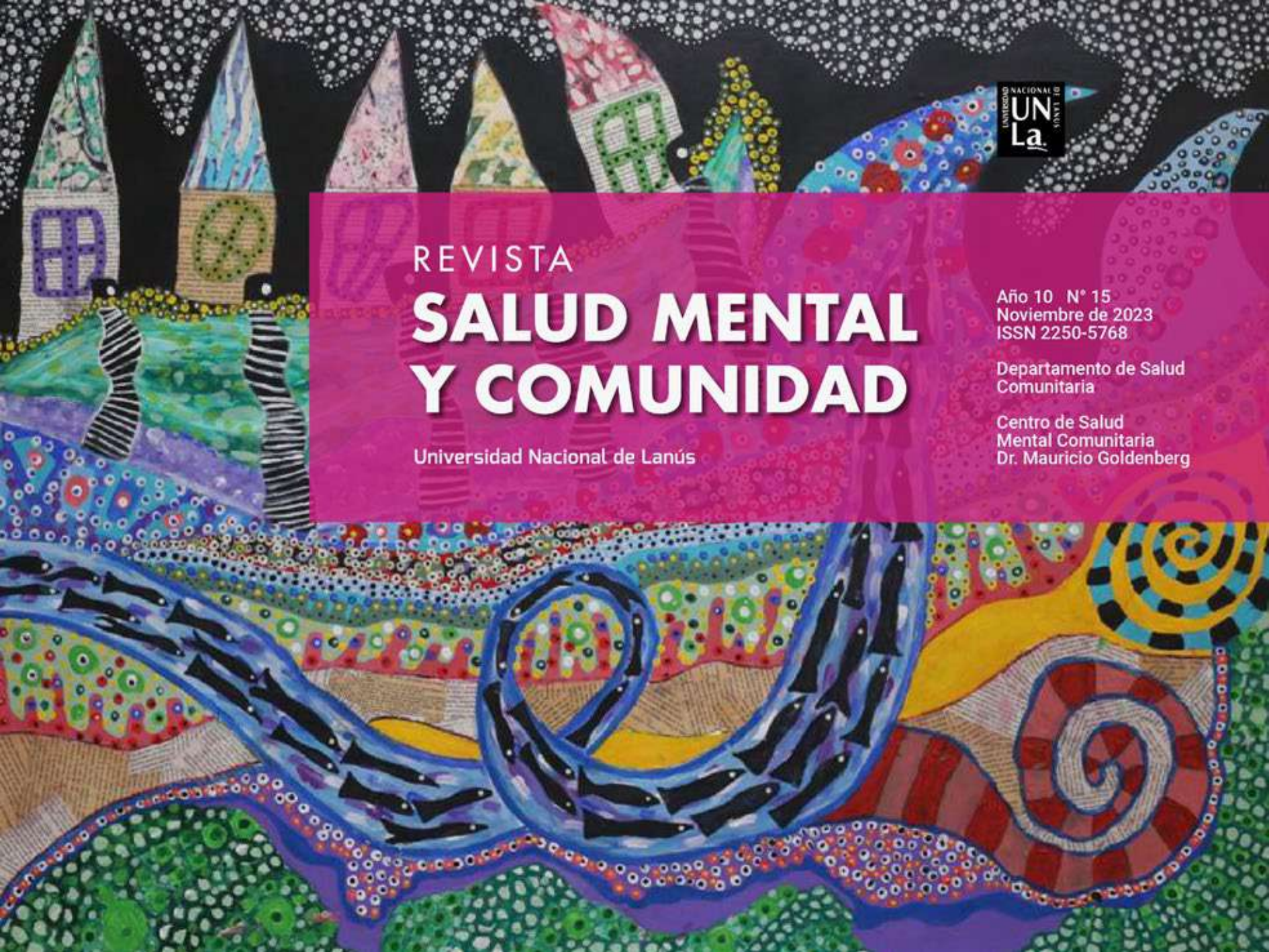


REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Universidad Nacional de Lanús

Año 10 N° 15
Noviembre de 2023
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud Comunitaria

Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Año 10 N° 15
Diciembre de 2023
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud Comunitaria

Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Mauricio Goldenberg

Director
Emiliano Galende

Editora Asociada
Milagros L. Oberti

Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg"
Departamento de Salud Comunitaria

EDUNLA COOPERATIVA

ISSN: 2250-5768

Impreso en Argentina
Queda hecho el depósito de la Ley 11.723
Prohibida su reproducción sin la expresa autorización por escrito.
© Los autores.

© Ediciones UNLa
29 de Septiembre 3901
1826 Remedios de Escalada, Lanús,
Provincia de Buenos Aires, Argentina.
(5411) 5533 5600 Int. 5124 / 2126
publicaciones@unla.edu.ar
www.unla.edu.ar

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANUS

Rector
Mtro. Daniel Bozzani

Directora del Departamento de Salud Comunitaria
Lic. Elena Boschi

REVISTA SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Director
Emiliano Galende
Profesor consulto y miembro del Consejo Consultivo Honorario de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

Editora Asociada
Lic. Milagros L. Oberti

Comité Editorial
Alejandra Barcala
Universidad Nacional de Lanús
Cecilia Ros
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Alejandro Wilner
Universidad Nacional de Lanús
Leandro Luciani Conde
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Débora Yanco
Universidad Nacional de Lanús
María Marcela Bottinelli
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Sergio Remesar
Universidad Nacional de Lanús. Universidad Nacional de Quilmes
Silvia Faraone
Universidad de Buenos Aires
Emilse Moreno Carreño
Universidad Nacional de Lanús
Mariano Poblet Machado
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Matías Segatorri
Universidad Nacional de Lanús
Tomás Pal
Universidad Nacional de Lanús
Ana Cecilia Garzón
Universidad Nacional de Lanús

Comité Científico
Víctor Aparicio Basauri
Organización Panamericana de la Salud / OMS.
Paulo Amarante
Fundación Oswaldo Cruz (FiOCRUZ)
Cecilia Ausgburger
Universidad Nacional de Rosario
Valentín Barenblit
Centre IPSI, Barcelona, España
Eugenia Bianchi
Universidad de Buenos Aires
María Elena Boschi
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Nelson de León
Universidad de la República (Uruguay)
Daniel Fränkel
Universidad Nacional de Lanús
Jorgelina Di Iorio
Universidad de Buenos Aires
Rubén Efron
Universidad Nacional de Lanús
Marcela Inés Freytes Frey
Universidad del Chubut

María Graciela Iglesias
Universidad Nacional de Mar del Plata. Universidad Nacional de Lanús
Celia Iriart
Universidad de Nuevo México (EEUU)
Alfredo Kraut
ex Secretario Letrado de la Corte Suprema de Justicia de la Nación
Emerson Elías Merhy
Universidad Federal de Río de Janeiro
Carla Micele
Universidad Nacional de Lanús
Mariela Nabergoi
Universidad de Buenos Aires
Natalia Ortiz Maldonado
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Gustavo Palmieri
Universidad Nacional de Lanús
María Pía Pawlovicz
Universidad de Buenos Aires
Ana Pitta
Universidad de Sao Paulo (Brasil)
Mario Rovere
Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires
Daniel Russo
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Alicia Stolkiner
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
Francisco Torres González
Universidad de Granada, España
Flavia Torricelli
Universidad de Buenos Aires
Graciela Touzé
Universidad de Buenos Aires
Miriam Wlosko
Universidad Nacional de Lanús
Roxana Ynoub
Universidad de Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús
Graciela Zaldúa
Universidad de Buenos Aires

Diseño de cubierta e interior
Dirección de Diseño y Comunicación Visual
Universidad Nacional de Lanús

Suscripción y correspondencia
saludmentalycomunidad@unla.edu.ar

ISSN 2250-5768 - Impreso en Argentina. Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723 Prohibida la reproducción sin la expresa autorización por escrito.
© Los autores. © Ediciones UNLa. 29 de Septiembre 3901 - Remedios de Escalada - Partido de Lanús
Pcia. de Buenos Aires - Argentina
Tel. +5411 5533-5600 Int. 5124/2126
publicaciones@unla.edu.ar - www.unla.edu.ar/public

Posición del Comité Editorial frente a la situación nacional

La Edición Nº15 de la Revista Salud Mental y Comunidad del Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg", del Departamento de Salud Comunitaria (UNLa) de diciembre de 2023, vigente desde diciembre de 2011, se publica en una coyuntura de público conocimiento, en la que sentimos la necesidad de reafirmar nuestra **defensa de la democracia, los derechos humanos, la memoria, la verdad y la justicia de ayer y de hoy**, enfatizando tres cuestiones:

Primero, la defensa de la **educación pública no arancelada, de calidad, con equidad y accesible en todos los niveles, pero en particular en el universitario**. Destacamos la trayectoria de la Universidad Nacional de Lanús de casi 30 años, ubicada en el conubarno bonaerense, con un altísimo porcentaje de estudiantes que son primera generación de universitarios, desde sus inicios.

Segundo, la defensa de **la salud pública y la salud mental comunitaria, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y los compromisos internacionales en materia de Derechos Humanos** asumidos por el Estado Nacional, como instrumentos jurídicos que defienden y garantizan los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y de quienes atraviesan padecimientos psíquicos en algún momento de su vida. Hemos insistido en la necesidad de su plena implementación, siendo conscientes del trabajo que conlleva, a sabiendas de que antes de la Ley, la situación era de una total vulneración de los derechos humanos.

Finalmente, la defensa de la **investigación y la producción de conocimiento** desligada de poderes económicos y privados, y del mercado capitalista, como herramienta fundamental para la transformación social, la elaboración de políticas públicas y la mejora de la situación de todas las personas. Para ello consideramos que se requiere un Estado que garantice políticas públicas de financiamiento para la promoción y producción de conocimiento con un claro objetivo que sea la mejora en las condiciones de vida de la sociedad toda y las mayorías populares, el desarrollo económico y la soberanía de nuestra Nación.

Nos pronunciamos en defensa del trabajo y del presupuesto del CONICET y de las Universidades públicas, y de todos los espacios de formación, investigación, gestión, trabajo y de producción de cuidados que abogan por la salud y salud mental comunitaria de los pueblos.

Comité Editorial
de la Revista Salud Mental y Comunidad
Diciembre de 2023

Índice

9 EDITORIAL
Emiliano Galende

HOMENAJES

15 **A Alfredo Moffatt**
Mirta Elvira

ARTÍCULOS

20 **Modos de vida en comunidades sustentables y cuidados en salud mental. Estudio de caso: Ecoaldea Centro Nakkal**
Lucía Alazraki

35 **Formación profesional y perspectiva de derechos en salud mental: la implementación de la Ley Nacional De Salud Mental N° 26.657 en la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires**
María Verónica Carril

57 **Historias memorables. Sobre los trabajos de la memoria a través de activismos artísticos en salud mental y derechos humanos**
Marileen La Haije

72 **Evaluación de la calidad de la atención en Salud Mental, con enfoque de Derechos Humanos del Centro de Salud Mental Familiar Lampa en Santiago de Chile durante 2020**
Pamela Pino Pérez

95 **Participación y Políticas Públicas. El encuentro entre Economía Solidaria y Salud Mental: avances y desafíos en experiencias brasileñas**
Lucas F. S. Gonçalves y Flávia Helena M. A. Freire

RELATOS DE EXPERIENCIAS

122 **La intervención del trabajo social en un Dispositivo de Atención en Crisis**
Micaela Cordero

130 **Violencia basada en género desde la Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental Comunitaria**
Carolina Crivelli

140 **Psicología y epidemiología: hacia la construcción de diálogos posibles**
Sharon Josid, Mariangeles Martínez y Romina Forlani

149 **Mil días de Musicoterapia en la Sala de rehabilitación intensiva del Hospital Pirovano (SaRIP)**
Jonathan Grinberg

158 **Redes y rupturas en el dispositivo manicomial. Festivales, sentidos y transformaciones en el marco de las políticas públicas**
Natalia Gómez, Alberto Sava, Pablo Alejandro Cunningham, Ana María Laisa, Miriam Luterotti, Gabriela Otero y Daniela Cecilia Cardozo. Red Argentina de Arte y Salud Mental

DEBATES Y PERSPECTIVAS

170 **Vivir en situación de calle como problema de salud pública. Una lectura desde la salud mental comunitaria**
Jorgelina Di Iorio

179 **Concepción autogestionaria, construcción de ciudades y territorios democráticos y salud mental comunitaria en la experiencia del Movimiento de Ocupantes e Inquilinos de Argentina**
María Carla Rodríguez y Roxana Virginia Reinoldi

188 **La accesibilidad a servicios de salud de las personas en situación de calle. La experiencia de hacer un lugar propio**
Silvia Giglia, Lorena Manolios y Sara Pitman

RESEÑA DE LIBRO

195 **Reseña del libro “A diez años de la sanción de la ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible” de Silvia Faraone y Alejandra Barcala, publicado en Teseo Editorial**
Tomás Pal

RESEÑA DE TESIS

198 **Prácticas comunitarias de cuidado de la salud mental desarrolladas a través de organizaciones sociales y políticas. Un estudio desde la perspectiva de los participantes en el Barrio Villa 20, Ciudad de Buenos Aires, entre 2019 y 2020**
Natalia Daniela Iarussi

203 **Salud mental, inimputabilidad y medidas de seguridad en Argentina. Trayectorias jurídicas e institucionales a partir de un estudio de un caso (2016 – 2017)**
Mariano Andrés Poblet Machado

RESEÑA DE EVENTOS

212 **Sentipensares a propósito del II Encuentro de la Red Latinoamericana y Caribeña de Salud Mental Colectiva y Buen Vivir**
Natalia González

221 **Diplomatura Universitaria Superior en Salud Mental Comunitaria**
Alejandro Daniel Wilner

Emiliano Galende

Desde hace ya unos años se ha incorporado y aceptado que la prestación de cuidados de salud mental, y su tratamiento, sean prestados por un equipo de salud mental que representa a diferentes disciplinas. En la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 esto se prescribe de modo explícito. Es decir: ya contamos con una legitimación e incumbencia legal, y también con una experiencia práctica en la formación de estos equipos en nuestro país, aún cuando al momento su presencia sólo exista en algunos servicios de salud mental, especialmente aquellos de atención primaria y servicios de psicopatología y psiquiatría en hospitales generales, pero no son los dominantes en la red de hospitales psiquiátricos y colonias. En este texto quiero hacer visible los aspectos epistemológicos y su funcionamiento en las prácticas de atención.

En diferentes disciplinas del conocimiento racional y científico, ha tomado un fuerte impulso la epistemología de la complejidad. Cuando un fenómeno natural, social, antropológico, no logra ser explicado por una causa única y una disciplina, se requiere de un conocimiento complejo que articula un conjunto de determinaciones del objeto de conocimiento y, por lo mismo, requiere de la integración de diferentes saberes y disciplinas. La complejidad del objeto de conocimiento requiere de una complejidad teórica para su conocimiento. No se trata solamente de una cuestión práctica, sino de un problema epistemológico y del método mismo de conocimiento e investigación.

El sufrimiento mental humano es un fenómeno complejo y resulta de determinaciones múltiples: biológicas, psicológicas, sociales, culturales, tal como lo establece la Ley de Salud Mental argentina. Es bajo esta aceptación de la complejidad de su determinación que surgió la necesidad de su comprensión teórica, que requiere de diferentes saberes disciplinarios y su articulación (más bien de su integración), en el método clínico de la comprensión del padecimiento y en las prácticas de cuidado y atención del sufriente.

Recordemos que hasta mediados del siglo XX las llamadas entonces "enfermedades mentales", su diagnóstico, clasificación nosográfica y tratamiento, estaban regulados por la Ley de Salud dictada bajo la dictadura del General Onganía, que restringía estas prácticas a los médicos, asignando la incumbencia al psiquiatra como especialista y nombraba como "auxiliares" del mismo a psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, laborterapistas, especialmente para las prácticas de rehabilitación. Esta legislación era dominante en casi todos los países occidentales. Se asignaba la hegemonía del pensamiento a la práctica del médico psiquiatra sobre el texto psicopatológico; es decir, la interpretación de los síntomas que expresaban la "enfermedad", y asignaba

al psicólogo el diálogo psicoterapéutico; al enfermero la administración del medicamento; al asistente social los problemas sociales del paciente; la rehabilitación al laborterapista, etc.

Esta estructura de división de tareas respondía a una comprensión propia de la medicina: el texto de la enfermedad lo constituyen los síntomas psicopatológicos (incluidos si se observan los síntomas biológicos), diferenciado del contexto familiar, social, cultural, económico, etc., que son justamente el conjunto de aspectos de la vida real del sufriente. Se ignoraba que en el sufrimiento mental no existe tal separación de un texto natural de la enfermedad y un contexto familiar, social, cultural, económico. Ocurre que el texto psicopatológico, los síntomas que lo expresan y las condiciones sociales, económicas, culturales, constituyen un Único texto del sufrimiento, ya que resulta obvio que en el conjunto de la vida real del sujeto estas instancias están integradas. En esto consiste el entendimiento de la complejidad, que no es una suma de factores sino una determinación múltiple integrada.

Ya en el Documento sancionado por la Organización Mundial de la Salud en 1953, con la propuesta de la reforma del modelo de atención basado en los servicios de psiquiatría y especialmente el Hospital Psiquiátrico, hacia un modelo de atención y cuidados de salud mental, se sostiene la necesidad del pasaje de una "medicina mental" a un modelo "psicosocial" de cuidados y atención. **En este nuevo paradigma surge la necesidad de un saber y una práctica de equipo interdisciplinario. Se trata simplemente de reflejar en el conocimiento y en el método terapéutico la complejidad contenida en el sufrimiento del paciente.** Este giro en el campo del sufrimiento mental y su abordaje terapéutico requiere de un examen más riguroso desde la perspectiva epistemológica y el método a desarrollar en las prácticas de cuidado. **Como ya señalé en una editorial anterior, Salud Mental no es una disciplina, puede ser epistemológicamente entendida desde una transdisciplina y constituye un campo social específico** (Pierre Bordieu). Cabe entonces poner en claro esta relación de la medicina con el conocimiento y las prácticas en salud mental.

La medicina, que incluye a la psiquiatría como una de sus especialidades, ha sido desde siempre considerada como "el arte de curar", más allá de los actuales y enormes apoyos de las ciencias biológicas, la genética, la física (especialmente en los diagnósticos), la energía nuclear, la matemática y otras disciplinas. Claude Bernard en finales del siglo XIX fijó la definición de una "medicina basada en la evidencia", para hacer una medicina racional que pueda incluirse en las ciencias naturales y basar su método objetivo de conocimiento. Este fue, y es aún, el éxito del método positivista en el

conocimiento y práctica de la medicina.

Los fenómenos, en este caso los síntomas de la enfermedad, al igual que otros fenómenos de la naturaleza, deben explicarse por sus causas, esta es su exigencia epistemológica. La etiopatogenia es la base racional de la medicina, ya que la etiología de los síntomas son los que explican la patogenia, la génesis de la enfermedad. Esto tiene dos aspectos: dado que el cuerpo biológico de todas las personas que integran la especie humana presentan una identidad biológica, las normas que regulan su funcionamiento, la fisiología del conjunto de los órganos que conforman el cuerpo son internas al mismo, tienen carácter de ser universales, es decir, valen para todos los cuerpos humanos. Igualmente es posible afirmar que la verdad de la explicación causal de la enfermedad tiene también valor universal. Esta identidad biológica es la que nos permite diseñar protocolos de atención, diagnósticos y tratamientos que tienen validez universal. Es decir, que pueden aplicarse a individuos de diferentes sociedades y culturas. Podemos agregar: biológicamente existe un sujeto normal, aquel cuya vida y funcionamiento responden a las normas biológicas (de allí alguien sentenció que *la salud es el silencio de los órganos que forman el cuerpo,* el cumplimiento de las normas de los mecanismos biológicos).

