosis	SIPROSS
W. Salud Mental y Condiciones de Vida - g)Trastornos relacionados con sustancias		
303.90	Trastornos relacionados con alcohol	DSM-IV
304.20	Trastornos relacionados con cocaína	DSM-IV
304.30	Trastornos relacionados con cannabis	DSM-IV
304.40	Trastornos relacionados con anfetaminas (o similares)	DSM-IV
304.50	Trastornos relacionados con alucinógenos	DSM-IV
304.80	Trastornos relacionados con varias sustancias	DSM-IV
305.10	Trastornos relacionados con nicotina	DSM-IV
W. Salud Mental y Condiciones de Vida - h)Entrevistas		
E1	Primera Entrevista - Salud Mental	Codif. Interna
E2	Entrevista Vincular - Salud Mental	Codif. Interna
E3	Entrevista de cierre - Salud Mental	Codif. Interna
E4	No concurre a turno programado - Salud Mental	Codif. Interna
W. Salud Mental y Condiciones de Vida - i) Condiciones sociales, económicas y psicológicas que influy		
208	Retraso mental	SIPROSS
765A	Maltrato infantil	SIPROSS
765B	Maltrato infantil entre pares (ámbito escolar)	Codif. Interna
765C	Negligencia o abandono (adulto, niño, recién nacido)	SIPROSS
832	Exposición a Factores de riesgo ocupacional y con el ambiente físico	SIPROSS
VF	Violencia física	Codif. Interna
VG	Violencia de género	Codif. Interna
VP	Violencia psicológica	Codif. Interna
VS	Violencia sexual	Codif. Interna
Z01	Pobreza/dificultades económicas	CIAP-2
Z02	Problemas de alimentos y agua	CIAP-2
Z03	Problemas de vivienda/vecindad	CIAP-2
Z04	Problemas socioculturales	CIAP-2
Z06	Desempleo/paro	CIAP-2
Z07	Problemas de educación/formación	CIAP-2
Z08	Abandono escolar	Codif. Interna
Z30	Ausencia de lazos sociales	Codif. Interna
Z31	Soledad	Codif. Interna
Z32	No participa en actividades de esparcimiento y/o recreación (físicas,culturales,otras.)	Codif. Interna
W. Salud Mental y Condiciones de Vida - j) Intento de suicidio		
898	Intento de suicidio	SIPROSS

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título del Proyecto	"Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud, Bahía Blanca, 2017"
Maestranda	Lic. Dévora Isolda Eliosoff
Directora	Dra. María Belén Nocet

Introducción

Mi nombre es Dévora Isolda Eliosoff, soy psicóloga y estoy desarrollando mi Tesis para acceder a la Maestría en Salud Colectiva, del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur. La investigación ha sido autorizada por el Comité de Docencia de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca y por el Comité de Bioética del Hospital Municipal "Dr. Leónidas Lucero".

Por el presente escrito, que llamamos Consentimiento Informado, le proponemos participar voluntariamente de este estudio. Se sugiere que lea atentamente este Formulario y pregunte todo aquello que le presente dudas. Si decide participar, por favor firme y fecha este Consentimiento y se le entregará un original del mismo.

Objetivo de la investigación

El principal objetivo de este estudio es conocer las diferentes formas de atención que utilizan las mujeres (que asisten al psicólogo o psicóloga en Unidades Sanitarias) frente al sufrimiento psíquico, sufrimiento producido por variadas situaciones de la vida de todos los días (problemas de pareja, con los hijos, con los padres, problemas relativos a la etapa de la vida que estamos atravesando, duelos, separaciones, mudanzas, divorcios, etc.). La consulta al psicólogo de la Unidad Sanitaria es una de esas formas de atención; pero sabemos también que las mujeres recurren a otro tipo de consultas o de actividades para sentirse bien.

Todas esas formas de atención y de actividades son importantes para la investigación porque nos permiten comprender cómo las personas ponen en marcha comportamientos variados (que nosotros llamamos estrategias) para sentirse bien o recuperar su salud. Como se van desarrollando en el tiempo, van delineando un recorrido, camino o trayectoria, que en este proyecto denominamos: itinerario terapéutico.

Criterios de inclusión

Se incluirán en el presente proyecto mujeres mayores de 18 años (y hasta 45 años), que concurren al servicio de psicología de Unidades Sanitarias de la ciudad, actualmente en tratamiento por alguna problemática vinculada a la salud mental, especialmente Problemas Vinculares.

Procedimiento

Su participación consistirá en acceder a la realización de una entrevista, en horario y lugar a convenir. La duración máxima estimada es de una hora reloj. Tomaré registro de la entrevista en forma escrita y de usar otro dispositivo (grabador) se le pedirá autorización previamente.

Beneficios y posibles riesgos

Los riesgos eventuales se relacionan con la evocación de situaciones displacenteras asociadas a circunstancias de la vida personal que requirieron la consulta al profesional. Los beneficios apuntan a

Mg. ANA LIA GOAMPO
M. 887
SUBCOORDINADORA
COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA
HOSPITAL MUNICIPAL "Dr. LEÓNIDAS LUCERO"

23/05/19

contribuir con información de importancia para mejorar la atención en las unidades sanitarias de la ciudad y la relación entre el profesional y las personas que consultan. Los resultados además podrán contribuir al diseño de políticas públicas y de intervenciones respetuosas e integrales de la salud de las mujeres de la comunidad.

Preservación de la identidad

La identidad de las personas que participen en el presente estudio así como los datos recogidos serán confidenciales, tanto en los informes de investigación como en la publicación futura de los mismos. La confidencialidad de los datos será resguardada bajo la Ley Nro. 25.326 sobre Protección de Datos Personales. Se respetarán asimismo los principios éticos conforme a la Declaración de Helsinki (1964) de la Asociación Médica Mundial.

La participación en la investigación no ocasionará gastos a los participantes. No se realizará ningún tipo de retribución económica por la participación en este estudio.

El registro de los audios se destruirá en un plazo de seis meses a partir de la finalización de la investigación. Asimismo me comprometo a informar, si es de su interés, dónde podrá consultar la tesis cuando esté finalizada y aprobada.