Esta epistemología positivista y este método de conocimiento causal no pueden aplicarse respecto a la salud mental y el sufrimiento psíquico. Los métodos de la medicina no son abarcativos de la complejidad del sufrimiento mental. Desde el punto de vista de la subjetividad, los modos de significación, la conducta, la sensibilidad, la capacidad de juzgar y valorar, o siguiendo al sujeto kantiano, las facultades de pensar, sentir y valorar o juzgar, no son universales, no responden a normas universales como los mecanismos biológicos. Como enseñó hace tiempo Georges Canguilhem, las normas afectan al sujeto desde la sociedad, la cultura y la lengua del mundo que habita. Y estas normas sociales y culturales son siempre históricas, locales; en general comunitarias. La historia, la cultura, el territorio, la sociedad, determinan la singularidad de los modos de pensar, la sensibilidad y los juicios de valor de cada sujeto. **Aclaremos: las normas existen y regulan los comportamientos prácticos, los modos de significación y valoración en sentido amplio, pero cada sujeto incorpora la sociedad, la cultura, la lengua, en la estructura de su propia historia, familiar, social, comunitaria, cultural, económica, etc.** A diferencia de la identidad, que rige la vida biológica, en la existencia real de las personas rige un principio de diferencia, nadie es totalmente idéntico a otro, aun habitando un mismo tiempo, una misma cultura, una semejante sociedad, una misma lengua. Esto hace que no podamos hablar de un sujeto

psíquicamente normal, más allá de las semejanzas que muestre con otros sujetos de su cultura, sociedad y comunidad, siempre estará la singularidad de su historia, de su modo de apropiación social, cultural, económica, comunitaria. Solo podemos hablar de su nivel de adaptación a las normas sociales, a los valores morales, a los significados comunes, a las reglas de comportamiento social, a los modos de vestimenta, etc. Por todo esto en salud mental estamos obligados al "caso por caso"; es decir, respetar la historia singular de la persona en su existencia real. **En resumen: el principio de identidad que rige la vida biológica, lo universal de la explicación causal y su equivalente de verdad que sostienen a la medicina, no rigen en el plano de la subjetividad, donde manda la diferencia, lo singular de cada vida psíquica, las determinaciones complejas de la vida que afectan la felicidad o el sufrimiento psíquico.** Por esto la Salud Mental es parte de la Salud pero no de la medicina en sentido estricto.La Salud tal como indica la Organización Mundial de la Salud: "estado de bienestar físico, mental y social".

La existencia, siguiendo a Heidegger, pensar y entender al ser, requiere de la consideración singular de toda existencia. El texto psicopatológico de cada sujeto, los síntomas en los que se expresa su malestar, requiere revisar y entender las determinaciones múltiples de su existencia: qué sociedad habita, que cultura, que clase social, qué lugar ocupa en el ingreso económico. Ya Karl Jasper a comienzos del siglo XX, en su valiosa obra Psicopatología General (1913), enunciaba que en el sufrimiento mental había que diferenciar dos modos, el de origen y causalidad biológica (demencias, psicosis tóxicas, retrasos mentales, lesiones, etc.) que llama "procesos patológicos", cuya causa es evidenciable, como quería Claude Bernard, de aquellos sufrimientos ligados a la biografía de cada sujeto, las vicisitudes de su vida, los conflictos atravesados, los acontecimientos sufridos, los recursos psíquicos para enfrentarlos.

Por las razones enunciadas entendemos que el equipo interdisciplinario de Salud Mental, más allá que esté integrado por profesionales de diferentes disciplinas, no asume la tarea solo desde su saber disciplinario. No se trata de un médico psiquiatra que hace un diagnóstico psicopatológico, prescribe algún psicofármaco, confirma un diagnóstico diferencial de que se trata de un sufrimiento mental sin causas neurológicas o biológicas; un técnico o trabajador social que realiza un diagnóstico social; un psicólogo que encara una evaluación psicológica o asume un análisis o psicoterapia; un enfermero con entendimiento para el cuidado y seguimiento del paciente, etc. **Se trata de saberes disciplinarios, pero también de percepciones, intuiciones por experiencia, capacidad de**

sintonía afectiva con el paciente, que se conjugan para la comprensión de la situación del sufriente. Cada miembro del equipo problematiza los diferentes puntos de vista de cada disciplina, los roles posibles de cada uno, las prácticas definidas por la estrategia terapéutica. En este contexto el equipo establece en conjunto un diagnóstico de la situación del paciente, planifica un tratamiento posible, decide en qué tarea práctica va a intervenir cada miembro del equipo, no necesariamente ligada a su disciplina. **No se trata solamente de una articulación de las disciplinas de origen de cada miembro. Se trata de una integración de saberes para una estrategia y una práctica planificada.** Está claro que esta integración de saberes y experiencias, tiende a limitar el poder de cada disciplina en diagnosticar y tratar, a favor de construir un saber del equipo que define una estrategia de tratamiento coherente, del diagnóstico de situación del paciente que han acordado. El objetivo es que la práctica que realice cada miembro del equipo con el paciente sea a la vez el resultado de esta integración previa de saberes ya definida.

Lógicamente, la necesidad de esta atención por un equipo de salud mental es imprescindible en los casos de trastornos mentales severos (psicosis, depresiones mayores, adicciones, neurosis con síntomas graves, etc.), mientras que las neurosis comunes (conflictos actuales, depresiones, trastornos de ansiedad, etc.) pueden ser atendidas individualmente por los miembros del equipo. Esto tiene una razón: sabemos que es en las personas con trastornos severos quienes, con mucha frecuencia, el daño social o cultural es dominante en la vida del paciente: además de los síntomas psíquicos actúan el desamparo social, la pobreza, la falta o precariedad de vivienda, la ausencia de familia continente, la migración, y exige que la atención de su sufrimiento incluya recursos sociales, habitacionales, estrategias de inclusión social y laboral, etc.

En aquellos países que han avanzado con la reforma en salud mental (y está incluido en nuestra Ley de Salud Mental), los presupuestos de la atención no deben ser solamente del sector salud, sino que deben comprometer recursos de otras áreas del Estado (trabajo, vivienda, ingreso económico, subsidios, dispositivos de integración social, etc.). Sabemos que la carencia o insuficiencia de estos recursos han llevado a gran número de pacientes a la internación asilar y la cronificación. Sabemos también que los hospitales psiquiátricos públicos que alojan a estos pacientes son sostenidos por los presupuestos del sector salud cuando en la gran mayoría de los casos se trata de necesidades sociales. Resulta lógico que, frente a una política que privilegia un modelo de atención integral en los servicios del primer nivel y hospitales generales, se acepte que es el área social del Estado quien debe financiar los recursos ne-

cesarios para que la persona con sufrimiento psíquico pueda permanecer en la comunidad. **Solo la integración de equipos de salud mental para el cuidado y la atención de estas personas pueden garantizar los recursos necesarios para la recuperación e integración social de estas personas.** Así lo prescribe la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, y es necesario que quienes trabajamos en este campo nos comprometamos con el avance de su cumplimiento.

Emiliano Galende
Noviembre 2023

Alfredo Moffatt

A Alfredo Moffatt

Ya no nos queman como en la época de la caza de brujas
ni nos torturan como en los años de la dictadura,
sólo nos desconocen[1]
Alfredo Moffat

Durante los años de cursada en la Facultad de Psicología concurrí a congresos y jornadas que nutrieron mi formación como futura psicóloga, pero nunca había vivido una experiencia tan intensa como cuando participé en el III Encuentro de la Red Latinoamericana de Alternativas a la Psiquiatría en el Hospital José Tiburcio Borda. Allí encontré grandes personalidades del campo de la salud mental que sin duda marcaron un rumbo. Participé en una actividad que coordinaba Alfredo Moffat[2] y lo que me impactó fue la diversidad de personas en ese taller. Había una participación horizontal en cuanto a la circulación de la palabra, escuché a personas con padecimiento mental por fuera de las prácticas universitarias como pares, es decir, sintiendo y valorando la capacidad del considerado "loco" como nunca antes lo había vivenciado. En ese encuentro conocí a importantes referentes del campo de la salud mental como Amarante, Castex y Rotelli. Pero quién más me conmovió por su llegada a la gente fue Alfredo. Me impactó su destreza actitudinal y conceptual, su manera de comunicarse con las personas internadas. La forma de abordar los diferentes temas con un lenguaje accesible, claro y profundo. Cuando terminó la actividad grupal nos invitó a formar parte del grupo Cooperanza y el Bancadero.

Cooperanza tiene como antecedente histórico la Peña Carlos Gardel, creada a finales de los sesenta por Alfredo Moffatt y Pichón Riviere. En 1976, las actividades de la peña se vieron interrumpidas por la llegada de la dictadura cívico-militar. En 1985, con el retorno de la democracia, resurge la Peña Carlos Gardel con el nombre de Cooperanza, una organización fundada por Alfredo junto a miembros de la sociedad civil. Cooperanza genera y sostiene un trabajo en red con distintos actores sociales de la comunidad, en defensa de la salud pública y los derechos humanos, trabajando en dos planos: uno hacia el interior del hospital, construyendo un espacio de encuentro junto a los pacientes y los trabajadores; y otro realizando intervenciones extra hospitalarias, poniendo en cuestionamiento el imaginario social de la locura. Logra sus objetivos gracias a la realización de diversos talleres con una orientación artística y recreativa. Asimismo, la conmemoración de fechas significativas de la historia y eventos personales de cada paciente permiten la reconstrucción de su identidad como ser social e histórico. Estas herramientas estratégicas funcionan como un mediador para la

reconstrucción de los lazos sociales, ya que permiten el encuentro con otras personas. El espacio es abierto a la comunidad. La organización, además, propone un espacio de formación profesional a partir de la inclusión de diversas instituciones educativas, tanto del área de salud como de ciencias sociales, que favorece la réplica de la práctica.

El Bancadero, por su parte, es una Organización No Gubernamental conformada como Asociación Mutual de Asistencia Psicológica, orientada a la asistencia grupal e individual, de adolescentes, adultxs y tercera edad, además de la asistencia a familias y parejas. Nace en 1982 bajo la conducción de Alfredo Moffatt y con la colaboración de compañerxs que se fueron sumando en el transcurso de tantos años. Concebido inicialmente como Cooperativa de Ayuda Psicológica a fines de la dictadura militar, en una sociedad fragmentada y en tránsito hacia la democracia. En el Bancadero se trabajó fundamentalmente en y con grupos por la necesidad, de ese entonces, que tenía que ver con reunirse y compartir las angustias y sufrimientos, como así también los éxitos y alegrías.[3] Cooperanza y el Bancadero fueron dos creaciones de Alfredo, entre otros trabajos comunitarios que llevó adelante.[4]

Sentí que necesitaba continuar lo que había vivenciado en ese encuentro, acepté esa invitación y me anoté para participar de las dos propuestas.

Recuerdo lo impactante de la primera vez que fui al Bancadero un sábado y de allí salimos todxs en una camioneta rumbo al Borda. Me senté en la parte de la caja, íbamos unos cuantos y en el medio había unas cajas con cosas, instrumentos y un elástico de cama de los viejos, de hierro. Yo pensaba *qué ciruja es Alfredo, cómo va a llevar esto al hospital…* no conocía a nadie de los que iban en la camioneta como para preguntar. Recuerdo también que se vivía un muy lindo clima. Tenía mi caja de cigarrillos Achalay, como nos había recomendado Alfredo, porque una de las cosas que suceden cuando entrás al manicomio es que todos te piden cigarrillos. Con esa caja me aseguraba llegar hasta el lugar que íbamos a armar el encuentro, un jardín al costado de uno de los pabellones. Recuerdo que le pregunté a Alfredo como íbamos a convocar a los internos, ¿qué debíamos hacer? y él me respondió, *no te preocupes, van a venir solo por el aroma.*[5] Vi que bajaron el elástico y unos compañeros se pusieron a hacer fuego. Era todo tan raro... Mientras otro grupo colgábamos guirnaldas y pegábamos carteles en los árboles, el aroma a choripán inundó ese espacio y al rato nomás había un grupo muy numeroso de internos. Esa imagen me quedó grabada. Vi llegar hombres desdentados, muy maltrechos, algunos en cuero, con un olor muy especial a "manicomio", la mirada perdida, los cuerpos entumecidos, temblorosos. Fue muy doloroso.

Alfredo nos había agrupado según interés artístico, lúdico, cultural y a mí me tocó el grupo de la música. Un hombre de barba que llevaba la guitarra me dijo *¿sabés tocar el bombo?* Le respondí que sí, me alcanzó un bombo leguero y me dijo *vení conmigo, vamos a hacer unas chacareras* ¡Fue un enorme placer tocar con ese hombre que tenía una energía maravillosa y cantaba tremendo! Luego me enteré de que se llamaba Raúl Carnota, un cantautor, guitarrista, compositor, autor de letras y percusionista argentino. Todxs cantaban y bailaban mientras se hacían los chorizos. Yo me sentí muy a gusto con toda la gente, pero una parte de mí sentía una tristeza muy profunda por las condiciones en las que se encontraban los hombres allí internados. Luego de repartir chorizos me senté a charlar con algunos de ellos. Cada uno tenía alguna particularidad que llamaba la atención. Había uno que tenía dos chapitas de gaseosa de lata con las que se tapaba los ojos, apretaba tanto para sostenerla que le habían quedado las marcas alrededor de los ojos. Le decían Chapita. Pasamos toda la tarde haciendo actividades, charlando, escuchando, caminando. Al finalizar, tratamos de despedirnos con alegría, pero se evidenciaba un clima desolador.

Debíamos cumplir con la regla impuesta por Alfredo: *si participás en Cooperanza luego pasas por el Bancadero. Nadie se va del Borda a su casa.* Yo pensaba que era una regla demasiado estricta pero luego me di cuenta de porqué lo hacía. Es imposible irse del Borda después de pasar toda una tarde compartiendo momentos, sufrimientos, experiencias, y no estar angustiada, o por lo menos sensibilizada por lo vivido. Esa mateada grupal en el Bancadero después de Cooperanza era para cuidarnos y para darle continuidad a la experiencia. Mucha gente iba un sábado a participar y luego no volvía. Por eso entendí que si no contábamos con ese cierre, ese espacio de contención, escucha y análisis grupal, la experiencia tenía muchas probabilidades de abortar. Aprendí muchísimo en esos espacios grupales y realmente sentí que me daba herramientas para sostener mi participación los sábados en Cooperanza. También participé en menor medida en el Bancadero, ayudando a pintar puertas, organizar actividades, en entrevistas conjuntas con profesionales, etc. Era un espacio sostenido por personas de manera voluntaria. En ese momento yo aún era estudiante.

Reconozco que lo vivido con Alfredo es el germen de lo que luego fue el Centro Cultural Camino Abierto en Bariloche, pero ya en un contexto de libertad, sin manicomios.[6]

Alfredo Moffatt nos ha dejado marcas profundas con su enseñanza, con su generosidad. No tenía descanso, amplió su mirada más allá del manicomio, nos decía todo el tiempo *la salud mental no hay que trabajarla en los hospitales, hay que trabajarla en comunidad, con los*

pibes de la calle, con las changas, con los locos, con los pobres, con todo aquel que necesite un apoyo. Es así como recorrió la Argentina y también Brasil, luchando, ya no sólo por la reforma de la psiquiatría sino por un mundo más justo y humanitario: *la salida es colectiva siempre; en este mundo injusto y desigual, ninguna persona se salva sola.*

En el año 2007, ya viviendo en Bariloche, provincia de Río Negro, un día lo llamé y le dije: *Alfredo, ayudame, necesitamos trabajo en red en Bariloche, necesitamos más trabajo comunitario, hay mucha fragmentación.* Me dijo, *armá un encuentro que yo voy. Eso sí, ponele un nombre que seduzca así viene todo el mundo.* Le gustó la propuesta de armar un encuentro que se llame "Primeros Auxilios Psicológicos". Fueron tres días inolvidables para Bariloche. Vinieron 400 personas, algo inesperado. El último día terminamos haciendo técnicas grupales de arteterapia. Dejó instalado un trabajo en red que continúa hasta el día de hoy. Pasaron los años y aún se sigue hablando de ese gran encuentro.

Alfredo podía hablar de temas muy filosóficos, existenciales y profundos con un gran sentido del humor. Nos dejó su experiencia, sus libros, su humanidad, su lunfardo, su *Choripidol*, su Terapia de Crisis, la Escuela de Psicología Social, su amor por el arte y la locura. Nos enseñó que todxs podemos ser actores de la transformación social. Que si hablamos de salud mental hablamos de estar cerca de la gente, y que la cura es tener un proyecto de vida. Nos abrazó con sus ideas, con sus prácticas y nos trazó el camino hacia la inclusión social.

¡Gracias Alfredo! Estás siempre presente en nosotrxs.

ELVIRA, Mirta. Doctora en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Psicóloga, docente e investigadora de la Universidad Nacional de Río Negro (UNRN). Integrante del Centro Cultural Camino Abierto (Bariloche, Río Negro, Argentina).

Contacto: melvira@urnr.edu.ar

Notas

1. Río Negro Online. (27 de agosto de 2007). MASIVO INTERÉS EN BARILOCHE EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS. *Río Negro Online*. Disponible en: https://bitly.ws/ZnSW

2. Alfredo Carlos Moffatt nació un 12 de enero de 1934 en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Fue psicólogo social, psicodramatista y arquitecto. Fundador de la Escuela de Psicología Argentina, uno de los discípulos de Enrique Pichon Riviere. Falleció el 2 de julio del 2023.

3. Información obtenida de https://bitly.ws/ZnT6

4. Incentivó la creación de otras propuestas como "Radio La Colifata" (1991), y frente al colapso neoliberal llevó

el modelo de "Las Ollitas" (2001) a las villas miseria de La Matanza. Se lo recuerda también por sus primeros pasos en la experiencia de la comunidad terapéutica realizada en el Hospital José Estévez (1968) de Lomas de Zamora (Buenos Aires, Argentina), bajo la dirección de Wilbur Ricardo Grimson, creando el "Club la Esperanza" donde las internas contaron con un espacio destinado al festejo popular, el baile, el canto, el teatro y un emprendimiento de pastelería como dispositivos de resocialización. Coordinó grupos de asistencia a sobrevivientes y familiares de la tragedia de Cromañón (2004), entre otras importantes iniciativas.

5. Alfredo le llamaba a esto la técnica del *Choripidol, el choripán criollo que cura.*

6. Para conocer más se sugiere consultar el siguiente artículo: Elvira, M. (2012). Participación en salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad, (2).* Pp. 105-109. Disponible en: https://bitly.ws/ZnTC

Modos de vida en comunidades sustentables y cuidados en salud mental. Estudio de caso: Ecoaldea Centro Nakkal

ALAZRAKI, Lucía
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Psicóloga Feminista Comunitaria. Trabajadora de la Salud Pública. Integrante de la Red de Psicólogxs Feministas. Parte del equipo de abordaje territorial de la Dirección de Violencias en el ámbito de la Salud Pública del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Contacto: l.alazraki@gmail.com

Recibido: 09/08/2023; **Aceptado**: 24/10/2023

Cómo citar: Alazraki, L. (2023). Modos de vida en comunidades sustentables y cuidados en salud mental. Estudio de caso: Ecoaldea Centro Nakkal. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (15), 20-34.

Resumen

El artículo presenta un recorte de la tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria cuyo interrogante ha sido ¿en qué medida el modo de vida comunitario en ecoaldeas se articula con el cuidado en salud mental y el Buen Vivir? Para dar respuesta a ello, se propuso describir y analizar los modos de vida comunitarios en una ecoaldea, en su articulación con el cuidado en salud mental y el Buen Vivir. El estudio asumió una estrategia metodológica de estudio de caso de corte cualitativa, a partir de un diseño de tipo etnográfico desarrollado en una ecoaldea de la Provincia de Buenos Aires. Del análisis del corpus de datos recogido se desprende que la sustentabilidad como aglutinador de los proyectos ecoaldeanos organiza los modos de vida comunitarios, incluyendo tanto el contexto territorial como los vínculos que de allí surjan. Este modo de vida promueve relaciones de complementariedad, reciprocidad e interdependencia entre los elementos que componen la comunidad, lo cual entra en diálogo con la concepción

del buen vivir y favorece la salud mental colectiva.

Palabras clave: ecoaldeas - comunidades sustentables - salud mental colectiva

Ways of living at sustainable communities and mental healthcare. Case Study: Eco Aldea Centro Nakkal

Abstract

The article presents an excerpt from the Master's thesis in Community Mental Health, that has the following central interrogation: to what extent does the community way of life in ecovillages articulate with mental health care and Buen Vivir? To address this question, the objective was to describe and analyze the community ways of life in an ecovillage, in relation to mental health care and Buen Vivir. The study adopted a qualitative case study methodology with an ethnographic design conducted in an ecovillage in the province of Buenos Aires. From the analysis of the collected data, it is evident that sustainability, as a central theme in ecovillage projects, organizes the community ways of life, including both the territorial context and the relationships that emerge from it. In this sense, this way of life promotes complementarity, reciprocity, and interdependence among the elements that constitute the community, engaging in a dialogue with the concept of Buen Vivir and fostering collective mental health.

Keywords: ecovillages - sustainable communities - collective mental health

Introducción

El modelo de organización social moderno, racional, nortecentrado y alienante, que prima en las ciudades de Occidente, ha entrado en crisis respecto a los cuidados en salud mental. El antropocentrismo y la disociación de la humanidad con su entorno, se expresa en modos de vida individualista que producen prácticas malsanas y sufrimiento subjetivo en términos de salud mental.

Como respuesta novedosa y alternativa a este modo de vida, en la historia de las comunidades intencionales surgen las ecoaldeas o comunidades sustentables. Éstas se caracterizan por organizarse en torno a los principios de la sustentabilidad, cuyas características pueden pensarse en articulación con el buen vivir y la salud mental colectiva.

A partir de la tesis de maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), cuyo objetivo ha sido realizar una descripción y análisis de los modos de vida en una comunidad intencional, en su articulación con los cuidados en salud mental y el buen vivir, el presente artículo se propone realizar

un recorte que tome la articulación entre los modos de vida en una ecoaldea del conurbano bonaerense y los cuidados en salud mental colectiva. Esto será realizado desde una perspectiva decolonial, entendiéndose como una postura de insurgencia ético-política que invita a desandar o desmontar la trama modernidad-colonialidad, procurando correrse de los saberes consagrados y abriendo la posibilidad de virar hacia escenarios negados por la modernidad (Borsani, 2021). Asimismo, se tomará la epidemiología crítica y la determinación social de la salud para analizar estos modos de vida como formas de construcción de espacios social-naturales y de patrones estructurados de desarrollo de la vida humana en dichos espacios (Breilh, 2010).

La investigación parte de la premisa de que el cuidado en su dimensión ontológica es una de las condiciones esenciales para la preservación de la vida sobre la Tierra y que las características de la sociedad actual, agudizadas por los procesos de producción extractivistas, están poniendo en cuestión las posibilidades de existencia de la humanidad. Esto tiene una expresión concreta de carácter estructural, que se evidencia en lo que algunxs autorxs han llamado "crisis de los cuidados" (De la Aldea, 2019), afectando las dinámicas relacionales que la humanidad ha establecido para su convivencia con toda otredad, incorporando formas de habitar y relacionarse. Esta "crisis de los cuidados" tiene su origen en los procesos de separación, disociación o alienación, de la sociedad moderna respecto de la naturaleza, los cuales tienen una estrecha relación con la salud mental. Por un lado, se manifiesta en los modelos tradicionales de abordaje en salud mental: manicomializantes, hegemónicos, tutelares y patriarcales; pero por otro lado, también en lo que respecta al sufrimiento psíquico derivados del modo de vida que prima en Occidente.

En este sentido, el problema de investigación se centró en la búsqueda de alternativas a los modos de vida de la sociedad actual, haciendo eje en las implicancias que tiene para la salud mental de las poblaciones la disociación con la naturaleza y sus necesidades. En continuidad, se propuso como objetivo realizar un análisis de modos de vida sustentables, en comunidades intencionales como son las ecoaldeas, en su relación con el cuidado en salud mental.

Metodología

Para avanzar en ese objetivo se utilizó una metodología cualitativa de estudio de caso (Yin, 1994), centrado en los modos de vida que se desarrollan en la "Ecoaldea Centro Nakkal" ubicada en la localidad de Cañuelas, Provincia de Buenos Aires. Esto implicó el estudio de un fenómeno dentro de su contexto de vida real, por tal motivo sus conclusiones no son generalizables estadísticamente.

Desde una perspectiva decolonial, con características etnográficas (Hammersley y Atkinson, 1994), el estudio de campo constó de visitas programadas a la comunidad entre 2020 y 2022, en las cuales se participó tanto de las actividades que forman parte de la vida cotidiana del lugar, como así también en actividades de tipo recreativas y culturales. El estudio partió de una indagación etnográfica que implicó una descripción participativa desde la perspectiva de la investigadora, y buscó aproximarse a la realidad de vida de la ecoaldea, para conocerla y hacerla inteligible ante quienes no pertenecen a ella.

A partir de las variables seleccionadas, se recogió información en una relación intersubjetiva con la comunidad. Tomando como unidad de análisis a la Ecoaldea Centro Nakkal y a las personas que residen en la ecoaldea como subunidad, se relevaron variables que apuntaron a conocer el modo de vida y las formas de cuidado en salud mental. Algunas de ellas estuvieron vinculadas a los sentidos de la vida comunitaria; la participación, rol y organización comunitaria; la concepción de la ecoaldea; las prácticas de cuidado que identificaban tanto para sí como para el entorno; las prácticas que se significaban como saludables; el nivel de integración comunitaria, etc. Posteriormente, a la luz del análisis de estas variables, se incorporaron las dimensiones de sustentabilidad y alienación para la elaboración de los resultados.

El corpus de datos estuvo constituido por un diario de campo nutrido por cada una de las visitas realizadas al espacio, las notas recogidas en las actividades (festejo del día de la Pachamama, festivales estacionales, talleres) y dos entrevistas en profundidad a referentes comunitarios. También se tuvo acceso a un banco de fotografías cedido por una de las participantes del proyecto. Los datos recogidos en estas fuentes primarias fueron codificados a partir del uso del programa Atlas.ti, analizados y puestos en articulación con los conceptos vinculados a las ecoaldeas, comunidades sustentables y salud mental.

En cuanto a las fuentes secundarias, se tuvieron en consideración artículos periodísticos, información disponible en redes sociales y todo tipo de documentación propia de la ecoaldea. También se tomaron las investigaciones disponibles respecto a la temática de las ecoaldeas y sus modos de vida. Dadas las características del espacio el consentimiento informado se dio de forma oral.

Cuidados y modos de vida

Los cuidados, como parte de una necesidad humana, son relacionales e interdependientes; relacionales en la medida en que integran las necesidades propias o ajenas con su satisfacción; e interdependientes en tan-

to cada práctica de cuidado da cuenta de la necesidad de unx otrx o de lo otro. Puede decirse que no existe correspondencia biunívoca entre necesidades y satisfactores, mientras que las necesidades fundamentales para la existencia humana son las mismas en todas las culturas y tiempos históricos; pueden variar según el tiempo, lugar y circunstancias las formas en las que son satisfechas. Estas formas determinan un particular modo de vida, entendido como "la praxis que una sociedad realiza, con sus elementos, su movimiento productivo y reproductivo, sus relaciones organizativas, su movimiento cultural y sus relaciones ecológicas" (Breilh, citado en Polo Almeida, 2016). Este concepto permite entender lo particular de un grupo o comunidad, distinguiéndose de los estilos de vida que refieren más bien al dominio del quehacer individual.

La colonialidad, como reverso de la modernidad, determina un particular modo de satisfacción de necesidades inherente a las estructuras capitalistas, y se manifiesta a través de relaciones sociales y políticas que son cambiantes pero no son separables. La lógica de la colonialidad se va adaptando a las nuevas necesidades del capital, las relaciones políticas coloniales se van modificando y se van adaptando a los nuevos tiempos, pero no desaparecen (Frankel, 2021). El capitalismo va adaptando relaciones políticas, jurídicas, sociales que conforman nuevos esquemas de colonialidad, sin que desaparezcan los fundamentos básicos en los que se apoya la dominación.

Pensemos en el modo de vida que determina la sociedad actual: colonial y capitalista, y los efectos que produce esta particular forma de dominación en lo que respecta a la satisfacción de las necesidades humanas básicas de subsistencia, protección, afecto: de cuidado. Bajo la premisa del desarrollismo, la modernidad ha constituido subjetividades individualistas, donde el carácter relacional e interdependiente de la satisfacción de las necesidades humanas es negado. Marx sostenía que:

> El modo en el que los hombres producen sus medios de vida depende, ante todo, de la naturaleza misma de los medios de vida con que se encuentran y que se trata de reproducir. Este modo de producción no debe considerarse solamente en cuanto es la reproducción de la existencia física de los individuos. Es ya, más bien, un determinado modo de la actividad de estos individuos, un determinado modo de manifestar su vida, un determinado modo de vida de los mismos. Tal y como los individuos manifiestan su vida, así son. Lo que son coincide, por consiguiente, con su producción, tanto con lo que produce como con el

> modo cómo producen. Lo que los individuos son depende, por tanto, de las condiciones materiales de su producción. (Marx, citado en Fromm, 1962, p. 13)

El sistema productivo capitalista, a través de la venta de la fuerza de trabajo de un sector de la población, conduce a la mercantilización de la humanidad misma, que tiene expresión en el empuje a la autosuficiencia y la imposición de un estilo de vida en el cual cada quien es responsable de sí mismx, y por sobre todo de la satisfacción de sus necesidades. Esto necesariamente influye en la construcción de un tipo de subjetividad, como así también las instituciones que de ello derivan.

Los sistemas curativos, la prevención y los esquemas de salud son, en términos generales, las instituciones socialmente aceptadas para la satisfacción de las necesidades de protección y cuidado; pero también están inscriptas en esta lógica moderna. Si "toda acción colonial implica una acción de expropiación ontológica y brutal substitución cultural" (Borsani, 2021, p. 102), las instituciones tradicionales pensadas para la "salud mental" no están exentas. Es la falta de relacionalidad e interdependencia entre la necesidad de cuidado y su abordaje, lo que determina el carácter alienante y opresivo de los modos de producir y pensar la salud de estos modelos. Vale aclarar que se toma el término "alienación" de la teoría marxista y autorxs decoloniales como Fanon (1952), definida como el extrañamiento en el cual la persona no se experimenta a sí misma como factor en su captación del mundo, sino que el mundo (la naturaleza, lxs otrxs y unx mismx) le permanece ajeno. Desde el marxismo, es en el trabajo donde se modifica la relación de la humanidad con la naturaleza: de ahí que, mediante el trabajo, el hombre se modifica a sí mismo. En continuidad, se toma el concepto de subjetividad como aquel que hace referencia a los procesos de producción mediante los cuales lo social, lo histórico, lo cultural, lo político se hacen carne, biología, pensamiento, afecto (Galende, 2015). Desde esta perspectiva, una sociedad cuyos modos de producción y reproducción de la vida se encuentran disociados de las necesidades humanas y de la naturaleza, generará efectos alienantes en la subjetividad misma; pero en la medida en que se decolonicen estos modos de producción incorporando la dimensión de la interdependencia, las condiciones de alienación serán susceptibles de ser modificadas.

De lo desarrollado hasta aquí se puede arribar a que el sujeto moderno, como tal, es producto de procesos de colonización, lo cual implica la dominación de unxs sobre otrxs o lo otro, donde lo primero es portador de saber y poder por sobre lo segundo. Entonces, el marco conceptual para hablar de alienación en relación a los cuidados en salud, parte de caracterizar la invisibiliza-

ción y en muchos casos negación, a las que nos somete la sociedad moderna colonial, de las relaciones de interdependencia vincular que se manifiesta entre otras formas en un individualismo exacerbado. Se puede decir que parte de este problema se inaugura con la ilusión de disociación entre las necesidades humanas y su satisfacción, con la naturaleza, lxs otrxs y lo otro.

Más allá de las posibilidades individuales que el sistema de producción posibilita para la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, es necesario distinguir que el modo de vida que de él se deriva trae aparejado una determinada forma de vincularidad signada por las lógicas del colonialismo actual, es decir: del mercado y consumo. Para imponer esta forma de sociedad, en términos de Bautista:

> El capitalismo debe destruir toda forma comunitaria de vida, es decir, debe constituir un nuevo tipo de subjetividad incompatible con los valores de solidaridad, reciprocidad o complementariedad, valores propios de una forma comunitaria de vida. Sacar estos valores del corazón de los individuos e imponer aquellos pertinentes al desarrollo del capital (como es la competitividad, el cálculo de utilidad propia, el interés particular, etc.) (Bautista, 2017, p. 69).

Bajo estas consideraciones es que se vuelve necesario el estudio de otros modos de vida que promuevan relaciones desalientantes entre las necesidades humanas, su satisfacción y la naturaleza, en función de analizar este tipo de vincularidad con los cuidados en salud mental.

Ecoaldeas y sus modos de vida sustentables

Las ecoaldeas, en tanto comunidades intencionales, son asentamientos a escala humana de rasgos holísticos, donde las actividades humanas buscan integrarse al mundo natural de manera no dañina, de tal forma que den apoyo a un desarrollo humano saludable y que pueda continuar indefinidamente en el futuro (Gilman, 1991). Basadas en los principios de la sostenibilidad/sustentabilidad, buscan integrar todos los aspectos humanos básicos, incluyendo el contexto territorial y los vínculos que de allí surjan (Aleman Quintero, 2017), sostenidos en dos éticas fundamentales: el cuidado de la gente y el cuidado de la Tierra. Para ello proponen una forma de comunidad local que intenta acoger en su seno todas las actividades necesarias para la satisfacción de las necesidades individuales y colectivas (Escorihuela, 2008).

Desde la epidemiología crítica, autores como Breilh (2010) sostienen que el paradigma de la sustentabilidad se inclina hacia la búsqueda de cambios profundos so-

ciales y filosóficos, no sólo para un desarrollo sustentable, sino para la creación de sociedades sustentables. La sustentabilidad entonces, es un concepto multidimensional que implica un conjunto de condiciones para que los socio-ecosistemas puedan fundamentar o sostener, no cualquier forma de vida sino una vida plena, digna, feliz y saludable.

Los pilares que guían este modo de vida sustentable están constituidos por aspectos sociales, ecológicos, culturales y económicos, garantizando la satisfacción de las necesidades del presente, sin comprometer las posibilidades de las generaciones futuras (Organizaciones Naciones Unidas, 1987). La dimensión social hace referencia al tipo de organización comunitaria y a las relaciones de convivencia; la ecológica a todo aquello que permita crear y mantener una cultura renovable y no contaminante. Estas prácticas tienen como propósito satisfacer las necesidades básicas y vitales de lxs ecoaldeanxs, pero de una forma armónica y respetuosa del ambiente. En cuanto a la dimensión cultural, refiere al sentido de unidad con la Tierra y el resto de los seres vivos. Por último, la económica se vincula a las prácticas relacionadas al dinero: mantenerlo en la ecoaldea e invertirlo en pequeños mercados.

Por su parte, Breihl (2010) agrega algunos elementos constitutivos de la sustentabilidad como la equidad social, cultural, política, generacional y ambiental, la integralidad, la soberanía, lo intercultural, el balance entre pasado-presente-futuro –no solo en el sentido de la garantía y satisfacción de las necesidades de las generaciones futuras, sino de avanzar hacia la reconstrucción del propio sistema de necesidades– y la adaptación del desarrollo a las condiciones espaciales y del medio.

Esta forma de conexión entre las necesidades humanas y su satisfacción encuentra continuidad con lo que para autorxs como Bernardo Toro (2014) corresponde al cuidado, en tanto apunta a encontrar el justo equilibrio entre el beneficio racional de las virtudes de la Tierra y su preservación para la actualidad de la humanidad y las generaciones futuras. Por lo tanto, la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales desde una perspectiva de cuidado, se da a partir del reconocimiento y la generación de niveles crecientes de interdependencia, en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza (Max-Neef, 1993).

Breve acercamiento a la Ecoaldea Centro Nakkal

El estudio de caso analizado ha tomado como objeto de estudio los modos de vida que se desarrollan en la Ecoaldea Centro Nakkal. La misma se encuentra ubicada en la parte sur del conurbano bonaerense, a unos 85 kilómetros de la Capital Federal. Cuenta con una extensión de cinco hectáreas donde viven de forma

permanente diez personas. Allí se desarrollan algunas actividades productivas de forma colectiva, como lo son un espacio de huerta, un taller de fabricación de instrumentos musicales y un laboratorio de cosmética natural. Cuenta también con un salón de usos múltiples y un comedor comunitario. Como parte de los procesos migratorios neorrurales, este tipo de organización comunitaria se inscribe dentro de los asentamientos humanos que se proponen fomentar una opción de vida alternativa a las lógicas que priman en la ciudad. En su página oficial de Facebook indican que "Centro Nakkal nació con la intención de organizarse en una comunidad agroecológica desarrollando un sistema de vida sostenible social, ecológica y económicamente, incorporando la premisa fundamental de que la persona es parte de la naturaleza" (EcoAldea Centro Nakkal, 2023).

Resultados

Análisis del modo de vida

En función de articular los modos de vida comunitarios que tienen lugar en la Ecoaldea Centro Nakkal con los cuidados en salud mental, se analizaron las formas en las cuales se desarrollan los pilares de la sustentabilidad anteriormente mencionados.

Partiendo por la descripción de los aspectos sociales que hacen al modo de vida en la ecoaldea es fundamental dar cuenta del sentido que asume la comunidad. En Nakkal, la comunidad está ligada a la idea de la "vuelta al modelo de tribu" (Entrevista etnográfica V, Centro Nakkal, 2022), lo cual implica la recuperación de las relaciones de complementariedad, reciprocidad e interdependencia entre todos los elementos que integran la ecoaldea. Más allá de que este concepto incorpora aspectos no humanos, en lo que se refiere a la forma de organización social, utilizan la idea de la comunidad extendida. Esta incluye no sólo a lxs residentes permanentes, sino también a todas aquellas personas que circulan o participan regularmente de las actividades que propone el espacio. Se generan al interior de esta comunidad extendida vínculos de reciprocidad donde cada unx aporta o intercambia con el espacio de forma tal que se nutren mutuamente. Asimismo, otra dimensión que hace a lo social en Centro Nakkal es el armado de talleres que promueven algún aspecto de la cosmovisión del lugar, por ejemplo: la bioconstrucción, el cultivo de hongos, voluntariados de convivencia comunitaria, etc.

Como se leerá a continuación, la interculturalidad que hace a esta forma de comprender la comunidad, es uno de los aspectos que hacen a lo decolonial de la vida en Nakkal, en la medida en la que refiere a una posi-

cionamiento político y epistémico que reclama como punto de arranque la simetría de saberes, la transversalidad y la horizontalidad en todo proceso cognitivo y comunicativo (Breilh, 2010).

> *Vincularnos desde otro lado. Vincularnos desde el amor, desde la comprensión, desde saber que el otro tiene algo para aportarte. Que a lo mejor no lo ves de entrada [...] y esto hay que hacerlo en comunidad. Esto de aprender con el otro, de crecer con el otro, sólo lo podés hacer en comunidad (Entrevista etnográfica V, Centro Nakkal, 2022).*

En relación al aspecto ecológico, uno de los objetivos que se trazaron a la hora de comenzar con el proyecto fue la regeneración del pastizal nativo, que en gran medida se ha alcanzado. Éste propósito tuvo que ver con la importancia que asume la preservación y generación de la mayor biodiversidad posible, algo que ha sido fuertemente arrasado por la producción ganadera intensiva que se desarrolla en la zona. Asimismo la relación con la naturaleza hace al sentido mismo que asume la comunidad.