Declaro mi aceptación de participar en la investigación *"Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud, Bahía Blanca, 2017"*. Declaro comprender que mi participación es voluntaria y elegida libremente y que puedo retirarme en cualquier momento del estudio.

Autorizo la utilización con fines docentes y la publicación con fines científicos de los datos y de los resultados obtenidos durante la investigación, siempre que se preserve la confidencialidad de los datos de todas las personas involucradas.

Bahía Blanca, de de 2019.

Firma Entrevistada.....

Aclaración:

Firma Maestranda/Investigadora.....

Aclaración:

Mail de Contacto: devoraeliosoff@yahoo.com.ar

Mg. ANALIA OGAMPO
M.P. 1887
SUBCOORDINADORA
COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA
HOSPITAL MUNICIPAL de AGUDOS "Dr. LUCERO"
23/05/19

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]



Fecha de registro CCIS: 17/09/10. Nro de registro: 017/2010
Folio: 54. Libro Actas: N° 1 Re-acreditado 14/10/2016.
Inscripto en el RENIS CE000063



Hospital Municipal de Agudos
Dr. Leónidas Lucero

Bahía Blanca, 23 de mayo de 2019

Investigador Principal

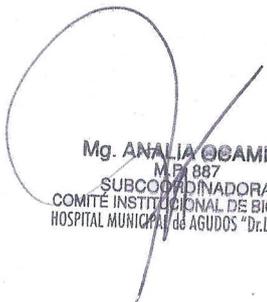
Lic. Dévora Eliosoff

Ref: Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del primer Nivel de Atención de la Salud, Bahía Blanca, 2017.

Los integrantes del Comité Institucional de Bioética en sesión ordinaria han tomado conocimiento y analizaron el proyecto de investigación presentado.

Siendo que los fundamentos del proyecto expresan en forma clara los objetivos del trabajo, y se mantienen los principios de autonomía del paciente y confidencialidad de los datos obtenidos, con el voto unánime de los integrantes presentes se aprueba el documento analizado por cumplir con los principios Bioéticos sustentados por este Comité Institucional de Bioética.

Atentamente,


Mg. ANALÍA OCAMPO
M.P. 887
SUBCOORDINADORA
COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA
HOSPITAL MUNICIPAL de AGUDOS "Dr. L. LUCERO"

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADASZKO, A. *Trayectorias de vida y manejo de la enfermedad en la vida cotidiana de adolescentes que crecieron viviendo con VIH/sida* [en línea]. 2012, vol 20, no 75. [citado 27 febrero 2017], p. 19-32. Disponible en Internet: <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-75-19-32.pdf> ISSN 1852-4001.

AGUIAR, D. *Narrativas de vida de mulheres alcoolistas: contribuições para a prática da enfermeira no CAPS* [en línea]. 2014, [citado 27 febrero 2017]. Tesis; Rio de Janeiro. Disponible en internet: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=719028&indexSearch=ID>.

ALGRANTI, J. y BORDES, M. *Observaciones sobre las estrategias de producción de sentido frente al cambio social* [en línea]. 2009, vol 22, no 61 [citado 27 febrero 2017], p. 159-185. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/pdf/595/59512092008.pdf>.

ALVES, P. y SOUZA, A. *Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico*. Parte I, 4. En: RABELO, M., ALVES, P. y SOUZA, I. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

AMARÍS, M. et al. *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico* [en línea]. 2013, vol 30, no 81. [Citado 30 junio 2019], p. 123-145. Disponible en Internet: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906> ISSN 2011-7485.

American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson; 1997.

ARAKAKI, J. *Significados de la Enfermería. Escuchando a los alumnos de la carrera: UNLA* [en línea], 2010 [citado 20 de febrero]. Disponible en Internet: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/029394_Arakaki.pdf.

AUGÉ, M. *El sentido de los otros*. Buenos Aires: Paidós; 1996.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

AUGSBURGER, A. *La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología* [en línea]. 2004 [citado 27 feb 2017]; 16(2): 71-80. Disponible en Internet: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a09v16n2.pdf>.

_____ *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave* [en línea]. 2014 [citado 27 feb 2017]; 81: 61-75. Disponible en Internet: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/augsburger_de_la_epidemiologia_psiquiatrica_a_la_epidemiologia_en_salud_mental.pdf.

_____ y GERLERO S. *La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental* [en línea]. 2005, vol 9, no 15 [citado 27 feb 2017]; p.1-10 Disponible en Internet: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/augsburger_gerlero_construccion.pdf ISSN 1514-9331.

BARBOSA, A. *Conviviendo con la infección por HIV y AIDS en Buena Vista (RR): Un estudio sobre la autoatención y los itinerarios terapéuticos* [en línea]. 2013 [citado 27 feb 2017]. Tesis. Disponible en Internet: http://www.bdt.d.uffr.br/tde_arquivos/6/TDE-2014-07-11T112727Z-164/Publico/AnaPaulaBarbosaAlves.pdf.

BAROJA P. *Las Vidas Tristes* [en línea]. 2016 [1900], [citado 27 febrero 2017]. Disponible en Internet: <https://www.forocoches.com/foro/showthread.php?t=6164941>.

BARRAGÁN SOLÍS, A. *Prácticas y representaciones en la carrera curativa del dolor crónico* [en línea]. 2002, vol 7, no 12-13, [citado 27 febrero 2017], p 43-50. Disponible en Internet: <https://publicaciones.xoc.uam.mx/Busqueda.php?Terminos=Pr%C3%A1cticas+y+representaciones+en+la+carrera+curativa+del+dolor+cr%C3%B3nico&TipoMaterial=1&Indice=1>.

BARRANCOS, D. *Género y Ciudadanía en la Argentina* [en línea]. 2011, Vol. 41, no 1-2 [citado 2 febrero 2017], p. 23-39. Disponible en Internet: http://www.lai.su.se/polopoly_fs/1.249342.1443101722!/menu/standard/file/06-Barrancos.pdf.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

BARRETO, M. *Por uma epidemiologia da saúde coletiva* [en línea]. 1998, vol 1, no 2, [citado 27 febrero 2017], p. 104-130. Disponible en Internet: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X1998000200003 ISSN 1980-5497.