> *El tema de lo comunitario, es el volver a sentirnos parte de la naturaleza [...] tenemos una omnipotencia que pensamos que todo está a nuestro servicio y estamos destruyendo todo. Y esto se aprende en comunidad, que también el otro sos vos, en esta cosa del todo con la naturaleza (Entrevista etnográfica V, Centro Nakkal, 2022).*

En continuidad, desde la ecoaldea se promueve la conciencia ecológica en todo lo que hace al consumo. Por un lado, la alimentación es vegetariana con productos agroecológicos, muchos de ellos cultivados de la huerta, y otros provenientes de los pequeños productores locales; y por otro lado, se alienta una gestión de los residuos donde prima la reutilización y el reciclaje.

En cuanto al aspecto cultural o la visión de mundo de Centro Nakkal, su armonización con los ciclos de la naturaleza se expresa en la calendarización de las actividades y sus propuestas, en función de las posibilidades que brinda cada estación del año o ciclo natural. Desde 2021 tienen lugar en la ecoaldea festivales estacionales de los cuales participa la comunidad extendida y cuya propuesta busca alinear las formas de satisfacción de nuestras necesidades, con las condiciones que la naturaleza propone en cada período del año. Se trata de encuentros de dos días donde se realizan actividades que buscan reconectarnos con lo que cada ciclo propone. Estos son: Brota (primavera), Florece (verano), Madura (otoño) y Reposa (invierno).

Por último, el aspecto económico está compuesto de forma mixta: existe la economía comunitaria y las economías familiares o individuales. En principio, esta condición está vinculada a los límites que hoy encuentra Nakkal para autosustentarse, lo cual implica que muchos de sus residentes realicen trabajos remunerados por fuera de la ecoaldea. Asimismo, este aspecto es el que determina la necesidad de realizar actividades aranceladas, en función de garantizar una economía comunitaria que permita satisfacer algunas de las necesidades colectivas.

Y los cuidados en salud mental...

Una vez analizadas las dimensiones que hacen al modo de vida sustentable en la ecoaldea Centro Nakkal, cabe entonces la pregunta respecto a su articulación con los cuidados en salud mental.

La construcción de vínculos saludables o de "sanar las relaciones" (Entrevista etnográfica V, Centro Nakkal, 2022) a través de la amorosidad, es lo que se ubica como pieza fundamental para la comprensión de la salud integral en Nakkal. Naturalmente este proceso no se da sin tensiones que responden a la ruptura que esto representa con las formas de vincularidad que priman en la sociedad moderna. Unx de lxs residentes lo define de la siguiente manera:

> *Ese laburo conjunto, ese caminar juntos, pensarnos, escuchar diferentes propuestas, obvio que trae miles de conflictos, miles de peleas. No estamos exentos de conflictos para nada. Te diría que probablemente tenemos más conflictos acá que como te dije en la vida tradicional. Pero bueno, también siento que es un desafío para construir otros vínculos, para construir otra forma de organizarnos, de resolver cosas (Entrevista etnográfica C, Centro Nakkal, 2022).*

Como se ha señalado anteriormente, los alcances que tiene esta forma de comprender los vínculos saludables va más allá de las relaciones entre personas. En ese sentido, la perspectiva del cuidado está atravesada por una mirada integrativa entre los componentes del ambiente, esto es: la búsqueda de equilibrio entre aquello que coexiste en la comunidad. Se puede decir que la sustentabilidad y las prácticas que en esa orientación se desarrollan en la ecoaldea, constituyen la expresión de este cuidado. La satisfacción de las necesidades o de algunas de ellas, sin acudir al mercado, por ejemplo, puede entenderse en esa dirección.

> *Mi objetivo es lograr la mayor autonomía posible. Eso significa poder hacerme cargo de mis necesidades de forma autónoma. Sin tener que depender*

de un mercado básicamente. Porque de otres sí, y ahí vienen los otres. O sea, en términos prácticos la realidad es que la autonomía no es posible siendo uno solo, no podés hacer todo vos (Entrevista etnográfica C, Centro Nakkal, 2022).

Vos ya sos con otro, sos con la naturaleza, sos con otros, todos somos naturaleza. Entonces el ego no aparece, desaparece. Y en definitiva, en todas estas experiencias hay que asesinar al ego (Entrevista etnográfica V, Centro Nakkal, 2022).

Como se puede vislumbrar en estos dichos, la búsqueda de la mayor autonomía posible para la satisfacción de las necesidades, a través de la construcción de vínculos de reciprocidad, implica un posicionamiento otro frente a las formas de producción capitalistas coloniales y la subjetividad que ella propone, como así también frente a los saberes colonizados respecto al quehacer moderno.

Para mi, es un aprendizaje porque realmente es algo en lo que creo, que es la manera de construir los vínculos desde la amorosidad, la empatía, tratando de ver qué es lo que uno puede encontrar de bueno en el otro y no siempre mirar lo malo que es a lo que nos tiene muy acostumbrados el sistema: competir con el otro, ver en el otro un potencial enemigo o potencial competidor. Entonces, eso es lo que yo creo trae la mirada tan desconfiada, tan soberbia, el querer tener siempre uno la razón (Entrevista etnográfica C, Centro Nakkal, 2022).

Si para la Salud Colectiva, las formas de sentir, vivir, enfermar y morir de los grupos humanos están determinadas por las relaciones de poder y dominación hegemónicas, establecidas por los modos de producción, acumulación y apropiación de los recursos naturales y económico-sociales de cada sociedad (Lopez, 2016); en Nakkal, tal como refiere le entrevistade, se intenta:

[...] Cambiar la concepción de salud. El decir "bueno, me pasa esto, voy a la farmacia y compro esto que me cura" que no te cura, sabemos que no te cura. La sanación viene por otro lado, viene por sanear las relaciones fundamentalmente (Entrevista etnográfica V, Centro Nakkal, 2022).

La posibilidad de gestionar sus alimentos, su salud, de hacer sus propias casas y de educar a lxs niñxs, genera cierto grado de autonomía, tanto en términos individuales como colectivos, y produce efectos desalienantes que favorecen los procesos de salud mental entendidos desde la mirada de la salud colectiva. Tomando la pers-

pectiva de Fanon (1952), en la cual la alienación psíquica remite a la acción, esta relación entre identificación de las necesidades y el trabajo para su satisfacción, implica una lucha de resistencia, una ruptura con las lógicas coloniales, que significa un cambio en lo psíquico al tiempo que propugna la transformación de las estructuras sociales. Como puede apreciarse en la siguiente cita, éste es un aspecto muy destacado por lxs residentes de Nakkal:

> *Les niñes son los que realmente pueden crecer de otra manera. Porque nosotros ya estamos formateados. Por más que uno se cuestione, busque otras cosas... En cambio los niñes ya crecen de otra manera [...] Estos pibes están mucho más preparados para enfrentar este desastre que un pibe que viene de la ciudad. Porque bueno, esta cosa de encontrarte con tus fuerzas y saber que vos podes satisfacer tus necesidades, sin necesidad de estar contratando a todo el mundo. Ese es un punto importantísimo (Entrevista etnográfica V, Centro Nakkal, 2022).*

En términos de cuidados, para Breilh (2010), un punto clave es reconocer que la vida saludable está profundamente determinada por procesos de orden cultural y espiritual, que se interrelacionan con los procesos de la vida material. Un elemento sustantivo en la determinación de los modos de vivir y de la salud es la identidad y la construcción de la subjetividad. Esta perspectiva, la forma de la organización y el modo de vida que se sostiene en Nakkal funcionan como determinantes de su salud mental.

Conclusión y reflexiones finales

Es importante advertir que, tanto por las características metodológicas que ha asumido esta investigación, como por las del estudio de caso, las conclusiones a las que se ha arribado presentan limitaciones que responden a lo acotado a las particularidades del modo de vida en la ecoaldea durante el periodo de 2020-2022. En ese sentido, no son generalizables a contextos de sociedades más extendidas. La potencia que tiene el modo de vida sustentable en asentamientos a mayores escalas se presenta como un desafío para indagaciones futuras.

A la luz de este recorrido exploratorio y de las consideraciones realizadas respecto al modo de vida de la Ecoaldea Centro Nakkal, se puede concluir que la búsqueda de sustentabilidad y las prácticas a través de las cuales desarrollan este principio, genera rupturas con algunas lógicas coloniales y colabora en la construcción de vínculos de reciprocidad, amorosidad y complementariedad con la otredad, que produce efectos desalienantes en salud mental de las personas que allí residen. Esto puede constatarse en la medida en que estás prác-

ticas se oponen a las lógicas de mercado y de consumo propias del capitalismo, y generan la posibilidad de establecer un modo de satisfacción de sus necesidades no tan sometido a las lógicas moderno-coloniales.

Se trata de un modo de vida que rompe con algunos aspectos que representan la vida moderna que prima en la sociedad occidental y con la subjetividad que ella construye. La búsqueda de un equilibrio con los ciclos de la naturaleza y con los elementos que coexisten en la comunidad, se inscribe como alternativo a las lógicas modernas, en tanto implica el reconocimiento de la interdependencia para la satisfacción de las necesidades, en oposición a la omnipotencia, la autosuficiencia y el correspondiente aislamiento que caracteriza a la subjetividad actual. Esta lectura encuentra relación con la forma de comprender los cuidados en salud mental desde la perspectiva de la salud colectiva, ya que constata que los modos de vida determinan socialmente la salud de un colectivo, y que el desarrollo de prácticas que tiendan a la sustentabilidad, invita a construir modos de vinculación con carácter decolonial, que producen efectos desalientes en la subjetividad de las personas.

Bibliografía

Aleman Quintero, M. P. (2017). *Las representaciones sociales del Buen Vivir en las ecoaldeas: el caso de Aldeafeliz, San Francisco, Cundinamarca* (Tesis de Maestría). Facultad de Ciencias y Educación, Bogotá, D.C. https://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/7013

Bautista, S. R. (2017). *Del mito del desarrollo al horizonte del Vivir Bien. ¿Por qué fracasa el socialismo en el largo siglo XX?*. Yo soy si Tú eres ediciones.

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva, 1*(6), 83-101.

Borsani, M. E. (2021). *Rutas decoloniales*. Ediciones del Signo.

De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido.* LOM Ediciones.

EcoAldea Centro Nakkal. (2023). Centro Nakkal nació con la intención de organizarse en una comunidad agroecológica desarrollando un sistema de vida sostenible social, ecológica [Información sobre EcoAldea centro Nakkal]. Facebook. https://bitly.ws/Zo2C

Escorihuela, U. (2008). *Caminando la transición. Del individuo moderno a la comunidad sustentable.* Econautas Editorial.

Fanon, F. (1952). *Piel negra, máscaras blancas*. Éditions du Seuil.

Frankel, D. (2021). *Locura y Colonialidad, Ontología Crítica del Encierro*. Biblos.

Fromm, E. (1962). *Marx y su concepto de hombre.* Fondo de Cultura Económica.

Galende, E. (2015). *Conocimientos y prácticas de salud*

mental. Lugar Editorial.

Gilman, R. (1991). *The Eco-village Challenge. The challenge of developing a community living in balanced harmony - with itself as well as nature - is tough, but attainable.* Instituto Contexto. https://www.context.org/iclib/ic29/gilman1/

Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía.* Paidós.

López, S. (2016). Cap. 1: De qué hablamos cuando decimos Medicina social/salud colectiva. Conceptos y categorías de análisis. Problematizando la salud: Aportes conceptuales y experiencia de trabajo en territorio desde la perspectiva de la medicina social/salud colectiva. *Libro de cátedra Medicina Social/Salud Colectiva.* Facultad de Trabajo Social. UNLP. Edulp. http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/57874

Max-Neef, M. (1993). *Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones.* Econautas.

Organización Naciones Unidas. (1987). *Nuestro futuro común.* Alianza.

Polo Almeida, P. E. (2016). *Modos de vida, una categoría esencial en geografía y salud.* CLACSO.

Toro, B. (2014). *El Cuidado: Paradigma ético de la nueva civilización.* Cámara de Comercio de Bogotá. https://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/23420

Yin, R. (1994). *Case study research: design and methods.* Sage Publications.

Formación profesional y perspectiva de derechos en salud mental: la implementación de la Ley Nacional De Salud Mental N° 26.657 en la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires

CARRIL, María Verónica.
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magister en Ciencias sociales y Humanidades, Universidad Nacional de Quilmes (UNQ). Docente e investigadora, Universidad de Buenos Aires (UBA). Psicóloga de planta en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Contacto: mvc-2006@hotmail.com

Recibido: 09/08/2023; **Aceptado**:11/10/2023

Cómo citar: Carril, M. V. (2023). Formación profesional y perspectiva de derechos en salud mental: la implementación de la Ley Nacional De Salud Mental nro. 26.657 en la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (15), 35-56

Resumen

El presente trabajo se propone describir y analizar la adecuación de la formación universitaria a los objetivos de política pública planteados en la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657; en particular la implementación de los Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental, en la Licenciatura en Psicología de la UBA, desde la sanción de la ley en 2010 hasta la actualidad. La estrategia de diseño es el estudio de caso, con un enfoque metodológico cualitativo, dado el carácter exploratorio, descriptivo e inductivo del presente trabajo. Concluimos que existe una brecha de implementación significativa entre los objetivos fijados en la ley y lo que efectivamente se ha concretado en la adecuación de la formación. Conceptualizamos esta brecha como una tensión entre transversalidad y focalización en la implementación de los Lineamientos. A la vez, situamos que no se han diseñado desde la gestión

de la Facultad, medidas para implementar la adecuación en la formación estipulada.

Palabras claves: formación profesional - curriculum - salud mental - implementación de plan de salud - derechos humanos

Professional training and rights perspective in mental health: the implementation of the National Mental Health Law Nº 26,657 at the University of Buenos Aires' School of Psychology

Abstract

This thesis describes and analyzes the adjustment of college education to the objectives of the Mental Health National Law. In particular, it addresses the implementation at the University of Buenos Aires' School of Psychology of the Guidelines for the Improvement of Mental Health Professional Training from the adoption of the law in 2010 to the present. Given the exploratory, descriptive, and inductive nature of this work, this research analyzes a case-study following a qualitative methodological framework. This research contends that there is a significant implementation gap between the objectives proposed by the law and the effective adaptation of professionals' formation. This gap is conceptualized as a tension between transversality and focus in the implementation of the Guidelines. In addition, it underscores the absence of college initiatives to enact the adjustments stipulated in the formation.

Keywords: professional education – curriculum – mental health - health plan implementation - human rights

Introducción

El presente escrito apunta a transmitir los resultados principales de una tesis de maestría, desarrollada en el marco del Proyecto de Investigación UBACyT "Atención primaria de salud y salud mental comunitaria: análisis de prácticas participativas e integrales llevadas adelante por instituciones en red" (2020-2022), dirigido por la Dra. Claudia Bang.

Dicha tesis fue presentada en el año 2022 y defendida en el año 2023, como parte de la Maestría en Ciencias Sociales y Humanidades con orientación en Política y Gestión Pública de la Universidad Nacional de Quilmes. Se centra en describir y analizar la adecuación de la formación universitaria a los objetivos de política pública planteados en la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 (LNSM); particularmente, en la implementación de los Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental (Jefatura de

Gabinete de Ministros, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud de la República Argentina, 2015) en la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), desde la sanción de la ley en 2010 hasta la actualidad.

Ubicamos a la LNSM dentro del llamado Enfoque de Derechos en las políticas y estrategias de desarrollo (Abramovich y Courtis, 2006; Arcidiácono, 2011), dado que forma parte de un conjunto de políticas públicas que buscan garantizar derechos y, específicamente en nuestro caso de estudio, los de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental. Concebimos la LNSM como una ley de derechos humanos en tanto establece un escenario normativo acorde a los principales estándares en la materia (Kraut, 2006); a la vez que se centra en la recuperación de la dignidad en la atención de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental (Stolkiner, 2015a). Se plantea en términos de recuperación dado que viene a regular una serie de prácticas relativas a la salud mental, naturalizadas en los servicios de salud, pese a ser contrarias a los derechos humanos. Como contrapunto, la LNSM en el Artículo 3º, parte de una conceptualización integral de la salud mental, que incluye aspectos históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Desde esta perspectiva, y especificando que se enmarca en la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona, la normativa establece pautas sobre las modalidades de abordaje -regulando especialmente las internaciones-, la conformación de los equipos trabajo, el tratamiento jurídico de la capacidad de los/as usuarios/as y la formación de profesionales del campo de la salud mental.

En relación al tema de la presente investigación cabe destacar el Artículo 33º que dice lo siguiente:

La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley.

En el campo de formación en salud y salud mental, distintos/as autores/as han trabajado la relación entre las lógicas de la formación académica y el tipo de prácticas que se producen luego en los ámbitos de inserción profesional. El predominio en la formación universitaria de la racionalidad positivista, obstaculiza la posibilidad de pensar prácticas profesionales que aborden los fenómenos en su complejidad (Luciani Conde, 2021; Zaldúa et al., 2011), consolidando barreras de accesibilidad que la LNSM busca eliminar. Por ello, las reformas en materia de formación de profesionales que plantea la ley resultan un eje fundamental para la implementación de las transformaciones impulsadas por esta política pública.

De allí la relevancia de investigar los cambios en la formación de psicólogos/as, como parte de la implementación de la política pública en materia de salud mental y derechos humanos.

Contamos con investigaciones locales recientes acerca de la formación universitaria en salud mental, que apuntan -entre otros aspectos- a caracterizar y comparar la adecuación de los planes de estudio de las carreras de Derecho, Enfermería, Medicina, Trabajo Social y Psicología que se dictan en las universidades del área Metropolitana (Bottinelli et al., 2017, 2022). Se incluye también un análisis de la adecuación a la ley de la licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (Cataldo et al., 2018; Cataldo et al., 2022); así como análisis más generales sobre la implementación de la LNSM (Faraone y Barcala, 2020; Stolkiner, 2020).

Varias investigaciones coinciden en señalar que tanto usuarios/as como trabajadores/as ubican la brecha entre formación y prácticas como una de las dificultades en la implementación de la ley (Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2014; Rosales y Ardila Gómez, 2017), apuntando también a la necesidad de profundizar la discusión sobre la actualización de las currículas de las carreras de grado (Botinelli et al., 2022).

Los/as autores/as referenciados/as, concuerdan en lo dispar y heterogéneo del modo en el cual se implementaron distintos aspectos de la LNSM, así como en la necesidad de profundizar en procesos participativos que superen los diversos obstáculos para su plena implementación. Plantean que es indispensable la presencia del Estado con políticas públicas, junto con saberes y prácticas que sostengan el cambio de paradigma, para poder garantizar el acceso a derechos promovido por la ley.

La presente investigación pretende focalizar y profundizar en esta línea, dado que aborda el tema de la implementación de la LNSM; en particular, en lo referido a la formación de grado en la Licenciatura en Psicología de la UBA.

El cambio de paradigma en relación a los derechos de los/las usuarios/as de los servicios de salud mental, implica fundamentalmente el pasaje de una perspectiva predominantemente biomédica, tutelar y anclada en los hospitales neuropsiquiátricos; a una de tipo "comunitaria, descentralizada, participativa [e] integral" (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 1990, p. 1). Este proceso implica diversidad de actores (cuyas voces nos planteamos recuperar en esta investigación), de posicionamientos ideológicos y epistemológicos, de tensiones y pujas de poder.

En síntesis, entendemos que el acceso a los derechos con igualdad de oportunidades para el colectivo de usuarios/as de servicios de salud mental, necesita de leyes y políticas públicas concretas que promuevan la inclusión social y eliminen las barreras de accesibilidad existentes, una de las cuales vinculamos a ciertos sesgos de la formación profesional.