BLANCO M. *El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo* [en línea]. 2011, vol 5, no 8, [citado 12 junio de 2018], pp 5-3. Revista Latinoamericana de Población. Disponible en Internet: <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf>.

BELLATO, R. et al. *A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde em enfermagem* [en línea]. 2008, vol 3, no 10, [citado 27 de febrero 2017], p. 49-56. Disponible en Internet : https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/v10n3a32.htm.

_____, SANTOS DE ARAÚJO, L. y CASTRO, P. *O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde*. En: PINHEIRO, R, GOMES DA SILVA, A y ARAUJO DE MATTOS, R (org). *Atenção Básica e Integralidade: Contribuições para estudos A de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/UERJ ABRASCO, pp. 167-187; 2008.

BENLLOCH, I. *Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud* [en línea]. 2008 [citado 22 febrero 2017]. Disponible en Internet: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf.

_____ *Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres* [en línea]. 2003, vol. 34, no 2, [citado 28 febrero 2017], pp. 253-266. Disponible en Internet: <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8750>.

BERENZON GORN, S y RÍOS J. *Los padeceres emocionales cotidianos: percepciones y creencias en dos poblaciones de la Ciudad de México* [en línea]. 2005, vol 7, no 3, [citado 22 febrero 2017],p. 181-187. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/pdf/142/14220644004.pdf> ISSN: 1405-7980.

_____ et al. *Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social* [en línea]. 2009, vol 51, no 6, [citado 21 diciembre 2016], 474-481. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10616162005> ISSN: 0036-3634.

BERGER, P. y LUCKMANN, T.. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu; 1986.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

BERMEDO, S. *Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud/enfermedad/atención en usuarios mapuche -williche con diabetes mellitus e hipertensión arterial* [en línea]. 2015, vol 19, no 1, [citado 10 noviembre 2016], p. 47-52. Rev Chil Salud Pública, Disponible en Internet: <https://auroradechile.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/36339>.

BIALAKOWSKY, A. *Padecimientos sociales, discursos y procesos de trabajo en las prácticas de salud* [en línea]. 2005, vol 10, no 18 - 19 [citado 17 febrero 2017], p. 87-96: Disponible en Internet: <https://publicaciones.xoc.uam.mx/Busqueda.php?Terminos+=Padecimientos+sociales%2C+discursos+y+procesos+de+trabajo+en+las+pr%C3%A1cticas+de+salud+&TipoMaterial=1&Indice=1>.

BONILLA CASTRO, E. *Género, familia y sociedad: La aproximación sociológica* [en línea]. 1993, vol 3, no 6-7, [citado 25 febrero 2017], p. 26-41. Disponible en Internet: www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/35011/1/articulo2.pdf.

BOURDIEU, P. *Le capital social* [en línea]. En: *Actes de la Recherche*. 1980, no 31, [citado 20 febrero de 2017], p. 2-3. Sciences Sociales. Disponible en Internet: www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1980_num_31_1_2069.

_____ *Cosas dichas*. Buenos Aires: Gedisa; 1988.

_____ *La ilusión Biográfica* [en línea]. 1989, no. 2, [citado 27 febrero 2017] pp. 27-33. Disponible en Internet: https://www.jstor.org/stable/27753247?seq=1#page_scan_tab_contents.

_____ *El espacio social y a génesis de las “clases”* [en línea] En BOURDIEU, P. *Sociología y Cultura*. México: Grijalbo; 1990. p. 281-309.

_____ *Algunas propiedades de los campos*. En: BOURDIEU, P. *Sociología y cultura*. México:Grijalbo; 1990, p. 135-141.

_____ *Estructuras, habitus, prácticas*. En: *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Ediciones; 1991.

_____ *Razones prácticas*. Barcelona: Editorial Anagrama; 1997.

_____ *El oficio de Sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.

_____ y WACQUANT, L. *Una invitación a la Sociología Reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

_____ *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2007.

_____ *Las estrategias de la reproducción social*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2011.

_____ *Las reglas del Arte. Génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Anagrama; 2007.

_____ y CASTRO, R. *Génesis y práctica del hábito médico autoritario en México* [en línea]. 2014, vol 76, no 2, [citado 13 febrero 2017], p. 16-197. Disponible en Internet: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001 ISSN 0188-2503.

BRONFMAN, M et al. *Del Cuánto al por qué: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios* [Internet]. 1997, vol 39, no 5, [citado 10 octubre 2016], p. 442-450. Disponible en Internet: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639507>.

BURÍN, M y MELLER, I. *Género y Familia*. Buenos Aires: Paidós; 2010.

CANESQUI, A. *Estudio de caso sobre la experiencia de presión alta* [en línea]. 2013 , vol 23, no 3, [citado 27 febrero 2017], p. 903-924. Physis Revista de Saúde Coletiva. Disponible en Internet: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n3/13.pdf>.

CARVALHO DOS SANTOS, R. et al. *Prácticas de cuidado en salud en los quilombos de Goiás* [en línea]. 2010 [citado 27 febrero 2017]. Disponible en Internet: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/mestrado/trabalhos-mestrado/mestrado-renata-carvalho.pdf>.

_____, et al. *Condiciones de vida e itinerarios terapéuticos de quilombolas de Goiás* [en línea] 2014, vol 23, no 3, [citado 28 febrero 2017], p. 1049-1063. Saúde Soc. Disponible en Internet: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-1049.pdf>.

CASTRO, R. *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.

CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS DE BAHÍA BLANCA ARGENTINA (CREEBBA). *Cambios en el perfil sociodemográfico de barrios de Bahía Blanca* [en línea]. 2015 [citado 12 octubre 2018], p. 18-25. Indicadores de Actividad Económica. Disponible en Internet: [http://www.creebba.org.ar/iae/iae141/Cambios en el perfil socioeconomico de barrios de](http://www.creebba.org.ar/iae/iae141/Cambios%20en%20el%20perfil%20socioeconomico%20de%20barrios%20de)

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

[Bahía Blanca IAE 141.pdf](#).

Informalidad y Precariedad Laboral Bahía Blanca [en línea] 2019 [citado 3 de junio 2019], p. 1-2. Disponible en Internet: http://www.creebba.org.ar/coyuntura/informe_otros/02_ipil_1_2019.pdf.

CERES, V. *Sufrimiento social y la corporificación del mundo: contribuciones a partir de la Antropología* [en línea]. 2011, [citado 27 febrero 2017], p. 183-198. Disponible en Internet: http://antropologia.institutos.filo.uba.ar/sites/antropologia.institutos.filo.uba.ar/files/ceresVictoria_2015.pdf

CIE, Clasificación Internacional de las Enfermedades y problemas relacionados con la salud [en línea] 1995 [citado en 27 febrero 2017]. Disponible en Internet: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf>.

COMELLES, J. et al. *De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual* [en línea]. 2000, no 35, [citado 27 febrero 2017], p. 151-172. Disponible en Internet: <http://www.equiponaya.com.ar/articulos/med01.htm> ISSN 1130-2976.

COMES, Y. et al. *El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios* [en línea]. 2006, vol 14, [citado 24 febrero 2019], p. 201-209. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf> ISSN: 0329-5885.

D'ANGELO, A. *Al final todos terminaron viniendo como a terapia. El yoga entre la complementariedad pragmática, el trabajo terapéutico y la reorientación del self* [en línea]. 2014, no 12, [citado 27 febrero 2017], p. 193-225. Disponible en Internet: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/6883>.

DE MOURA PONTES, A., REGO, S. y GARNELO, L. *El modelo de atención diferenciada en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas: reflexiones a partir del Alto Río Negro /AM, Brasil* [en línea]. 2015, vol 20, no 10, [citado 27 febrero 2017], p. 3199-3210. Disponible en Internet : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042187025>.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, 2013 [en línea] [citado 20 febrero de 2017]. Disponible en Internet:

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELINSKI_2013.pdf.

DIMENSTEIN, M. et al. *La difícil y necesaria integración entre la atención básica y a salud mental en Brasil* [en línea]. 2010, no 26, [citado 25 febrero 2017], p. 178-197. Disponible en Internet : <http://www.redalyc.org/pdf/213/21319039010.pdf> ISSN: 0123-417X.

DIPIERRI, J. *Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional* [en línea]. 2004, no 22, [citado 27 febrero 2017], p. 241-263. Disponible en Internet: www.redalyc.org/articulo.oa?id=18502217 ISSN: 0327-1471.

DUQUE CORREA, E. *Modelos explicativos de la enfermedad Mental en Practicantes de las Terapias Complementarias y Alternativas (MCA)* [en línea]. 2013 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en Internet: www.bdigital.unal.edu.co/11343/1/05598793%202013.pdf.

ELIOSOFF, D. *Historia de la Psicología en el Primer Nivel de Atención de la Salud*. Ponencia presentada en Jornadas FUNSACOS, Bahía Blanca, 2013.

ENGEL GERHARDT, T. *Itinerarios terapéuticos en situaciones de pobreza: diversidad y pluralidad* [en línea]. 2006, vol 22, no 11, [citado 28 febrero 2017], p. 2449-2463. Disponible en Internet: www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf.

EROZA, E. y ÁLVAREZ GORDILLO, G. *Narrativas del padecimiento “mental”: arenas de debate en torno a prácticas sociales y a los valores que las sustentan entre los mayas tzotziles y tzeltales del sur de México* [en línea]. 2008, no 17, [citado 25 febrero 2017], p. 377-410. Disponible en Internet: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83813159017> ISSN: 1131-558X.

ESQUIVEL, V., FAUR, E. y JELIN, E. *Hacia la conceptualización de la “Organización social del cuidado”*. Buenos Aires: UNICEF-UNFPA-IDES; 2009.

ESTEBAN, M. *El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud* [en línea]. 2003, vol 3, no 1, [citado 27 febrero 2017], p. 22-39. Disponible en Internet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=915815>.

FAUR, E. *El cuidado infantil en el siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2014.

FARAONE, S. *Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones* [en línea]. 2013. vol 3, no 3, [citado 27 febrero 2017], p. 29-40. Disponible en Internet: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

FAVA, S. et al. *Experiencia de la enfermedad y del tratamiento para la persona con hipertensión arterial sistémica: un estudio etnográfico* [en línea]. 2013, vol 21, no 5, [citado 27 febrero 2017], p. 1-8. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1022.pdf.

FEIXA, C. *Antropología de las edades* [en línea]. 2016 [citado 27 febrero 2017]. Disponible en Internet: https://donbosco.org.ar/uploads/recursos/recursos_archivos_2374_1722.pdf.

FERREIRA, J. y ESPÍRITO SANTO, W. *Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro* [en línea]. 2011, vol 22, no 1, [citado 27 febrero 2017], p. 179-198. Disponible en: www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a10.pdf.

FERREIRA MANGIA, E. Y YASUTAKI, P. *Itinerarios Terapéuticos en los servicios de salud mental* [en línea]. 2008, vol 19, no 1, [citado 27 febrero 2017], p. 61-71. Disponible en Internet: www.revistas.usp.br/rto/article/view/14029.

_____ y MURAMOTO, M. *Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores* [en línea]. 2008, vol 19, no 3, [citado 27 febrero 2017], p. 176-182. Disponible en Internet: www.journals.usp.br/rto/article/viewFile/14045/15863.

FIORINI, H. *Teoría y Técnicas de Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1995.

FREIDIN, F. y ABRUTZKY, R. *¿Medicina alternativa y complementaria para todos? La experiencia de los usuarios de un servicio hospitalario de acupuntura en Argentina* [en línea]. 2009 [citado 27 febrero 2017]. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Disponible en Internet: <http://www.aacademica.org/000-062/1544>.

_____ *Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios* [en línea]. 2010 [citado 27 febrero 2017]. Disponible en Internet: <http://lanic.utexas.edu/project/laoap/iigg/dt54.pdf>.