En lo que respecta a la implementación de la LNSM, específicamente en relación al Artículo 33º previamente citado, la Comisión Interministerial de Políticas en Salud Mental y Adicciones, la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación y representantes de distintas universidades, diseñaron en el período 2014-2015, el documento Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental (en adelante, Lineamientos). Se plantean en él cuatro grandes ejes para pensar la adecuación de las carreras de grado a los objetivos de la LNSM. Éstos son: Enfoque de derechos, Inclusión social, Interdisciplina e intersectorialidad, y Salud Pública.

Partiendo de allí, nuestro objetivo general fue describir y analizar la adecuación de la formación universitaria a los objetivos de la LNSM; en particular la implementación de los Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental, en la Licenciatura en Psicología de la UBA, desde la sanción de la ley en 2010 hasta la actualidad. En función de ello, se diseñaron los siguientes objetivos específicos:

Objetivo específico 1: describir los cambios que se dieron en la currícula obligatoria formal de Licenciatura en Psicología de la UBA, entre los años 2010 y 2021.

Objetivo específico 2: determinar las acciones que se han desarrollado a nivel de la gestión universitaria en la Facultad de Psicología de la UBA vinculadas a la implementación de la LNSM.

Objetivo específico 3: indagar acerca del grado de conocimiento y la valoración sobre la LNSM, que poseen docentes decisores de los programas y/o con roles de gestión, estudiantes y graduados/as de la Licenciatura en Psicología de la UBA.

Trama conceptual

El enfoque conceptual del problema se plantea desde la articulación entre el campo de la salud colectiva (Stolkiner, 2015b; Almeida-Filho y Paim, 1999; Stolkiner y Ardila Gómez, 2012) y el análisis de políticas públicas (Jaime et al., 2013) con enfoque de derechos (Arcidiácono, 2011); incluyendo importantes aportes del campo de la educación (Visacovsky et al., 1997; de Alba, 1998).

Para conceptualizar la perspectiva de derechos en salud/salud mental nos referenciamos en la corriente de pensamiento de la Medicina Social o Salud Colec-

tiva Latinoamericana. Partimos de la idea de que las corrientes y tendencias del campo de la salud "son propuestas políticas y técnicas que forman parte de complejas articulaciones entre el Estado, lo social y las políticas en salud" (Stolkiner y Ardila, 2012, p. 3). Dichas propuestas se expresan luego en el terreno de la salud mental, de formas particulares.

Las autoras destacan que esta corriente no constituye una "escuela" o una línea teórica unívoca sino que se caracteriza por componerse de voces y autores diversos, pero que comparten la conceptualización del proceso de salud-enfermedad-cuidado, el enfoque de derechos y la perspectiva de integralidad en las prácticas.

Los aportes del enfoque de derechos en políticas públicas, junto con el marco conceptual de la Salud Colectiva, nos permiten pensar la exigibilidad de los derechos de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental, en relación con la LNSM en general y con la adecuación de la formación universitaria, en particular.

Partimos de definir las políticas públicas como conjuntos de prácticas que se dirigen intencionalmente a resolver algún tipo de problema, transformando recursos para producir bienes, servicios y/o regulaciones. Desde el enfoque de derechos en políticas públicas se entiende que la protección social es un derecho universal, garantizado por los tratados internacionales de Derechos Humanos, y en el caso de la Argentina, también por la Constitución Nacional. Esto implica que la política social debe universalizar la protección social y transformarla en un derecho exigible. En otras palabras, es entender a los derechos humanos como un programa que orienta las políticas públicas de los Estados, proveyéndoles estándares y materializando así los derechos sociales (Arcidiácono, 2011).

Así, el enfoque de derechos humanos representa una herramienta política y técnica en el proceso de diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas, aportando parámetros exigibles en el cumplimiento de los derechos básicos de la población.

Paralelamente, el enfoque procesal de las políticas consiste en "abordar las políticas públicas como un proceso estructurado en distintas etapas o fases interrelacionadas, e identificar las cuestiones, preguntas y problemas que en cada una de esas etapas se buscan resolver" (Jaime et al., 2013, p. 88).

En particular, en nuestra investigación nos centramos en la etapa de implementación de la LNSM, dado que el objetivo general consiste precisamente en el análisis de la implementación de los Lineamientos en la Licenciatura en Psicología de la UBA. Podemos definir la implementación como el "conjunto de acciones y comportamientos que permiten transformar las intenciones u objetivos de una política pública en productos, resultados e impactos observables" (Jaime et al., 2013,

p. 104). Mientras que la brecha de la implementación es la disparidad que frecuentemente hay entre lo que se anuncia como política y lo que en realidad se ejecuta (Grindle, 2009).

Finalmente, consideramos que las carreras universitarias, a través de conceptos teóricos, bibliografía, planes de estudio, currículas y otras herramientas, convalidan ciertas prácticas científicas y académicas en detrimento de otras; transmitiendo así, más allá de lo conceptual, un proyecto socio político determinado (Visacovsky et al., 1997; de Alba, 1998). Los procesos de cambio en las universidades están estrechamente vinculados a la gestión universitaria, que a su vez suele estar atravesada por cuestiones como lógicas político-partidarias y corporativas (Chiroleu, 2001), el rol de los partidos políticos universitarios (Bianco, 2001) o disputas entre claustros (Naisthat et al., 2005).

A su vez, dichas transformaciones producen en mayor o menor medida cambios en el currículum "escrito" o formal, que frecuentemente no van acompañados de cambios correlativos en las prácticas. Eisner (1979) plantea que el currículum manifiesto o formal comprende todo lo que la institución ofrece a través de sus planes de estudio, programas, objetivos; de forma pública y manifiesta. En cambio, el currículum real o vivido (Bolívar, 1999) es el que sucede en la práctica, en la cual confluyen tanto los requerimientos del currículum formal como las características de docentes y estudiantes, el contexto institucional, factores socioculturales, económicos y políticos, entre otros.

Enfoque metodológico

Dado el carácter exploratorio, descriptivo e inductivo del presente trabajo, se utiliza para el mismo un enfoque metodológico predominantemente cualitativo, con combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas. La estrategia de diseño es el estudio de caso, al abordar un fenómeno contemporáneo en su contexto (Yin, 1994).

En relación al período a relevar, se recortó el período 2010-2021, coincidiendo con el momento inmediato anterior a la sanción de la ley, y con el ciclo lectivo inmediato anterior a la fecha de presentación de este estudio, respectivamente.

Partimos del supuesto de que las transformaciones en las prácticas impulsadas por la LNSM requieren cambios en la formación teórico-académica de los/las profesionales (Luciani Conde, 2021; Zaldúa et at, 2011); por lo cual, resulta crucial analizar los procesos de cambio en la formación de las carreras vinculadas a la temática.

La hipótesis que guía nuestro trabajo es que existe una brecha de implementación entre los objetivos de política pública planteados en la LNSM y los Linea-

mientos, y la formación en la Licenciatura en Psicología de la UBA.

Las técnicas de recolección de datos empleadas han sido: a) entrevistas en profundidad, realizadas a tres actores que se consideraron claves por su rol en la gestión universitaria, así como en el diseño de los programas de materias obligatorias -profesores/as titulares o asociados/as-.; b) revisión documental de 44 programas de todas las materias obligatorias de la Licenciatura en Psicología para el primer cuatrimestre de 2010 y el segundo cuatrimestre de 2021, junto a temarios de todas las sesiones del Consejo Directivo de la Facultad de Psicología entre 2010 y 2021; y c) cuestionario a 145 estudiantes y graduados recientes (entre 2011 y 2021). Los documentos fueron descargados del sitio web de la Facultad de Psicología (Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, s.f.a; s.f.b). La selección de las personas entrevistadas se realizó a través de un muestreo no probabilístico intencional, en tanto se trabajó con la muestra disponible o accesible (Hernández Sampieri et al., 2014).

Como técnica cuantitativa, se realizó a través de la aplicación Google Forms un cuestionario compuesto por preguntas tanto abiertas como cerradas. Se trató de una muestra no probabilística de tipo homogéneo, combinada con casos tipo (Hernández Sampieri et al., 2014). Tanto para el cuestionario como para las entrevistas se obtuvo previamente el correspondiente consentimiento informado.

Las técnicas de análisis empleadas fueron análisis documental (para los programas y los temarios de las sesiones del Consejo Directivo), análisis de datos estadísticos univariable, de vertiente descriptiva (aplicado a cuestionario y programas) y análisis de contenido (para las entrevistas en profundidad y la pregunta final, abierta, del cuestionario).

La Licenciatura en Psicología en la UBA comprende la cursada obligatoria de seis materias que conforman el Ciclo Básico Común y luego otros dos ciclos: el de formación general (CFG) y el de formación profesional (CFP) (Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, s.f.c).

El CFG está compuesto por 15 materias obligatorias y dos electivas, mientras que el CFP está formado por siete asignaturas obligatorias y tres electivas, divididas en cinco áreas: Clínica; Justicia (o Jurídica); Social-comunitaria; Educacional y Trabajo (Universidad de Buenos Aires, s.f.a).

Se analizaron tanto para el primer cuatrimestre del año 2010 como para el segundo de 2021, 30 programas de las 15 materias obligatorias del CFG y 14 programas de las 7 materias obligatorias del CFP; esto es dos programas, correspondientes a las dos cátedras existentes, por cada materia, en cada año. Los 44 programas

mencionados abarcan la totalidad de los programas de las materias obligatorias que se dictaron en esos cuatrimestres (siendo también la totalidad de las asignaturas obligatorias del plan de estudios vigente).

Para rastrear la incorporación de la ley a los programas se construyó una matriz de datos en base a cuatro categorías, una por cada eje de los Lineamientos (Enfoque de derechos, Inclusión social, Interdisciplina e intersectorialidad, y Salud Pública), las cuales se dividieron a su vez en subcategorías, a fin de lograr mayor especificidad en la búsqueda. Para diseñar estas subcategorías se recurrió a investigaciones previas sobre el tema (D' Agostino, 2015; Cataldo et al., 2018), así como a la lectura en minuciosa y contextualizada de los Lineamientos.

Una matriz de datos análoga a la utilizada para los programas (pero sin la división en subcategorías), fue utilizada para indagar acerca de la inclusión de los ejes conceptuales de la LNSM en las cursadas de las materias obligatorias, a través del cuestionario dirigido a estudiantes y graduados/as recientes. La lectura univariable de la información nos brinda algunos resultados descriptivos, para luego contrastarlos con la información obtenida a través de las otras técnicas.

Esta forma de tratamiento de los datos, implica reiterados ejercicios de comparación, para poder valorar, relativizar y dar significación a la información recabada (López-Roldán y Fachelli, 2015). El proceso de sistematización de las entrevistas en profundidad y de la pregunta final, abierta, del cuestionario; se realizó siguiendo las técnicas análisis de contenido: análisis temático y de relaciones (Marshall, y Rossman, 1989). Mediante el análisis temático se buscó dilucidar los núcleos de sentido, cuya presencia o frecuencia resultan relevantes para el objetivo de la investigación.

El principio de recurrencia temática, junto con los resultados de las técnicas cuantitativas, permitió delimitar grandes núcleos temáticos, los que se ordenaron siguiendo los criterios de integración local e inclusiva (Weiss, 1994). A partir de ello se procedió a generar categorías, dando cuenta de regularidades en las situaciones y los sujetos de estudio (Marshall, y Rossman, 1989). Dichas categorías fueron: las políticas públicas en salud mental y derechos humanos; la LNSM y los Lineamientos en la formación de psicólogos/as; la currícula de Licenciatura en Psicología de la UBA; y la gestión universitaria en la Facultad de Psicología, vinculada a la LNSM.

Las modificaciones según los Ejes de los Lineamientos

Encontramos que hay una incorporación de los temas y conceptos relativos a los ejes relevados en los

programas de 2021 de la Licenciatura en Psicología, con respecto a los de 2010, que podemos vincular a la implementación de los Lineamientos. Esta incorporación no es homogénea: los ejes Interdisciplina e intersectorialidad y Salud Pública, están representados en los programas en un porcentaje más elevado que los otros, pero se mantienen estables en el período estudiado. Es decir, la LNSM no parece haber tenido efectos al respecto, excepto por algunos incrementos puntuales en la frecuencia de algunos conceptos. Por otro lado, los ejes Enfoque de Derechos e Inclusión social, muestran un aumento en dicho período, que puede entenderse como efecto, al menos en parte, de la implementación de los Lineamientos. Estos dos ejes son, sin embargo, los que encontramos representados en el menor porcentaje de materias, en comparación con los otros dos, tanto en 2010 como en 2021. Es decir: pese a su mayor crecimiento porcentual en el período estudiado, continúan menos representados en la formación.

A diferencia de los programas, donde el comparativo 2010-2021, nos permite precisar algunos efectos de la implementación de la LNSM; en los discursos de estudiantes y graduados/as sólo contamos con un dato sincrónico, referente al momento de cursada de las materias, en el lapso de los últimos 11 años. No obstante lo cual, encontramos elementos que nos permiten hacer algunas inferencias acerca del proceso de implementación, principalmente, que éste es en gran parte dependiente de cada docente que decide contenidos -por ser titular- o los transmite -por estar frente a un curso-, lo cual redunda en una mayor brecha de implementación.

Existe una diferencia entre los programas y el cuestionario, respecto a qué ejes rastreados están más presentes en la carrera. Según las personas encuestadas, la categoría Enfoque de derechos se destaca en varias materias, seguido por Inclusión social. Son justamente los dos ejes menos representados en los programas (Enfoque de derechos e Inclusión social), los que los/as docentes más estarían abordando en las clases, lo cual podemos relacionar a otro modo de implementación de la ley en la transformación del currículum, pero no ya el escrito sino el real o vivido. Sin embargo, no contamos con datos previos a la ley acerca de esta misma cuestión, como para ponderar cuánto es el efecto de su implementación.

Las modificaciones según las materias

Resulta relevante señalar que no se realizó un estudio comparativo entre ambas cátedras de la misma materia, sino que los resultados se agruparon por asignatura, por considerar que dicha distinción excede a los objetivos de la presente investigación.

En la comparación de los programas de 2021 respecto a los de 2010, observamos inclusiones conceptuales

relativas a los ejes estudiados, especialmente en algunas materias, que vinculamos al proceso de implementación de los Lineamientos. Cuatro materias amplían dos de los ejes en sus programas de 2021, incluyendo conceptos (subcategorías) que no estaban en 2010 y aumentando la frecuencia de conceptos que ya tomaban. Es el caso de Teoría y técnica de grupos, Psicología evolutiva: niñez; Psicología social y Salud pública y salud mental, destacándose esta última.

En congruencia con lo anterior, de las entrevistas en profundidad surge la idea de que los ejes estructurantes de la LNSM estaban presentes en los contenidos de algunas de las materias arriba mencionadas, aún antes de la sanción de la misma.

Las asignaturas que incluyen en sus programas de 2021 al menos una subcategoría de las estudiadas para algún eje, que no estaba para nada representado en los programas de 2010, son ocho: Psicología y epistemología genética, Teoría y técnica de grupos, Historia de la psicología, Psicología evolutiva: niñez; Salud pública y salud mental; Psicología educacional; Psicología del trabajo y Psicoanálisis: Freud (esta última de modo muy acotado).

Por otro lado, encontramos una diferencia interesante entre la letra de los programas, según la cual sólo dos de las 15 asignaturas del CFG (13%) en 2010 y una de 15 (7%) en 2021, no incluyen ninguna de las categorías relevadas. Y lo que manifiesta al menos 83% de los/as encuestados/as, según quienes ese porcentaje, considerando ambos ciclos en conjunto, se eleva a 67%.

En contraste, en casi todas las materias cursadas, algún porcentaje variable de los/as encuestados/as refiere que se mencionó la LNSM; mientras que de la revisión de los programas, dicha ley solo figura en cinco de los 22. De estos cinco, tres son efectivamente también tres de las materias que las personas encuestadas más reconocen como transmisoras de los temas vinculados a la ley: Salud pública y salud mental; Psicología, ética y derechos humanos y Psicología jurídica. Se observa que muchas asignaturas que no mencionan la ley en los programas; sí la nombran en clase. Y viceversa. Hay conceptos en los programas que nunca se transmiten en la cursada.

Adicionalmente, se indagó en el cuestionario sobre la importancia dada en las cursadas a estos ejes, destacándose en las respuestas nuevamente Salud pública y salud mental, seguida por Psicología, ética y derechos humanos, y Teoría y técnica de grupos.

Lo anterior refuerza la idea de la inclusión focalizada y no integral de los temas en las currículas, lo cual es dicho expresamente en las encuestas, de donde surge que ésta es una de las carencias en la implementación de la ley. Según se repitió en las respuestas de la encuesta: “Debería ser un eje central en nuestra formación, co-

nocí la ley de salud mental recién en el tercer año de la carrera"; "Creo que deberían de ser conceptos transversales en la formación y futura labor. En las materias electivas y la práctica [profesional, electiva] (todas del Área Social comunitaria) fueron ejes fundamentales de la cursada".

Paralelamente, la percepción de las personas encuestadas es muy variable; lo cual converge con el planteo de que hay experiencias de cursadas muy diversas; incluso al interior de una misma materia. en la mayoría de las materias es altamente dependiente del/la docente, la posibilidad de que los/as estudiantes se encuentren con estos ejes conceptuales. Esto refuerza la idea de la brecha de implementación entre el objetivo de una transformación integral de la formación y lo que efectivamente sucede en las aulas. También los/as entrevistados ponen de manifiesto la existencia de las dos formas de concreción del currículum, el formal y el real; así como el lugar que llamamos docente-dependiente de la transmisión de algunos conceptos. Surge la idea de que hay materias que incluyen los contenidos en sus programas "pero no se termina dando después en los hechos" (entrevista 3), así como la diferencia entre "profesores que de manera espontánea trabajen estos contenidos [y] un planteo institucional" (entrevista 1). Lo que se enlaza directamente a la cuestión de la gestión universitaria, que ampliamos en el siguiente apartado.

Notamos entonces que se repite la focalización que ubicamos en el apartado anterior. La presencia en 2021 de los ejes de los Lineamientos tanto en el currículum formal como en el real, no se da de modo homogéneo. Son las materias del Área Social-comunitaria, Jurídica y Educacional, las que se destacan.

Estas líneas de análisis resultan convergentes con lo recabado en las entrevistas. En las tres, las materias que se señalan como más atravesadas por los ejes de los Lineamientos, continúan siendo las de Área Social comunitaria o Jurídica, destacándose nuevamente la mención a Salud pública y salud mental. Materias que estarían relegadas en importancia en el contexto de una carrera que los/as propios/as entrevistados/as definen como de fuerte orientación clínica. Lo que sí se observa en las entrevistas es un posicionamiento diferente respecto a esta predominancia de lo clínico por sobre las demás áreas: dos de las personas entrevistadas (entrevista 1 y 2) lo leen críticamente, mientras que la otra lo naturaliza.

La gestión en la Facultad y su vínculo con la implementación de la LNSM

El gobierno de las Facultades dependientes de la Universidad de Buenos Aires, está a cargo de un Consejo Directivo (en adelante, CD) y de un Decano (Universidad de Buenos Aires, s.f.b). En el caso de la Fa-

cultad de Psicología, el CD está compuesto por ocho representantes del Claustro de profesores, cuatro del Claustro de graduados y cuatro del de estudiantes. Estos representantes se eligen por votación entre sus pares. Para el Claustro de profesores existe en los últimos 20 años una lista única; por ende, todos los miembros de este subgrupo mayoritario pertenecen a la misma agrupación. Esta última, tiene a su vez relación directa con las agrupaciones de estudiantes y graduados/as, que sostienen la mayoría en los respectivos claustros.