FREIDIN, B., BALLESTEROS, M. y ECHECONEA, M. *En búsqueda del equilibrio: salud, bienestar y vida cotidiana entre seguidores del ayurveda en Buenos Aires* [en línea]. 2013, no 65, [citado 27 febrero 2017], p. 5-199. Disponible en Internet: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20130618055151/dt65.pdf> ISBN 978-950-

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

29-1432-9.

GALENDE, E. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós; 1990.

_____ *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós; 1998.

_____ *Subjetividad y vida en condiciones posmodernas*. [en línea] En: *La Ética del compromiso*. 2002 [citado 2 febrero 2017], Fundación OSDE, Grupo Editor Altamira. Disponible en Internet: <https://www.acheronta.org/acheronta19/naranja.htm> ISSN: 0329-9147.

_____ *La ilusión de no ser*. En: *Psicofármacos y Salud Mental*. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2012.

_____ *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2015.

GARCÍA MANTILLA, J. *Modelos explicativos en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar* [en línea]. 2013 [citado 2 febrero 2017]. Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/11518/1/05598790.2013.pdf.

GASTRON, L. Y ODDONE, M. *Reflexiones en torno al tiempo y el paradigma del curso de la vida*. 2008, vol 5, no 2. En Revista *Perspectivas en Psicología*.

GERHARDT, T. T. *Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade* [en línea]. 2006, vol 22, no 11, [citado 2 febrero 2017] p. 449-2463. Disponible en Internet: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>.

GIFFONI, F. Y SANTOS, M. *Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema de abuso do álcool, na atenção primária* [en línea]. 2011, [citado 2 febrero 2017]. Disponible en Internet: www.eerp.usp.br/rlae.

GIRALDO OSORIO, A. y VÉLEZ ÁLVEZ, C. *La Atención Primaria de la Salud: desafíos para su implementación en América Latina* [en línea]. 2012, [citado 2 febrero 2017]. Disponible en Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413>.

GLASSER, B. y STRAUSS, A. *El método de comparación constante de análisis cualitativo* [en línea] En: GLASSER, B. y STRAUSS, A. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. , [en línea]. 1967 [citado 2 febrero 2017] p. 101-115 . Disponible en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/biblio/1.10.%20Glaser%20y>

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

[%20Strauss.%20El%20metodo....pdf](#).

Glosario Servicios de Salud del Mercosur [en línea], [citado 2 febrero 2017]. Disponible en Internet: www.bvs.org.ar/pdf/serviciosdesalud.pdf.

GOLDBERG, A. *Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona* [en línea]. julio-diciembre 2010, no 49 [consultado 28 feb 2017], pp. 139-156. Cuicuilco. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v17n49/v17n49a8.pdf>.

_____ *Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires* [en línea]. 2014, no 39, [citado 2 febrero 2017], p. 91-114. Cuadernos de Antropología Social. Disponible en Internet: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850.

GONZÁLEZ, Q. Y RESTREPO, C. *Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana*. Rev. Salud Pública, vol 12, no 2, p. 228-238; 2010.

GONZÁLEZ BENÍTEZ, I. *Las crisis familiares* [en línea]. 2000, vol 16, no 3, [citado 2 febrero 2017], p. 280-286. Rev. Cubana de Medicina General e Integral.. Disponible en Internet: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n3/mgi10300.pdf>.

GUBER, R. *El salvaje Metropolitano*. Buenos Aires: Paidós; 2004.

GUTIERREZ, A. *Pierre Bourdieu*. Universidad Nacional de Misiones; 1999.

_____ *Problematización de la pobreza urbana tras las categorías de Pierre Bourdieu* [en línea]. 2002, no 15 [citado 26 febrero 2017], p. 9-27. Cuadernos de Antropología Social. Disponible en Internet: <https://www.redalyc.org/pdf/1809/180913907001.pdf>.

HARO ENCINAS, J. *Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud*. En: PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. (eds). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. España: Ediciones Bellaterra; 2000.

HERNÁNDEZ-TEZOQUIPA, I., ARENAS-MONREAL, M. y VALDEZ-SANTIAGO, R. *“No dejarse caer en cama”: las mujeres y los servicios de salud* [en línea]. 2005, vol 21, no 4, [citado 26 febrero 2017], p. 1210-1216. Disponible en Internet:

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000400023&script=sci...tlnq.

IDOYAGA MOLINA, M. *La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples* [en línea]. 2000, vol 22, [citado 26 febrero 2017]. Scripta Ethnologica. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14802202> ISSN: 1669-0990.

_____ *Etiologías, síntomas y eficacia terapéutica. El proceso diagnóstico de la enfermedad en el Noroeste Argentino y Cuyo* [en línea]. 2001, vol 16, no 1, [citado 26 febrero 2017], p. 9-43. Mitológicas. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14601601>.

_____ *Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual* [en línea]. 2005, vol 27, [citado 26 febrero 2017], p. 111-147. Scripta Ethnologica. Disponible en Internet: www.redalyc.org/pdf/148/14811516007.pdf.

_____ *Los Caminos Terapéuticos y Los Rostros de la Diversidad, Tomo I*. Buenos Aires: Editorial CAEA-IUNA; 2007.

_____ y KORMAN, G. *Alcances y límites de la aplicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales (DSM IV) en contextos interculturales del Gran Buenos Aires* [en línea]. 2002, vol 24, [citado 26 febrero 2017], p. 73-214. Scripta Ethnologica. Disponible en Internet: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025.

_____ y LUXARDO, N. *Medicinas no convencionales en cáncer* [en línea]. 2005, vol 65, [citado 27 febrero 2017], p- 390-394. Medicina. Disponible en Internet: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025.

INDEC. Instituto Nacional de Estadística y censos. Página web. Disponible en: www.indec.gov.ar.

JODELET, D. *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En: MOSCOVICI, D. (ED). *Psicología social II. Pensamiento y vida social*. p. 469-493. Barcelona: Paidós; 1986.

JUGES, J. et al. *Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades* [en línea]. 2009, vol 43, no 4, [citado 27 febrero 2017], p. 937-944. Rev. Esc. Enferm USP. Disponible en Internet: www.ee.usp.br/reeusp/.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

KERN, D., GANUZZA, P. y ELIOSOFF, D. *Perfil de la demanda asistencial ambulatoria en Salud Mental en Unidades Sanitarias de Bahía Blanca*. 2000, vol 10, no 1. Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca.

KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press: Berkeley. 1980, vol 15. Culture, Medicine and Psychiatry.

LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós; 2004.

LEITE, S., VASCONCELLOS, M. Y COSTA, M. *Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar* [en línea]. 2006, vol 13, no 1, [citado 27 febrero 2017], p. 113-128. História, Ciências, Saúde Manguinhos. Disponible en Internet: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script=sci_abstract.

LEWKOWICZ, I. *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez* [en línea]. 2006 [citado 27 febrero 2017]. Buenos Aires: Paidós. Disponible en Internet: <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/06/lewkowicz-ignacio-pensar-sin-estado.pdf>.

LEY NACIONAL 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009. Disponible en: http://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Ley%2026529.pdf.

LEY 11044 DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Disponible en: <http://ojsbioetica.flacso.org.ar/index.php/pb/article/view/8>.

LISDERO, P. y QUATTRINI, D. *Desmintiendo Totalidades: Prácticas Intersticiales y Economía Política Moral, Hoy* [en línea], 2018, no 25, [citado 27 febrero 2017], Boletín Onteaiken. Disponible en Internet: <http://onteaiken.com.ar/ver/boletin25/onteaiken-25.pdf>.

LORENTE FERNÁNDEZ, D. *Medicina indígena y males infantiles entre los nahuas de Texcoco: Pérdida de la Guía, caída de ollera, tiricia y mal de ojo*. 2015, vol 49, no 2, p. 101-148. An. Antrop.

MARINHO MARQUES, A. y FERREIRA MANGIA, E. *Itinerarios terapéuticos de sujetos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool* [en línea], 2013, vol 17, no 45, [citado 28 febrero 2017], p.433-444. Interface-Comunicacao, Saude, Educacao.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

Disponible en Internet: www.redalyc.org/pdf/1801/180127931015.pdf.

MARTINEZ FERRERO, P. *Del motivo de consulta a la demanda en psicología* [en línea], 2006, vol 26, no 1 [citado 28 febrero 2017] Revista de la Asociación Española de Neuropsi Cría. Disponible en Internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352006000100004 ISSN 2340-2733.

MENÉNDEZ E. *Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud* [en línea]. 1985 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en Internet: http://files.saludpublicasur.webnode.com/200000044-91bb192b3e/Modelo_Hegemonicomeneandez.pdf.

_____ *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria* [en línea] 1988 [citado 28 febrero 2017] Disponible en Internet: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf.

_____ *Modelo Médico Hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de Autoatención. Caracteres Estructurales*. En: MENÉNDEZ, E. *Modelo hegemónico, alternativo y de autoatención*. p. 97-113. México: UNAM; 1992.

_____ *La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?* [en línea]. 1994, vol 4, no 7, [consultado 28 feb 2017], p. 71-83. Alteridades. Disponible en Internet: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf>.

_____ *Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural* [en línea]. 1998a, no 51 [citado 28 febrero 2017]. Natura Medicatrix. Disponible en Internet: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4989316.pdf>.

_____ *Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes* [en línea] 1998b, vol 16, no 46 [citado 28 febrero 2017]. Estudios Sociológicos. Disponible en Internet: www.aleph.academica.mx/jspui/bitstream/.../1/16-046-1998-0037.pdf.

_____ *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas* [en línea]. 2003, vol 8, no 11, [citado 28 febrero 2017], p. 185-207. Ciência & Saúde Coletiva. Disponible en Internet: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100014.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

_____ *El modelo médico y la salud de los trabajadores* [en línea]. 2005, vol 1, no 1 [citado 28 febrero 2017], p. 9-32. Salud Colectiva. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a02.pdf>.

_____ *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

MERHY, E. *Salud: cartografía del Trabajo Vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

_____ FEUERWERKER, L. y SILVA, E. *Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental* [en línea]. 2012, vol 8, no 1, [citado 28 febrero 2017], p.26-34. Salud Colectiva. Disponible en Internet: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100003.

MINAYO, M. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 1997.

_____ *Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social*. En: Minayo M, (Ed.) *Investigación social Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 2003.

MICHALEWICZ, A., PIERRI, C. y ARDILA-GÓMEZ, S. *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización* [en línea]. 2014, vol 21, [citado 2 julio 2019], p. 217-224. Anuario de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Disponible en Internet: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf> ISSN: 0329-5885.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2011. *Módulos Programa Médicos Comunitarios* [en línea] [citado 10 de mayo 2018], Disponible en Internet: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento195.pdf>.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, 2012. *Gobierno de Chile. Informe final. Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas* [en línea] [citado 12 de mayo 2018]. Disponible en Internet: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cdc107bdcfc3bff6e040010164015ba5.doc>.

MUNICIPALIDAD DE BAHÍA BLANCA, 2018. Página web [en línea] [citado 22 de noviembre 2018]. Disponible en Internet: <http://www.bahiablanca.gob.ar/equipos-de->

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

[trabajo/salud/unidades-sanitarias.](#)

MUNICIPALIDAD DE BAHÍA BLANCA, 2017. *Programa Si-Salud. Sistema Informático integrado del Primer Nivel de Atención de la Salud. Acceso restringido a los empleados de salud del Municipio* [en línea] [citado 3 de marzo 2017]. Disponible en Internet: <http://www.bahiablanca.gov.ar/isalud/login.aspx>.

MUNICIPALIDAD DE BAHÍA BLANCA, 2015. Secretaría de Salud, Página web [en línea] [citado 3 de marzo 2018]. Disponible en: <http://www.bahiablanca.gob.ar/equipos-de-trabajo/salud-2015/introduccion/>.

MUNICIPALIDAD DE BAHÍA BLANCA, SECRETARÍA DE SALUD, 2013. *Creación Observatorio de Salud y Condiciones de Vida*. Expediente 796 00007075/2013-0-0, fecha 17/07/2013 [en línea] [citado 25 febrero 2017]. Disponible en Internet: <http://www.bahiablanca.gov.ar/subidos/salud/observatorio-de-salud-y-condiciones-de-vida.pdf>.