Los/as tres entrevistados/as coinciden en señalar que altas autoridades de la facultad se ocuparon institucionalmente de articular el tema de la implementación de la LNSM en la Facultad de Psicología. Sin embargo, también acuerdan en que no recibieron oficialmente comunicación de lo que sucedió en esas gestiones. "La Facultad de Psicología cumplió con la invitación a los Lineamientos […] …) [pero] ni siquiera fue puesto en común, ni siquiera en clave informativa" (entrevista 1); "nunca se me llamó […] nunca se me consultó nada al respecto" (entrevista 2); "no tengo esa información" (entrevista 3).

Ante la pregunta acerca de si tienen conocimiento sobre si en alguna sesión del CD, desde 2010 hasta la actualidad, se trató el tema de adecuar la formación de grado en función de la LNSM y/o los Lineamientos, todos/as los entrevistados coinciden en señalar que no.

Un punto central de divergencia entre las personas entrevistadas, es si la inclusión focalizada de conceptos relativos a la ley en alguna materia, resulta suficiente para decir que la LNSM está plenamente implementada al interior de la carrera.

Los posicionamientos contrapuestos -según venimos puntualizando- entre lo planteado en las entrevistas 1 y 2, por un lado, y en la tercera por el otro, insisten en la lectura que hacen estos actores sobre la gestión. Así, quienes coinciden ubican a nivel de la gestión de la Facultad, uno de los principales escollos a resolver para la efectiva implementación de la LNSM. "El crecimiento de la institución está más al servicio del fortalecimiento de algunos grupos corporativos, corporaciones internas de la institución, más que [al servicio de] la articulación que se necesita entre la formación y la sociedad" (entrevista 2). Menciona "desde grupos corporativos a corrientes políticas que mantienen su sesgo dentro de la universidad, hasta grupos corporativos del campo psi" (entrevista 2), que vincula con la no implementación de la ley en la Facultad de Psicología. Tanto en la entrevista 1 como en la 2, ubican como problemática la lista única actual en las elecciones del Claustro de profesores.

En la entrevista 3, si bien la entrevistada refiere que no está totalmente implementada la LNSM en la Facultad de Psicología, ante la pregunta al respecto de los

obstáculos, los ubica por fuera de la institución, en la "resistencia de la psiquiatría que no quiere perder su lugar de poder" (entrevista 3). Mientras que de la propia gestión de la Facultad, dice que es un tema "no resistido pero fomentado tampoco" (entrevista 3).

Adicionalmente se trabajó sobre los temarios de las sesiones del CD. Se revisaron un total de 148 temarios: 144 correspondientes a sesiones ordinarias y cuatro a sesiones extraordinarias, lo cual constituye la totalidad de los temarios desde el año 2010 hasta el año 2021 inclusive.

No se encontró ninguna mención en los temarios a los Lineamientos. Respecto a la LNSM, se hallaron menciones en 3 de las 148 sesiones, pero que no se vinculan a la implementación de la misma al interior de la Facultad.

Es decir, la falta de acciones de gestión emanadas de las autoridades de la Facultad que se observa en los temarios, es congruente con la ausencia de tratamiento del tema de la implementación de la LNSM y los Lineamientos, referida por todos/as los/as entrevistados/as.

Este corrimiento del gobierno de la Facultad respecto a la implementación de los Lineamientos, sostenemos que se relaciona con la variedad de experiencias de cursada relatadas por los/as estudiantes: al no ser un planteo institucional, queda ligada a cada cátedra y/o cada docente, la decisión de incluir los ejes conceptuales de la LNSM en la formación; lo cual refuerza la idea de la brecha de implementación entre el objetivo de una transformación integral de la formación, plateado por la LNSM y los Lineamientos, y lo que efectivamente sucede en las aulas.

En relación a la valoración de los/as encuestados/as sobre las categorías estudiadas, le asignan gran importancia dentro de su formación como psicólogos/a, marcando un contraste con la poca cantidad de materias que, según las encuestas, transmiten estos ejes en un lugar central. Es decir, estudiantes y graduados/as consideran estos temas y conceptos fundamentales, a la vez que entienden que no les son transmitidos con esa centralidad. Ubican esto como problemático pero no lo relacionan con la gestión universitaria ni con la política pública en general. En una sola respuesta a la pregunta abierta del cuestionario, aparece espontáneamente el tema de las políticas públicas en materia de derechos humanos y salud mental, articulando con la perspectiva de género. Mientras que los aspectos de gestión, no son explicitados directamente, aunque la reiterada alusión a la necesidad de revisar el plan de estudios, implica inevitablemente acciones de gestión. Esto nos da la pauta de la escasa implicación que sienten los/as estudiantes y graduados/as recientes de la Licenciatura en Psicología de la UBA, en una transformación que sin embargo consideran necesaria.

Transversalidad *versus* focalización en la implementación de los Lineamientos

Los Lineamientos en los que nos basamos plantean claramente la importancia de la transversalidad de los ejes estudiados a lo largo de toda la carrera. Sin embargo, de la letra de los cuestionarios, las entrevistas y los programas surge que los/as estudiantes encuentran estos contenidos de un modo tardío y segmentado, más hacia el final de su formación de grado que desde el comienzo y en toda su trayectoria. Así, los cuatro ejes se encuentran más representados en el CFP que en el CFG, tanto en el currículum manifiesto como en el real o vivido.

A su vez, observamos otra focalización al interior de cada ciclo, en ciertas asignaturas. Salud pública y salud mental, es la materia del CFG que más se destaca por la inclusión de los ejes conceptuales estudiados, tanto en los programas de 2021 como en los cuestionarios; a la vez que es mencionada en dos de las entrevistas.

En el CFP encontramos que las materias Psicología, ética y derechos humanos, Psicología Educacional y Psicología del trabajo incluyen, en 2021, conceptos de los cuatro ejes de los Lineamientos; lo cual coincide en parte con la percepción de estudiantes y graduados/as recientes, quienes destacan la primera de esas tres materias, seguida por Psicología Educacional y Psicología jurídica.

Como contrapunto, las asignaturas Estadística y Clínica psicológica y psicoterapias: clínica de adultos, son las únicas que no tienen en sus programas ninguna mención a ninguna de las subcategorías relevadas. Pero sí tienen, según los cuestionarios, alguna escueta mención en las clases.

Situamos entonces que las materias en las que se destaca la inclusión de los ejes rastreados, tanto en los programas como en las entrevistas y cuestionario, están vinculadas principalmente al Área Social-comunitaria, seguida por la Jurídica y Educacional; mientras que en las materias del Área Clínica su presencia es notoriamente menor.

Esta doble focalización la relacionamos, por un lado, con la etapa en la formación de grado; y por otro, con el área en la cual se inscribe la materia. En cuanto a la etapa, los ejes rastreados se incluyen, en promedio, en menos de la mitad de las materias consideradas de formación general. El CFP, que apunta específicamente a la formación para la práctica profesional, incluye mucho más sistemáticamente los ejes de los Lineamientos, con la notoria excepción de la materia Clínica de Adultos en los programas. Lo que indica que estos ejes se piensan más ligados a la formación profesional que a la general, pero a la vez, vinculados sólo a ciertas áreas de dicha formación, marcando así esa doble focalización a la que aludimos. Y, paralelamente, la tensión entre cu-

rrículum manifiesto y real, en tanto en líneas generales, los conceptos estudiados aparecen más en las clases que en la letra de los programas.

La revisión bibliográfica (Benito y Elmasian, 2010; Fierro et al., 2019) coincide en señalar que las materias, conceptos y contenidos vinculados a la llamada Área Clínica, suelen tener preponderancia en comparación a las otras áreas mencionadas en el Plan de Estudios. Ubican el predominio hegemónico de textos y autores desde el psicoanálisis, especialmente Freud y Lacan, junto con la orientación a la práctica clínica individual del graduado.

El plan curricular de 1985, ya hablaba de "áreas y modalidades tradicionalmente relegadas del ejercicio de la psicología en nuestro medio, como la psicología social e institucional y los abordajes grupales y comunitarios" (Universidad de Buenos Aires, s.f.a). Otras investigaciones retoman el tema de la orientación a la práctica clínica individual y plantean la existencia de una tensión "entre una clínica individual, especializada, mayormente psicoanalítica-asistencial por un lado, y dispositivos comunitarios o grupales por el otro" (Bang et al., 2020), que atraviesa las prácticas de los/as graduados/as.

Tensión vinculada con el modelo biomédico en la formación y las prácticas en psicología (Bang et al., 2020), y con la persistencia de la matriz formativa tradicional, como eje de la formación universitaria (Luciani Conde, 2021).

Conclusiones finales

La caracterización de la gestión en la Facultad de Psicología de la UBA, junto al análisis de los programas y de las posiciones de actores institucionales claves, nos permiten ubicar ejes en tensión dentro del proceso de implementación de la LNSM en dicha Facultad. Existe una brecha de implementación significativa entre los objetivos fijados en la ley y los Lineamientos, y lo que efectivamente se ha concretado en la adecuación de la formación. La ausencia de tratamiento del tema en el CD, junto con la falta de capacitación, consultas o información específica emitida desde la Facultad, son puntos en los que concuerdan todos/as los/as actores que hemos entrevistado.

Uno de los hallazgos de nuestra investigación indica que no se han diseñado desde la gestión de la Facultad, medidas para implementar la adecuación en la formación que se estipula en los Lineamientos. Es decir, que no podemos vincular las transformaciones que efectivamente encontramos, con la gestión organizacional. Relacionamos estos cambios a decisiones particulares de titulares de cátedra y demás docentes.

Concluimos que miembros del CD, docentes titulares, estudiantes y graduados/as, coinciden en dos

aspectos centrales: valorar positivamente la LNSM y plantear la necesidad de profundizar en su implementación en la Facultad. Sin embargo, se observan en las entrevistas dos posiciones diferentes, que implican dos formas distintas de comprender dicha implementación. Una, que conceptualiza la adecuación a la LNSM y más en general, la perspectiva de derechos como articulador troncal de la carrera en cuestión. Y otra, que entiende esto mismo como algo focalizado, competencia de un sector específico y que se resolvería con la inclusión de contenidos en alguna materia puntual. Surge del material en su conjunto un posible hilo explicativo, ligado a cierta forma de entender la especificidad de la profesión de la/el psicóloga/o, predominantemente relacionada a la clínica individual y a la psicopatología. A la vez, enmarcamos esta explicación en el contexto más amplio de la persistencia en las carreras universitarias de la matriz formativa tradicional, caracterizada por la ausencia del enfoque de derechos como eje articulador de los conocimientos y prácticas profesionales.

La disparidad en la valoración arriba descrita por parte de docentes titulares o asociados/as y miembros del CD, no la encontramos en estudiantes y graduados/as recientes. Por el contrario, la gran mayoría de ellos/as coincide en la importancia fundamental de lo relativo a la LNSM y en la necesidad de una transversalidad, aún no lograda, en la incorporación en su formación. Sin embargo, no se plantean explícitamente como agentes de ese cambio ni prestan espontáneamente relevancia a los aspectos de gestión en este proceso.

El material analizado confluye en lo que hemos nombrado como la tensión entre transversalidad y focalización, que podemos tomar como un analizador de la problemática de la implementación de la LNSM en la Facultad de Psicología. Encontramos que esta tensión se manifiesta de diversas formas. Una de ellas es la manera de entender la inclusión de los ejes conceptuales de los Lineamientos en la formación, ya sea como incorporaciones puntuales de conceptos o como una reformulación integral de la formación desde una perspectiva de derechos. Otra forma en la que se manifiesta esta tensión refiere a en qué trayecto de la formación se focaliza esa inclusión: la ubicamos hacia el final de la carrera, en las materias del CFP. Una tercera forma de focalización se expresa en la prevalencia del Área Clínica en la formación y en la orientación que se da a la práctica profesional, en comparación con las demás áreas estipuladas en el Plan de estudios. Las materias que más incluyen los ejes de los Lineamientos, entre las que se destacan Salud pública y salud mental, del CFG, y Psicología, ética y derechos humanos, del CFP, no pertenecen al Área Clínica.

En general, para todos estos pares en tensión, los resultados de esta investigación convergen en la tenden-

cia a la focalización como modo en que se ha dado hasta el momento, la incorporación de la perspectiva de la LNSM a la carrera de Psicología. Es decir, no se ha implementado la transformación integral de la formación, desde una perspectiva de derechos, que plantea la ley.

Es importante mencionar que los programas del CFP registraron pocas variaciones en relación al tema en el período estudiado, lo cual abre la pregunta acerca de si esto se debe a que la perspectiva de derechos humanos en salud mental ya estaba recorriendo en profundidad la formación profesional, con anterioridad a la ley, o si por el contrario, la currícula tiene una fijeza que no se vio prácticamente alterada por la sanción de la LNSM. Por las tensiones recortadas y la bibliografía trabajada, nos inclinamos por esta segunda opción, vinculándola a la persistencia de la matriz formativa tradicional que hemos conceptualizado.

Si bien planteamos la ausencia de medidas a nivel de la gestión de la Facultad para la implementación de la LNSM, de la investigación realizada surgen algunas modificaciones que se han concretado en los últimos 12 años, en función de la adecuación de la formación de grado en Psicología. Se han incorporado en los programas de las materias obligatorias entre 2010 y 2021, conceptos relativos a dos de los ejes de los Lineamientos: Enfoque de derechos e Inclusión social; que son, además, los ejes más presentes en las cursadas según estudiantes y graduados/as recientes. Es, como mencionamos, un cambio focalizado, sobre todo en las materias de las áreas Social comunitaria y Educacional; que se da especialmente en materias del CFG, lo cual, sin llegar a revertir la focalización que ubicamos, en tanto los ejes de los Lineamientos continúan estando más presentes en el CFP, marca una tendencia auspiciosa, dado que los/as estudiantes se estarían encontrando más tempranamente con esos conceptos.

La variación entre el currículum manifiesto y el real, así como la gran disparidad de experiencias en las cursadas de las materias, nos permite afirmar que la presencia de los conceptos fundamentales de la ley en la formación de grado, es altamente docente-dependiente. Esto es: varía según cada titular de cátedra, que decide incorporar o no los ejes en los programas; y según cada docente que está frente a curso, que los aborda y les da relevancia o no en sus clases.

Surge del material la idea de un funcionamiento pseudo democrático del CD, asociada a la falta de tratamiento allí de la implementación de la LNSM, y por ende, a la brecha de implementación. La inexistencia de listas distintas que compitan en las elecciones del Claustro de Profesores en los últimos 20 años, junto a la continuidad de la misma agrupación en la posición de mayoría en el CD, desde la vuelta de la democracia, refuerzan esta línea, que podría ser profundizada en

futuras investigaciones sobre el tema. Por otro lado, formulamos un interrogante acerca del modo en que se dan los procesos de cambio en las universidades y qué lugar tiene el gobierno universitario en ello, en especial en este caso, en la Facultad de Psicología de la UBA. Investigaciones futuras podrán precisar dónde se toman efectivamente las decisiones, si es solamente en el CD o también por fuera, incluyendo el lugar de los intereses político-partidarios y corporativos, por ejemplo. Queda planteada la pregunta por la necesidad de una mayor democratización a nivel de la gestión de la Facultad.

Para concluir este trabajo, queremos enfatizar en la necesidad de que las y los estudiantes, sean considerados/as aliados/as en el proceso de la adecuación de la formación de grado. Resulta auspicioso pensar que la mejora en la implementabilidad no es asunto de unos/as pocos/as. Esperamos que esta investigación aporte a colectivizarla, fortaleciendo el interés tanto de los/las estudiantes como de la gestión de la Universidad, los/as docentes y la comunidad educativa en su conjunto.

Bibliografía

Abramovich, V. y Courtis, Ch. (2006). *El umbral de ciudadanía. El significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*. Editores del Puerto.

Arcidiácono, P. (2011). Inclusión social, enfoque de derechos y políticas de transferencias de ingresos en Argentina: ¿una combinación posible?, *Revista del Instituto de Investigaciones "Ambrosio L. Gioja", 5*, 261-274.

Bang, C., Cafferata, L. I., Castaño Gómez, V. e Infantino, A. I. (2020). Entre "lo clínico" y "lo comunitario": tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología, 19*(1), 48-70. doi: 10.24215/2422572Xe041

Benito, E. y Elmasian, M. (2010). *La formación en psicología de la Universidad de Buenos Aires. Una investigación bibliométrica.* II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Bianco, I. (2001). *Organización y Universidad Argentina. El Caso del Consejo Superior de la Universidad Nacional de Tucumán*. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNT.

Bolívar, A. (1999). El currículum como un ámbito de estudio. En Escudero, Juan. (ed.) *Diseño, desarrollo e innovación del currículum.* Síntesis, 23-40.

Bottinelli, M., Nabergoi, M., Remesar, S., Maldonado, C., Albino, A., Garzón, A. y Olmedo, S. (2017). Formación Universitaria en Salud Mental. *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* Facultad

de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Bottinelli, M, Nabergoi, M., Remesar, S., Diaz, F., Garzón, A., Vila, P., Albino, A., Maldonado, C., Frankel, D. y Olmedo, S. (2022). A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, aportes de investigación a la formación profesional. En Bottinelli, M., Garzón, A., Nabergoi, M. (comp). *Tramas en la formación de profesionales en salud: investigaciones y experiencias a diez años de la Ley Nacional de Salud Mental* (pp. 57-98). Teseo.

Cataldo, R; Liberatore, G., y Hermosilla, A. (2018). Aplicación de la Ley 26.657 de Salud Mental: una mirada desde la formación de psicólogos en la Universidad Nacional de Mar del Plata. *Interdisciplinaria, 35*(2), 277-289.

Cataldo, R; Liberatore, G., y Hermosilla, A. (2022). Formación de psicólogos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental en la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. En Bottinelli, M., Garzón, A., Nabergoi, M. (comp). *Tramas en la formación de profesionales en salud: investigaciones y experiencias a diez años de la Ley Nacional de Salud Mental* (pp. 125-146). Teseo.

Chiroleu, A. (2001). *Repesando la educación superior*. Editora UNR.

D' Agostino, A. M .E. (2015). Salud mental ¿un contenido presente en la formación de grado? Un estudio en la Facultad de Psicología, UNLP. *Perspectivas en psicología, 12*(3), 15-25.

De Alba, A. (1998). *Curriculum. Crisis, mito y perspectivas*. Miño y Dávila Editores.

Eisner, E. (1979). *The educational imagination. On the design and evaluation of school programs*. Mc. Millar publishing co. inc.

Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (s.f.a). *Sistema Académico. Programas*. https://bitly.ws/Zomx

Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (s.f.b). *Consejo Directivo. Sesiones de años anteriores.* https://bitly.ws/Zomy

Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (s.f.c). *Carreras de grado. Lic. en Psicología*. https://bitly.ws/ZomB

Faraone, S. y Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Teseo.

Fierro, C., Di Doménico, C. y Klappenbach, H. A. (2019). Análisis sociobibliométrico comparativo de la carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (1996-2017). *Universitas Psychologica, 18*(2), *1-29.* https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-2.asbc

Grindle, M. (2009). La brecha de la implementación. En Freddy Mariñez y Vidal Garza (coords), *Po-*

lítica pública y democracia en América Latina. Editorial Miguel Ángel Porrúa.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. Mc Graw Hill.

Jaime, F., Dufour, G., Alessandro, M. y Amaya, P. (2013). *Introducción al análisis de las políticas públicas.* Ed. Universidad Arturo Jaureche.

Jefatura de Gabinete de Ministros, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud de la República Argentina. (2015). *Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental.* Recuperado de https://bitly.ws/ZomH

Kraut, A. (2006). Derechos Humanos y salud mental en Argentina. En Emiliano Galende y Alfredo Kraut (Eds), *El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos* (pp. 113-147). Lugar Editorial.

Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental y Decreto Reglamentario 603/2013. Recuperado de https://bitly.ws/ZomQ

López-Roldán, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa.* Universidad Autónoma de Barcelona.

Luciani Conde, L. (2021). Por una matriz formativa alternativa en Salud Mental: Aportes de los estudios decoloniales al campo de la Salud Mental Colectiva/ Medicina Social Latinoamericana. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (10), 16-35.