MUSQUIM, C. et al. *Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica* [en línea] 2010, vol 15, no 33 [citado 28 febrero 2017], p. 656-666. Revista Eletrônica de Enfermagem. Disponible en Internet: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a07.pdf.

NEVES PEREIRA, D. *Incertezas de pacientes no sistema público de saúde* [en línea]. 2009, vol 20, no 1, [citado 28 febrero 2017], p. 145-169. Physis Revista de Saúde Coletiva. Disponible en Internet: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000100009&script=sci...tlng...

NOCETI, M. *Niñez en riesgo social y políticas públicas en la Argentina*. Bahía Blanca: Ediciones EDIUNS; 2008.

NOVOTNY, P. et al. *A pessimistic explanatory; style is prognostic for poor lung cancer survival*. 2010, vol 55, p. 326-32. J Thorac Oncol.

OBACH KING, A. *Lo propio, lo foráneo y lo diverso: salud y nuevas rutas de curación en Chile*. [en línea] 2011 [citado 28 febrero 2017]. Tesis Doctoral. Disponible en Internet: www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/81957/AOK_TESIS.pdf?sequence=1.

OBIOLS, M. *Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas en Salud Mental de mujeres que viven con VIH/Sida* [en línea] 2012, vol 2, no

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

2, [citado 28 febrero 2017], P. 59-66. Revista Salud Mental y Comunidad. Disponible en Internet: www.sidastudi.org.

ODDONE, M. *Trabajo, jubilación y tiempo libre*. En: Revista Psicólogos, Universidad Nacional de Tucumán. Año XI. Nro. 12. San Miguel de Tucumán; 2002.

_____ *Las familias en proceso de cambio*. En: Revista Sociedad. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales UBA; 2012.

_____ *Diversidad y envejecimiento. Apuntes para su discusión*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012.

OLIVEIRA PEREIRA, M., CASTILHO, S. Y MIRANDA, L. *Un examen de la atención psicosocial a los adolescentes en crisis desde sus itinerarios terapéuticos* [en línea] 2014, vol 30, no 10, [citado 28 febrero 2017], p. 2145-2154. Cad. Saúde Pública- Disponible en Internet: www.scielo.br/pdf/csp/v30n10/0102-311X-csp-30-10-2145.pdf.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023* [en línea]. 2013 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en Internet: www.apps.who.int/iris/handle/10665/95008?locale=es.

_____ *Traducción de conocimiento para la toma de decisiones en salud* [en línea]. 2016 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en Internet: www.paho.org/hq/index.php?option=com.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas: 1977-1980*, Washington; 1982.

_____ *Aportes para el desarrollo humano en Argentina/ 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*; [en línea]. 2011 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en Internet: www.pnud.org.ar.

_____ *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)* [en línea]. 2007 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en Internet: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-178.pdf>.

_____ y Organización Mundial de la Salud. *Medicina tradicional: definiciones*, [en línea]. 2017 [citado 28 febrero 2019]. Disponible en Internet:

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/.

ORTIZ LOBO, A *La psicopatologización de la sociedad* [en línea]. 2011, no 75, [citado 20 junio 2019], p. 4-8.. Disponible en Internet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=3253> ISSN 1136-3177.

ORUETA SÁNCHEZ, R. et al. *Medicalización de la vida* [en línea] 2011, vol 4, no 2, [citado 20 junio 2019], p. 150-161. Revista Clin Med Fam. Disponible en Internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011.

PASARIN, L. *Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos salud/enfermedad/atención* [en línea] En: PASARIN, L. *Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología*. 2011 [citado 20 febrero 2019]. Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcagua; 2011. Disponible en Internet: <https://www.academica.org/lorena.pasarin/21.pd>.

PERDIGUERO, E. *A propósito de las medicinas alternativas y complementarias: sobre el pluralismo asistencial* [en línea]. En: *Antropología y enfermería*. Martorell, Comelles & Bernal (eds.). 2006a [citado 20 febrero 2017]. Disponible en Internet: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/34/34/80-1?inline=1>.

_____ Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: PERDIGUERO, E. *Salud e interculturalidad en América Latino. Antropología de la salud y crítica intercultural* [en línea] 2006b [consultado 28 feb 2017]. Disponible: http://www.bivica.org/upload/ag_salud-interculturalidad.pdf.

PEREIRA, D. *Incertezas de pacientes no sistema público de saúde* [en línea]. 2009, vol 20, no 1, [citado 28 febrero 2017], p. 145-169. Physis Revista de Saúde Coletiva. Disponible en Internet: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000100009&script=sci...tlng...

PÉREZ, S. *Estratificación social y representaciones sobre política en la ciudad de Bahía Blanca*. Tesis de Maestría. Bahía Blanca: Universidad Nacional del Sur; 2005.

PICHOT, P. (COORD.) *DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Asociación de Psiquiatría Americana [en línea]. 1995. [citado 15 febrero 2017]. Disponible en Internet: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf> ISBN 84-458-0297-6.

PINHO, P. Y GOMES PEREIRA, P. *Itinerarios terapéuticos: trayectorias entrecruzadas*

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

en búsqueda de cuidados [en línea]. 2012, vol 16, no 41, [consultado 28 feb 2017], p. 435-47. Interface-Comunic, Saúde, Edu. Disponible en Internet www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414.

POMBO, M.. *La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género* [en línea]. 2012, vol 66, [citado 28 febrero 2017], p. 1-11. Margen. Disponible en Internet: https://www.margen.org/suscri/margen66/06_pombo.pdf.

PRIETO, M. *Fragmentación socio-territorial y calidad de vida urbana en Bahía Blanca* [en línea]. 2008, vol 4, no 4, [citado 14 febrero 2018], p. 2-22. Disponible en internet: <https://www.geograficando.fahce.unlp.edu.ar/article/download/pdf/68> ISSN E 2346-898X.

PROYECTO DE LEY 4579/16. Presentado en el Honorable Senado de la Nación Argentina [en línea]. 2016 [citado 12 mayo 2018]. Disponible en Internet: <https://www.senado.gov.ar/parlamentario/comisiones/verExp/4579.16/S/PL>.