Marshall, C. y Rossman, G. (1989). *Designing Qualitative Research.* Sage Publications.

Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014). *La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en los efectores de atención primaria de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires.* Recuperado de https://bitly.ws/Zon2

Naishtat, F., Toer, M., Arson, P., Kandel, V., Unzué, M. y Moguillansky, M. (2005). *Democracia y Representación en la Universidad. El caso de la Universidad de Buenos Aires desde la visión de sus protagonistas.* Biblios.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] - Organización Mundial de la Salud [OMS] (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.*

Rosales, M., y Ardila Gómez, S. (2017). *El proceso de implementación de la ley nacional de salud mental: obstáculos y desafíos. ¿Qué dicen los usuarios del servicio de salud mental?* En Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones (1er: 2017 may. 11-13).

Stolkiner, A. (2015a). Salud Mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En D. Gollán. *¿Qué Hacer en Salud? Fundamentos Políticos para una Soberanía Sanitaria* (pp. 57-70). Colihue.

Stolkiner, A. (2015b) Derechos Humanos y Salud desde el Pensamiento Médico Social/Salud Colectiva

Latinoamericano. En Llambías, J., Wolff, R. (Eds). *La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas.* Wolff Eds.

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, XXIII* (101), 57-67.

Stolkiner, A. (2020). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista Soberanía Sanitaria. Dossier Salud Mental.* Recuperado de: https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/

Universidad de Buenos Aires [UBA] (2013). Resolución 6768/2013. https://bitly.ws/Zond

Universidad de Buenos Aires [UBA] (s.f.a). Plan de estudios Licenciatura en Psicología. https://www.uba.ar/download/academicos/carreras/lic-psicologia.pdf

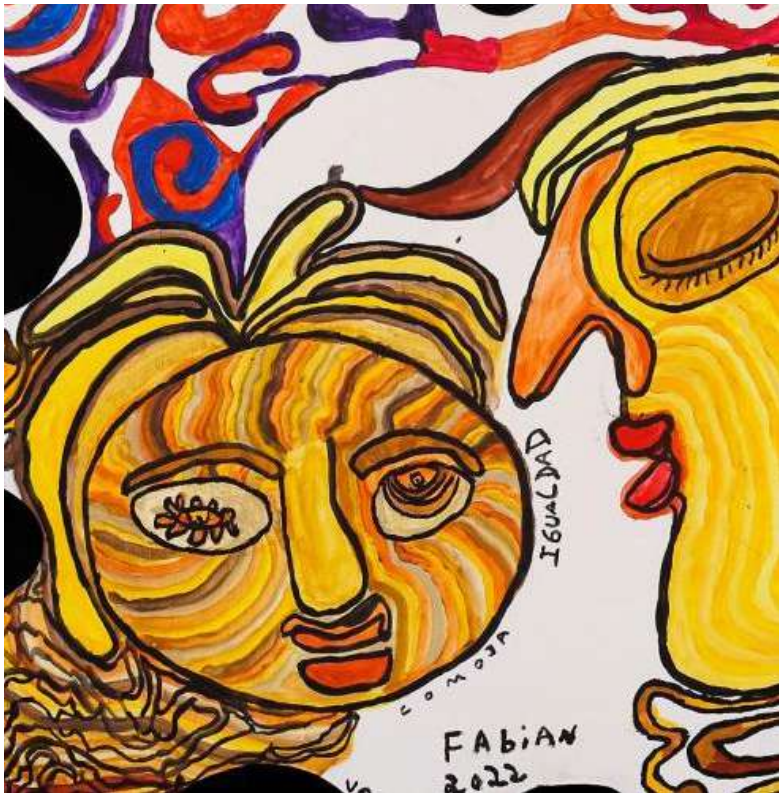
Universidad de Buenos Aires [UBA]. (s.f.b). Estatuto universitario. https://www.uba.ar/download/institucional/uba/9-32.pdf

Visacovsky, S.; Guber, R. y Gurevich, E. (1997). Modernidad y tradición en el origen de la carrera de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Buenos Aires. *Redes.* Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90711303009

Weiss R. (1994). *Learning from strangers. The art and method of qualitative interview studies.* The Free Press.

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Sopransi, M., Lenta, M. y Freire, M. (Agosto, 2011). *Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental.* IX Jornadas Nacionales De Debate Interdisciplinario En Salud Y Población. Instituto Gino Germani, Buenos Aires.



Historias memorables. Sobre los trabajos de la memoria a través de activismos artísticos en salud mental y derechos humanos

LA HAIJE, Marileen.
Investigadora postdoctoral de la Fundación Alexander von Humboldt, Departamento de Lenguas y Culturas Románicas, Universidad de Colonia (Alemania). Su investigación se centra en las intersecciones entre arte, salud mental y derechos humanos, enfocándose en prácticas artísticas que promueven los derechos de personas con sufrimiento mental en el Cono Sur.

Contacto: marileenlahaije@gmail.com

Recibido:14/08/2023; **Aceptado**: 23/10/2023

Cómo citar: La Haije, M. (2023). Historias memorables. Sobre los trabajos de la memoria a través de activismos artísticos en salud mental y derechos humanos. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (15), 57-71

Resumen

Este artículo se centra en los trabajos de la memoria realizados por colectivos artísticos en el Cono Sur que promueven los derechos de personas con sufrimiento mental, reconociendo la proliferación diversa de sus prácticas (muralismo, coproducciones literarias y cinematográficas, pintura y dibujo, documentación fotográfica, juegos narrativos, creaciones textiles, música, danza, teatro, etc.). Argumento que estos colectivos buscan visibilizar personas con sufrimiento mental como sujetos de memoria, y con ello, sujetos de derecho. Dan lugar a coproducciones artísticas que (re) valorizan memorias dolorosas de sufrimiento psíquico y encierro. Crean espacios comunitarios para compartir memorias y lazos sociales entre personas que han sido psiquiatrizadas a través de lenguajes artísticos diversos. Denuncian las desmemorias en la sociedad con respecto a las personas que padecen psíquicamente. Mis reflexiones se basan en las entrevistas que realicé con actores sociales clave en el campo: artistas, activis-

tas, expertas y expertos por experiencia, trabajadores de salud, estudiantes, investigadores y otras personas comprometidas con los activismos en salud mental y derechos humanos en Argentina, Chile y Uruguay.

Palabras clave: prácticas artísticas - activismos - salud mental - derechos humanos - trabajos de la memoria

Memorable stories. On the works of memory through arts-based practices of mental health and human rights activism

Abstract

This article focuses on the memory works carried out by artistic collectives in the Southern Cone that promote the rights of people who experience mental suffering, acknowledging the diverse proliferation of their arts-based practices (mural arts, literary and cinematographic co-productions, painting and drawing, photographic documentation, narrative games, textile creations, music, dance, theater, etc.). I argue that these collectives seek to visibilize people who experience mental suffering as subjects of memory and, correspondingly, subjects of rights. They facilitate artistic co-productions that (re)value painful memories of mental suffering and confinement. They foster community spaces where people who have been psychiatrized can share memories and social connections through diverse artistic languages. They denounce collective forgetfulness in society with respect to people who experience mental suffering. My reflections are based on the interviews I performed with key social actors in the field: artists, activists, experienced experts, healthcare workers, students, researchers and other people dedicated to mental health and human rights activism in Argentina, Chile and Uruguay.

Keywords: arts-based practices - activisms - mental health - human rights - memory works

Introducción

La psicóloga uruguaya Leonora Silva y el psicólogo uruguayo Walter Phillipps-Treby observan que sus estudiantes de psicología se conmovieron más al ver las viejas fotografías de víctimas de la dictadura uruguaya (1973-1985) que cuando conocieron las actuales "celdas" del hospital psiquiátrico Vilardebó en Montevideo (2009). Según Silva y Phillipps-Treby (quien fue preso político), las condiciones de reclusión de las internas y los internos del Vilardebó hoy en día guardan parentescos con las condiciones de las presas y los presos políticos durante la dictadura (p. 290). Destacan la necesidad de abordar nuestras "desmemorias" e ignorancias

respecto a los derechos humanos de personas con sufrimiento mental, "los otros humanos" (p. 338).

Contrarrestando estas desmemorias, colectivos artísticos en el Cono Sur (Argentina, Chile, Uruguay) buscan visibilizar personas con sufrimiento mental como sujetos de memoria, y con ello, sujetos de derecho. Reconociendo la proliferación diversa de prácticas artísticas en el Cono Sur que promueven los derechos de personas con sufrimiento mental (muralismo, coproducciones literarias y cinematográficas, documentación fotográfica, pintura y dibujo, juegos narrativos, creaciones textiles, música, danza, teatro, performances callejeras, etc.), este artículo tiene como objetivo identificar los múltiples trabajos de la memoria que realizan.[1] Mis reflexiones se basan en los conocimientos compartidos por artistas, activistas, expertas y expertos por experiencia, trabajadores de salud, estudiantes, investigadores y otras personas comprometidas con los activismos en salud mental y derechos humanos en el Cono Sur, como parte de las entrevistas que realicé para mi proyecto postdoctoral "Arts in Mind: Artistic Practices of Mental Health and Human Rights Activism in Latin America".

Enfoque conceptual y abordaje metodológico

El enfoque conceptual que desarrollo en este artículo se basa en la noción de los trabajos de la memoria introducida por Elizabeth Jelin (2012). Ella destaca la importancia de estudiar los diversos actores sociales que "intervienen en el trabajo de construcción y formalización de las memorias" (p. 72), reconociendo también que las memorias son "objeto de disputas, conflictos y luchas" (p. 36). Este carácter conflictivo se evidencia particularmente en el caso de las memorias de las personas con experiencias de sufrimiento psíquico que, recordando las observaciones de Phillipps-Treby y Silva, a menudo son objeto de desmemorias. En los siguientes apartados explicaré cómo los colectivos artísticos en el Cono Sur articulan la salud mental con la memoria[2], buscando (re)valorizar memorias de sufrimiento psíquico a partir de coproducciones artísticas, fomentando espacios creativos para la construcción de memorias y lazos sociales entre personas que han sido psiquiatrizadas, y denunciando las desmemorias en la sociedad con respecto a las personas que padecen psíquicamente.

Para poder identificar los diversos trabajos de la memoria que se realizan desde estos colectivos artísticos, realicé entrevistas (de formato semiestructurado) con actores sociales clave en el campo: artistas, activistas, expertas y expertos por experiencia, trabajadores de salud, estudiantes, investigadores y otras personas comprometidas con los activismos en salud mental y derechos humanos en Argentina, Chile y Uruguay. Im-

portantes decisiones metodológicas que tomé para las entrevistas incluyen: el consentimiento informado, la selección de participantes para las entrevistas y la lista de temas y preguntas para la conversación. Trabajé con formularios de consentimiento informado en los que las y los participantes podían indicar si querían ser citadas y citados con o sin su nombre. Las citas que se incluyen en este artículo concuerdan con estas indicaciones. Con respecto a la selección de participantes para las entrevistas, identifiqué a posibles participantes a través de un muestreo intencional, invitando a las personas coordinadoras de colectivos artísticos con visibilidad (inter)nacional. En segundo lugar, apliqué un muestreo de bola de nieve, siguiendo las sugerencias de las personas entrevistadas acerca de otras prácticas artísticas que desde su perspectiva son valiosas.

Los temas seleccionados para las conversaciones incluyen: el papel de las prácticas artísticas en los activismos en salud mental y derechos humanos en el Cono Sur, la relación entre las prácticas artísticas y la promoción de los derechos de personas con sufrimiento mental, las conexiones con otros movimientos de los derechos humanos en el Cono Sur (del pasado reciente y del presente) y el papel de la memoria como parte de dichas prácticas artísticas. Para fines de este artículo me centraré en los conocimientos compartidos de las personas entrevistadas en relación con la memoria.

1. (Re)valorizar memorias de sufrimiento psíquico

"Yo puedo describirte la guerra. Guerra, sí, sin armas, sólo la palabra reprimida. Las voces son las granadas, la contención los tanques, las pastillas las balas. […] Yo puedo contarte mi guerra que nace de la impotencia, cuando la puerta se cierra" (Los fuegos internos, 2019). Estas son las palabras de Daniel y forman parte de la película argentina *Los fuegos internos*. La película es el resultado de un proceso de co-creación, a lo largo de nueve años, entre las personas que participan en el colectivo artístico El cisne del arte, que están o han estado hospitalizadas en la institución psiquiátrica Dr. Alejandro Korn en Melchor Romero. A partir de los testimonios de tres amigos, Jorge, Miguel y Daniel, *Los fuegos internos* presenta un relato conmovedor sobre el sufrimiento psíquico, el encierro, la amistad y el amor.

Quisiera centrarme en la escena protagonizada por Jorge, ficcionalizado como Germán en la película. En esta escena, Germán utiliza movimientos corporales para dar testimonio de sus experiencias traumáticas de encierro. Se muestran distintas tomas de Germán, moviéndose en un sitio oscuro en ruinas: un cuerpo que tiembla, tirado en el suelo; las manos que cubren el rostro o se extienden hacia la luz; piernas temblorosas que intentan levantarse.

En una conversación con Laura Lago, coordinadora artística de El cisne del arte, ella me explica que esta escena ilustra el pasaje de la memoria a la ficción que ha sido una parte esencial del proceso creativo. Ficcionalizar, dar una forma artística a los recuerdos dolorosos y muchas veces abrumadores del sufrimiento mental, en cierto sentido ha sido un alivio para los protagonistas. "Una ficción es más agarrable", dice Laura (entrevista personal, 21 de noviembre de 2022). En el caso de Jorge, la forma artística de sus recuerdos se basa en movimientos corporales sin palabras: "Los movimientos que a él le recordarán y expresaran, a su vez, eso que había pasado para él ahí", explica Laura, "cuando él estaba internado en su momento crítico de padecimiento" (entrevista personal, 21 de noviembre de 2022). Jorge trabajó en colaboración con una coreógrafa para dar una forma artística a sus recuerdos a través de expresiones corporales y luego filmarlas. Después seleccionó las distintas tomas para la escena final.

Todo este proceso artístico, explica Laura, "ya produce que el sujeto no esté tan identificado con eso que le sucede, sino que puede tomar cierta distancia. […] Eso se puede llevar al arte, ¿no? Uno hace algo con la respuesta de un material, en este caso el movimiento, toma algunas decisiones, y de alguna manera se despega desde ese pasado" (entrevista personal, 21 de noviembre de 2022). Es decir, a la hora de interpretar, elaborar y editar artísticamente esta materia prima de sus experiencias traumáticas de sufrimiento psíquico y encierro, él ha sido capaz de crear cierta distancia reflexiva con respecto a dichas experiencias.[3]

También son significativas las coproducciones artísticas del colectivo chileno La Tecla. En 2022, publicaron cada mes un fanzine donde personas hispanohablantes compartieron sus testimonios sobre experiencias de sufrimiento mental, violencia psiquiátrica y disidencia, en un lenguaje artístico de su preferencia. Se incluyen poemas, cuentos y ensayos, pero también obras fotográficas, pinturas y dibujos. En una conversación con Carla Romero, fundadora de La Tecla, ella me explica que el fanzine busca facilitar una red de apoyo mutuo a través de expresiones artísticas compartidas. Carla reconoce que compartir y valorar historias y memorias personales de sufrimiento psíquico entre personas con experiencias similares puede tener un efecto terapéutico, no sólo a nivel individual, sino también a nivel comunitario (entrevista personal, 4 de noviembre de 2022).

Esta valoración es particularmente importante y urgente, si tomamos en consideración que las memorias de personas con sufrimiento psíquico a menudo son descalificadas en términos de imaginación o exageración. En este contexto, son elocuentes las observaciones de Carla:

> *A muchas personas que hemos sufrido violencia psiquiátrica se nos ha mermado nuestra memoria. [...] Se nos invalidan nuestros testimonios. Se nos dice como: "Ay, si tú no te acuerdas bien", o "es que estás un poco confundida o un poco loquita", o "sientes de más, exageras", blablabla, etcétera. [...] El hacerte cargo o apropiarte, esa es la palabra, apropiarte de tus memorias es un acto sumamente necesario cuando se te ha vulnerado en tu vida constantemente de esa forma. [...] Yo relato, porque necesito construir mi memoria y necesito validar mi memoria. Necesito hallar a otras personas que no cuestionen si lo que digo es verdad o mentira. Y en base a eso, sí creo que es una recopilación importante de memoria colectiva (entrevista personal, 4 de noviembre de 2022).*

El fanzine funciona, así, como un espacio artístico-comunitario para (re)valorizar memorias de sufrimiento psíquico, sabiéndose escuchada y escuchado, apoyada y apoyado de un modo cuidado, respetuoso y sin prejuicios.

2. Construir memorias y lazos sociales

Que también es posible y potente tejer memorias de sufrimiento psíquico nos muestra la artista chilena Paulina Sepúlveda. Ella organiza talleres de textil en Santiago de Chile que se llaman "Tejiendo como loc@s". Estos talleres fomentan un espacio creativo y comunitario para personas que han sido psiquiatrizadas, con el objetivo de construir memorias y lazos sociales. Esta construcción de memorias va de lo personal hacia lo grupal. Paulina me explica en nuestra conversación que varias de las personas que participan en el taller viven los efectos de la medicación psiquiátrica y la adicción a dichos medicamentos. Ella comparte las técnicas textiles como una "posibilidad de parar", "una posibilidad de estar quieta haciendo algo" (entrevista personal, 27 de octubre de 2022):

> *O sea, uno está, la mayor parte del cuerpo, las extremidades pueden estar quietas y el movimiento viene de los dedos, sea telar, sea crochet, sea palillo, distintas técnicas. Y cuando hay un nivel de daño como corporal, el estar quieto es una posibilidad hermosa dentro de todos los malestares que pueden estar sucediendo. [...] Para mí es muy traducible como al estado meditativo [...] como un estado de meditación activo también. Es como el limbo para poder dejar quieta la mente también (entrevista personal, 27 de octubre de 2022).*

Este estado particular de "estar quieta haciendo algo" tiene, además, un resultado visual, que en el contexto grupal de los talleres se puede compartir con otras personas. Paulina cuenta que "es algo que nos pasa a las tejedoras, que cuando estamos tejiendo también estamos conversando muchas veces. Y eso es bonito, como el tejer con palabras y armar un tejido en común al final" (entrevista personal, 27 de octubre de 2022). El taller presenta un espacio comunitario donde se van tejiendo memorias, palabras, creaciones y lazos sociales.

La producción de lazos sociales es una característica importante de los trabajos de la memoria, que se realizan desde los colectivos artísticos comprometidos con los activismos en salud mental y derechos humanos en el Cono Sur. Se evidencia particularmente en las prácticas cotidianas de la memoria que se movilizan en estos espacios. Es significativo, en este contexto, el colectivo artístico Crisálida (Arte, Salud Mental, Prácticas del Buen Vivir): proyecto de extensión de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que trabaja desde hace 16 años con personas con padecimiento mental severo y en situación de vulnerabilidad social. En una conversación con Sonia Malva Basualdo, coordinadora del colectivo Crisálida, ella me cuenta sobre los festejos de cumpleaños que forman parte de las prácticas cotidianas de la memoria. Habla sobre uno de las y los talleristas que tiene el apodo Funes el Memorioso, haciendo alusión al cuento de Jorge Luis Borges sobre un personaje, Funes, que recuerda absolutamente todo; no olvida nada. Entonces, este participante del colectivo Crisálida recuerda todas las fechas de cumpleaños de las y los talleristas, incluyendo también sus signos. Esta "memoria chiquitita", dice Sonia Malva, como los festejos de cumpleaños, forma parte de una memoria colectiva que se va construyendo en Crisálida, que marca hitos y crea lazos entre personas en situación de vulnerabilidad que muchas veces no tienen familia (entrevista personal, 30 de noviembre de 2022).