RABELO, M., ALVES, P. y SOUZA, I. *Experiencia de Doença e Narrativa* [en línea]. 1999 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en: www.books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf.

RAMÍREZ HITTA, S. *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí* [en línea]. 2010 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en Internet: <https://www.aicslapaz.com/2013/wp-content/themes/pdf/it/7/6/01.viento.Cansado.pdf>.

REMORINI, C. et al. *Aporte al estudio interdisciplinario y transcultural del "susto". Una comparación entre comunidades rurales de Argentina y México* [en línea]. 2012, vol 54, [citado 28 febrero 2017], p. 89-126. Dimensión Antropológica. Disponible en Internet: www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/.

RIQUINHO, D. y GERHARDT, D. *A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural* [en línea]. 2010, vol 10, no 8, [citado 28 febrero 2017], p. 419-437. Disponible en Internet: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/05.pdf>.

RODERO SÁNCHEZ, V. et al. *Sobre los saberes culturales y el fenómeno "sentirse bien-sentirse mal"*. [en línea]. 2010, vol 9, no 2-3 [citado 14 julio 2019], p. 97-100. Disponible en Internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200005

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

ISSN 1132-1296.

RUIZ CANTERO, M. *Sesgos de género en la atención sanitaria* [en línea]. 2009 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en Internet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=644027> ISBN 978-84-92842-04-9.

SAUTU, R. *Todo es Teoría*. Buenos Aires: Ediciones Lumiere, 2003.

SCHUTZ, A. Y LUCKMANN, T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu; 2004

SCRIBANO, A. MAGALLANES, B. Y BOITO, M. (Comp). *La fiesta y la vida. Estudios desde una sociología de las prácticas intersticiales*. Buenos Aires: Ediciones Ciccus; 2012.

SINDZINGRE, S. *Présentation: Tradition et Biomedicine*. Sciences Sociales et Santé. vol 3. 1985, p. 9-26.

SOUZA MINAYO, M. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

SPINELLI, H. *El dimensiones del campo de la salud en Argentina* [en línea]. 2010, vol 6, no 3, [citado 27 febrero 2017]. Salud colectiva. Disponible en Internet: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004 ISSN 1851-8265.

STOLKINER, A. *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental* [en línea]. 2013 [citado 3 marzo 2017]. Colección FUNDEP. Disponible en Internet [:http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida_sufrimiento_subjetiv_2014.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida_sufrimiento_subjetiv_2014.pdf).

STRASSER, G. *La eficacia terapéutica desde el punto de vista de los sujetos en un contexto de pluralismo médico. El papel de la fe más allá de la cura religiosa* [en línea]. 2014, vol 34, no 6 [citado 15 febrero 2017], p. 78-106. Scripta Ethnologica. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/pdf/148/14832692003.pdf> ISSN: 1669-0990.

SY, A. *Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbya Guaraní (Ka'aguy Poty e Yvy Pyta, provincia de Misiones)* [en línea]. 2008 [citado 15 febrero 2017]. Tesis de doctorado. Disponible en Internet: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/4382>.

SZASZ, T. *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2001.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

TAJER, D. et al. “Ruta Crítica” de la salud de las mujeres. *Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud de las mujeres en la ciudad de Buenos Aires* [en línea]. 2006, vol 14, [citado 28 febrero 2017]. Facultad de Psicología -UBA. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a24.pdf>.

TASA-VINYALS, E. MORA-GIRAL, M. y RAICH-ESCURSELL, R. *Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión* [en línea]. 2015, no 113, [citado 28 febrero 2017] p. 14-25. Cuad Med Psicosom. Disponible en Internet: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5207966.pdf>.

TOBAR, F.; OLAVIAGA, S. y SOLANO, R. *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino* [en línea]. Agosto de 2012 [citado 2 de agosto 2017]. Documento de Políticas Públicas/Análisis N°108. Disponible en Internet: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-03/108%20DPP%20Salud%2C%20Complejidad%20y%20fragmentacion%2C%20Tobar%2C%20Olaviaga%20y%20Solano%2C%202012%5B1%5D.pdf>.

TRAD, L. A. B. et al. *Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular* [en línea]. 2010, vol 26, n 4 [citado 25 febrero 2017], pp. 797-806. Disponible en Internet: www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/21.pdf

VAINER, A. *Contratransferencia y subjetividad del analista. Cien años después* [en línea]. Abril de 2010 [citado 4 de abril 2019]. Revista Topía de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. Disponible en Internet: <https://www.topia.com.ar/articulos/contratransferencia-y-subjetividad-del-analista-cien-a%C3%B1os-despu%C3%A9s>.

VALLS LLOBET C. et all. *Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres* [en línea]. 2008, vol 39 no 1 [citado 2 de marzo 2019], pp. 9-22. Anuario de Psicología Disponible en Internet: <https://www.redalyc.org/pdf/970/97017401002.pdf>.

VASILACHIS DE GIALDINO, I. (coord). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa; 2009.

VENTURIELLO, M. P. *Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares* [en línea]. 2012, vol 22 no 3 [citado 3 de marzo 2018], pp. 1063-1083. Physis. Revista de Saúde Coletiva. Disponible en Internet: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838257012>.

Eliosoff, DI. Itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires [Tesis de Maestría]

VIANNA CABRAL, L. et al. *Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil* [en línea]. 2011, vol 16 no 11 [citado 2 de marzo 2017], pp. 4433-4442. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponible en Internet: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020978016>.

VISENTIN, A. y LENARDT, M. H. *O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer* [en línea]. 2010, vol 23, no 4v [citado 25 febrero 2017], pp. 486-492. *Acta Paulista de Enfermagem*. Disponible en Internet: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023863007>

WAINERMAN, C. y SAUTU, R. (comp.) *La trastienda de la investigación*. Buenos Aires: Manantial; 2011.

WEBER, M. *Economía y Sociedad*. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1993.

ZUKERFELD, R. *Temporalidades psicoanalíticas: sobre el timing y los hábitos* [en línea]. 2016, no 19 [citado 26 febrero 2017], pp. 35-48. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. Disponible en Internet: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/ZUKERFELD.pdf>.