Quisiera destacar también las prácticas cotidianas de la memoria que son movilizadas a través de propuestas lúdico-artísticas en el Hospital Infanto Juvenil "Doctora Carolina Tobar García" en la Ciudad de Buenos Aires. Muchas niñas, niños y adolescentes hospitalizadas y hospitalizados, que a menudo vienen de contextos de vulnerabilidad social, se encuentran en una situación de espera. Esperan a que puedan retomar sus actividades escolares, reconstruir los lazos familiares y comunitarios, disfrutar de posibilidades culturales y espacios naturales en su entorno. La internación (a veces prolongada) se presenta como una sala de espera donde la narración de sus historias de vida queda en una pausa, sólo movilizada por lo que el hospital puede ofrecer dentro de los límites de la escasez de recursos.

El equipo de recreación y tiempo libre del Hospital Tobar García busca movilizar este tiempo de espera a través de propuestas lúdico-artísticas, creando espacios de encuentro y de disfrute en los lugares de convivencia durante las internaciones. Conversando con Santiago Barugel, parte del equipo de recreación y tiempo libre del hospital, él me cuenta sobre varios de estos encuentros e historias "memorables" (entrevista personal, 4 de diciembre de 2022). Explica que el tiempo liberado en el hospital, abundante en una internación de estas características, a menudo agudiza el sufrimiento psíquico y problematiza los vínculos entre compañeras y compañeros de sala, mediados por la abulia o la violencia. El "lugar del otro", dice Santiago, "más que un compañero de juego, puede ser de alguien que puede agredirme o a quien debería agredir […] desde la impulsividad o desde una cuestión defensiva" (entrevista personal, 4 de diciembre de 2022). Las propuestas lúdico-artísticas buscan "encontrar el puente", "encontrar alguna forma de que se puedan relacionar desde el placer por jugar" (entrevista personal, 4 de diciembre de 2022):

> *Hay una anécdota que me encanta contar, con dos nenes que están discutiendo, ¿no? Parece que se van a terminar peleando. [...] Acá en Buenos Aires dentro del lenguaje juvenil, hay una frase que dice "te voy a hacer pollo". Quiere decir que te voy a reventar a piñas básicamente, te voy a golpear mucho, dar una tunda. Entonces este nene antes de pegarle, le dice al otro –yo estaba en el medio aparte, tratando de que no ocurra, poniendo el cuerpo más que nada–, y en vez de decirle: "Te voy a hacer pollo", le dice: "Te voy a hacer pollo a la pomarola" [...] Y me empecé a reír, porque por lo general es "te voy a hacer pollo" y viene la piña, pero eso lo del "pollo a la pomarola" me causó mucha gracia, porque ya estás hablando de un plato de comida. [...] Y digo: "¿Pero sabés cómo se hace un pollo a la pomarola?" [...] Y los tres nos pusimos a pensar en cómo era la receta del pollo a la pomarola, lo que les llevó a pensar en qué cosas les gustaba cocinar, si sabían cocinar, porque eran nenes muy chiquitos. Uno empezó a contar que le cocinaba a los hermanitos. Y terminamos armando un juego de cocina, un restaurante. Teníamos ahí algunas cosas, unas comidas de juguete, e hicimos un restaurante con Delivery (entrevista personal, 4 de diciembre de 2022).*

Otra experiencia significativa, compartida por Santiago, tiene que ver con los juegos de rol narrativos que se fueron multiplicando en las distintas salas de internación del hospital en el contexto de la pandemia. Cada participante creó su propio personaje imaginando sus

experiencias pasadas, sus deseos y metas futuras, sus potencias mágicas. Y juntas y juntos fueron narrando una historia fantástica con personajes épicos, llena de aventuras, viajes, encuentros y desencuentros memorables.[4] Uno de los objetivos centrales del equipo de recreación y tiempo libre del hospital es construir lazos duraderos con espacios comunitarios de juego, para que estas prácticas de narración y memoria a través del juego continúen después de la hospitalización.

3. Contrarrestar las desmemorias

Las coproducciones del grupo de teatro comunitario El Brote en Bariloche, que integra a personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad psicológica y social, apuntan a las dimensiones políticas de los trabajos de la memoria realizados por colectivos artísticos comprometidos con los activismos en salud mental y derechos humanos. Gabriela Otero, fundadora de El Brote, observa en nuestra conversación que la memoria es clave en los procesos de creación y de construcción de agencia que se movilizan desde el colectivo: "una memoria no como algo fijo, sino como una memoria que se transforma y que nos transforma" (entrevista personal, 3 de diciembre de 2022). Junto con las y los integrantes del grupo de teatro, Gabriela busca "ir tejiendo los presentes: el tiempo presente en cada improvisación, en cada ensayo, en cada clase. Poder tejer presentes para construir una trama que permitiese la memoria, tanto a nivel individual como a nivel grupal" (entrevista personal, 3 de diciembre de 2022). Explica, en este contexto, que el tiempo del "brote", del delirio, es un "puro presente", un "puro presente también desarticulado" donde se produce a menudo una pérdida de pedazos de la memoria (entrevista personal, 3 de diciembre de 2022). Para poder recuperar y unir estos pedazos de la memoria, se usan varias herramientas como parte del proceso de creación dramatúrgica, incluyendo registros escritos y cambios de roles.

Gabriela añade que "siempre hay la posibilidad de una lectura en clave política de las cuestiones individuales que se presentan en las obras" de El Brote (entrevista personal, 3 de diciembre de 2022). Esta clave política, dice ella, permite "contextualizar y entender los padecimientos personales, los padecimientos de un grupo de personas, la pobreza, la locura, la marginación" (entrevista personal, 3 de diciembre de 2022). En efecto, estas experiencias no deben ser entendidas como "dramas singulares" (entrevista personal, 3 de diciembre de 2022) sino como parte del entramado social.

Las coproducciones artísticas del Frente de Artistas del Borda, activo desde 1984 en la institución psiquiátrica "José Tiburcio Borda" de la Ciudad de Buenos Aires (el cual opera independientemente de dicha institución), movilizan lecturas de la "locura" en clave política.

Como observa Natalia Gómez, antigua integrante del Frente de Artistas del Borda, es importante tomar en consideración el contexto sociopolítico de formación de este colectivo artístico –recién acabada la última dictadura militar en Argentina (1976-1983)–, para poder valorar el carácter pionero e innovador de sus prácticas:

> *En todo ese contexto de oscuridad de que se estaba saliendo, de tortura, de desaparición de personas, que haya surgido dentro del manicomio una experiencia artística con la convicción de que las personas que estaban ahí adentro también son sujetos de derecho, y que tenían la posibilidad de formarse como artistas y de salir de ese lugar donde están y estuvieron internadas muchos años. Me parece también de las experiencias más valiosas [...] por su propio contexto de formación (entrevista personal, 3 de diciembre de 2022).*

Quisiera centrarme en la exposición "Sin reserva" (2017) del Frente de Artistas del Borda, que pone en evidencia las dimensiones políticas de los trabajos de la memoria realizados por colectivos artísticos comprometidos con los activismos en salud mental y derechos humanos, así como sus luchas contra la desmemoria de personas que padecen psíquicamente. La exposición muestra, además, los modos en que los activismos en salud mental y derechos humanos se vinculan con, y expanden, los movimientos de los derechos humanos que luchan por la memoria de las víctimas de la última dictadura militar en Argentina.

Ahí entro en diálogo con Milagros Oberti, quien observa acertadamente que el arte se presenta como un "potencial lugar de politización de la salud mental y de memoria del manicomio" (2022, p. 240). Dice ella que "hay una politización de la salud mental y una política de las imágenes del manicomio posible en tanto realizan un recorrido que comienza desde el manicomio y arriban al espacio público donde aparecen ante otro dispuesto a ser afectado" (244). Compartiendo esta visión, Natalia explica que el Frente de Artistas del Borda moviliza "prácticas concretas y reales de intercambios reales, de interacciones reales, desde adentro hacia el afuera" (entrevista personal, 3 de diciembre de 2022). "En ese puente, en ese entre", dice ella, "es donde se van generando este sentirse en relación al ejercicio de los derechos" (entrevista personal, 3 de diciembre de 2022).

La exposición "Sin reserva" efectivamente hace posible este recorrido desde el adentro del manicomio hacia el afuera del espacio público. Este espacio público moviliza, además, memorias relacionadas con las víctimas de la dictadura. La exposición tuvo lugar en el ex centro clandestino de detención, tortura y exterminio

"El Olimpo", que ahora funciona como espacio para la memoria y la promoción de los derechos humanos.

Como parte de la exposición, integrantes del Frente de Artistas del Borda realizaron una performance fotográfica, mostrando las fotografías conocidas de víctimas de desapariciones forzadas durante la dictadura, en yuxtaposición con las fotografías menos conocidas de mujeres y hombres fallecidos recientemente en instituciones psiquiátricas argentinas. A través de esta yuxtaposición se sugiere una articulación entre las injusticias del pasado reciente, en tiempos de la dictadura, y las injusticias que siguen ocurriendo en instituciones psiquiátricas.[5] Además, la performance fotográfica destaca los contrastes en cuanto a la visibilidad de diferentes memorias. A diferencia de las víctimas de la dictadura, personas fallecidas en instituciones psiquiátricas pocas veces figuran en los discursos públicos sobre la memoria.

Las "memorias antimanicomiales" (Baroni, 2019, p. 20) que se producen desde Radio Vilardevoz en Montevideo, a partir de producciones artístico-culturales diversas, no sólo movilizan una lectura de la "locura" en clave política, sino que también apuntan a transformaciones a nivel social y político. Es ilustrativa la performance callejera durante la Marcha por la salud mental, desmanicomialización y vida digna en octubre de 2022. Integrantes de Radio Vilardevoz construyeron un autobús de cartón que decía, entre otros enunciados: "Subite a este bus que nadie te va a bajar".[6] La performance no sólo hace alusión a la figura histórica de la nave de los locos –figura que simboliza la marginalización y exclusión social de las personas que padecen psíquicamente–, sino que también, y más urgentemente, refiere a un hecho reciente que pone en evidencia la discriminación de personas en situaciones de vulnerabilidad psicológica hoy en día. En julio de 2022, bajaron del autobús a un joven que pasaba por un momento crítico de sufrimiento psíquico, dejándolo solo en la ruta donde fue atropellado por un auto. Concluyo este apartado con las palabras de Alba Villalba, integrante de Radio Vilardevoz, quien describe elocuentemente la dimensión política de las memorias antimanicomiales del colectivo:

> *La consigna de este Ómnibus era "No te baja nadie", porque lo que tenemos que hacer como sociedades, que cuando las autoridades competentes no saben cómo funcionar, hay que mostrarles el camino. Este es el mensaje de nuestra voz, de la comunicación: mostrar, transformar y empezar por uno mismo esta transformación que queremos. (Entrevista personal, 14 de octubre de 2022).*

Consideraciones finales

Colectivos artísticos comprometidos con los activismos en salud mental y derechos humanos en el Cono Sur nos invitan a reflexionar críticamente sobre las memorias y desmemorias que se producen en la sociedad: ¿Qué experiencias consideramos memorables, y cuáles no? ¿Las memorias de quiénes valoramos, y cuáles no? ¿Los testimonios de quiénes creemos, y cuáles no? Como vimos, las experiencias, memorias y testimonios de personas que padecen psíquicamente a menudo son objeto de desvalorización, estigmatización y desmemoria. Colectivos artísticos en el Cono Sur van en contra de estas desmemorias.

Dan lugar a coproducciones artísticas que buscan (re)valorizar memorias dolorosas de sufrimiento psíquico y encierro. Crean espacios comunitarios para compartir memorias y lazos sociales entre personas que han sido psiquiatrizadas a través de lenguajes artísticos diversos. Y, además de las prácticas cotidianas de la memoria (los festejos de cumpleaños, por ejemplo), llevan a cabo prácticas más politizadas de la memoria que denuncian las desmemorias en la sociedad con respecto a las personas que padecen psíquicamente. Este estudio no está completo, sino que invita a seguir explorando los diversos trabajos de la memoria que realizan los activismos artísticos en salud mental y derechos humanos, a partir de preguntas como: ¿de qué modos se articulan injusticias del pasado reciente y del presente en estas prácticas artísticas? ¿Qué recursos artísticos se utilizan para dar testimonio de experiencias de sufrimiento psíquico? ¿Podemos construir una memoria cultural de las radios locas, y de las marchas del Orgullo Loco (que incluyen diversas expresiones artísticas)? ¿Qué prácticas de la memoria relacionadas con los activismos artísticos en salud mental y derechos humanos podemos identificar más allá del Cono Sur?

Bibliografía

Baroni, C. (2019). *Una Historia de Loc@s. Aportes de Radio Vilardevoz al proceso de desmanicomialización en Uruguay (1997-2017)*. Tesis doctoral. Universidad de la República Uruguay.

Barugel, S. y La Haije, M. (2023). Experiencias lúdico-narrativas en tiempos de espera. Reflexiones sobre los juegos de rol narrativos en el hospital C. Tobar García. *Lúdicamente, 12*(24).

Carpintero, E., y Vainer, A. (2005). *Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70, tomo 2, 1970-1983.* Topía.

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2008). *Vidas arrasadas. la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos.* Siglo XXI.

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2018). *Salud mental: la historia del trabajo del CELS.* CELS.

Colectivo Latinoamericano de Trabajo Psicosocial. (1980). *Así buscamos rehacernos. Represión, exilio, trabajo psico-social.* COLAT/CELADEC.

Comisión Provincial por la Memoria. (2011-presente). *El sistema de la crueldad*. Comisión Provincial por la Memoria.

Dobles, I. (2009). *Memorias del dolor. Consideraciones acerca de las Comisiones de la Verdad en América Latina.* Arlekín.

Galende, E. (2014). Memoria: el pasado nos debe enseñar algo sobre el presente. *Salud Colectiva, 10*(2), 265-278.

Instituto de Salud Mental y Derechos Humanos. (1994). *Psicología y violencia política en América Latina*, ILAS.

Jelin, E. (2012). *Los trabajos de la memoria.* Instituto de Estudios Peruanos.

Lastra, M. S. (2023). Salud mental y derechos humanos: la territorialización de un nuevo saber sobre el terrorismo de Estado y sus efectos. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos.*

Oberti, M. L. (2022). Imágenes de lo manicomial en el arte contemporáneo argentino. El arte como un lugar de politización y memoria de la salud mental. *Revista Sociedad,* (45), 240-261.

Phillipps-Treby, W. y Silva, L. (2009). Proyecto para una Maestría en Celdas. En G. Etcheverry y A.L. Protesoni (eds.). *Derivas de la psicología social universitaria* (pp. 273-350). Levy Ediciones.

VV.AA. (2019). *Los fuegos internos.* El cisne del arte.

Notas

1. La introducción de prácticas artísticas que se presenta en este capítulo no es exhaustiva. Solo en Argentina, por ejemplo, existe una prolífica diversidad de intervenciones artísticas en las distintas provincias, incluyendo emprendimientos sociales con producciones artístico-culturales (por ejemplo, Movida de Locos en La Plata, Buenos Aires), programas de radio culturales (por ejemplo, Luna enlozada en la Ciudad de Buenos Aires) y proyectos comunitarios con actividades artístico-culturales (por ejemplo, El Gomecito en Rosario, Santa Fé). En el caso de Uruguay, es relevante mencionar la editorial comunitaria del Espacio Cultural Bibliobarrio (Montevideo), que crea un espacio de trabajo inclusivo para personas que han sido psiquiatrizadas. También son significativas las marchas anuales del Orgullo Loco en Chile (y otros países latinoamericanos) que incluyen diversas expresiones artísticas: danza, música, muralismo, pintura, entre otras.

2. Es relevante añadir que la articulación entre la memoria y la salud mental en el Cono Sur se viene conceptualizando y practicando especialmente desde las organizaciones centradas en las repercusiones psicoso-

ciales del terrorismo de Estado, a raíz de las dictaduras conosureñas. El trabajo del Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS) en Chile constituye un referente importante en este contexto. Además de dar atención psicosocial a las personas afectadas por la dictadura chilena, las y los profesionales del ILAS han introducido perspectivas teóricas innovadoras en torno a los efectos psicosociales del terrorismo de Estado (1996). Por ejemplo, critican la categoría del trastorno de estrés postraumático que, al centrarse en el funcionamiento psicológico individual, despolitiza las causas del sufrimiento mental de las víctimas de la violencia política. Según las y los profesionales del ILAS, habría que entender los problemas de salud mental no como casos clínicos individuales, sino como consecuencia de "situaciones de 'patología social'" (Dobles, 2009, p. 79). Esta politización de la salud mental es una característica clave de la articulación entre la salud mental y las memorias del terrorismo de Estado que se viene conceptualizando y practicando desde el ILAS y otros colectivos centrados en las repercusiones psicosociales del terrorismo de Estado, incluyendo, entre otras, el Centro de Estudios Legales y Sociales, el Colectivo Latinoamericano de Trabajo Psicosocial y la Comisión Provincial por la Memoria. Para una discusión más detallada sobre la construcción de saberes y memorias en torno a las repercusiones psicosociales del terrorismo de Estado, a raíz de las dictaduras conosureñas, pueden consultar *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70, tomo II (1970-1983)* (2005) de Enrique Carpintero y Alejandro Vainer, *Memorias del dolor. Consideraciones acerca de las Comisiones de la Verdad en América Latina* (2009) de Ignacio Dobles, *Memoria: el pasado nos debe enseñar algo sobre el presente* (2014) de Emiliano Galende, *Salud mental: la historia del trabajo del CELS* (2018) del Centro de Estudios Legales y Sociales, *Salud mental y derechos humanos: la territorialización de un nuevo saber sobre el terrorismo de Estado y sus efectos* (2023) de María Soledad Lastra, entre otras.

3. Laura añade también que la creación artística de escenas que dan cuenta de experiencias traumáticas de encierro (incluyendo la escena protagonizada por Jorge) a veces afectó profundamente a los protagonistas y a otras personas con experiencias de sufrimiento psíquico que participaron en la co-producción de la película (entrevista personal, 21 de noviembre de 2022).

4. Para un análisis más detallado de cómo estos juegos de rol narrativos en el hospital Tobar García movilizan la construcción de sujetos narradores y, con ello, sujetos de derecho, pueden consultar: Barugel, S. y La Haije, M. (2023). Experiencias lúdico-narrativas en tiempos de espera. Reflexiones sobre los juegos de rol narrativos en el hospital C. Tobar García, *Lúdicamente 12*(24).

5. Organizaciones de los derechos humanos en Argentina dan cuenta de la vulneración de los derechos en instituciones psiquiátricas en el país: contenciones físicas, aislamiento prolongado, restricción de vínculos familiares, uso abusivo de la medicación, entre otras (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2008; Comisión Provincial por la Memoria, 2011-presente).

6. “Resistencia loca”, “Desmanicomializar la vida”, “La locura es libre”, “Siempre hay manos solidarias” y “¡Transportate en el bus-loco!” son otros de los enunciados pintados en el bus con distintos colores y dibujos.

Evaluación de la calidad de la atención en Salud Mental, con enfoque de Derechos Humanos del Centro de Salud Mental Familiar Lampa en Santiago de Chile durante 2020[1]

PINO PÉREZ, Pamela.
Psicóloga, Máster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria; Diplomada en Gestión de Servicios de Salud Mental en el Sistema de Atención Pública, Universidad de Chile (UdeC). Mainor en Sociología, Universidad Diego Portales. Licenciada en Educación Básica, Pontificia Universidad Católica de Chile. Directora de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud de la Universidad Los Andes

Contacto: sppino@uandes.cl

Recibido: 01/08/2023; **Aceptado**:25/08/2023

Cómo citar: Pino Pérez, P. (2023). Evaluación de la calidad de la atención en Salud Mental, con enfoque de Derechos Humanos del Centro de Salud Mental Familiar Lampa en Santiago de Chile durante 2020. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (15), 72-94

Resumen

Con la reforma psiquiátrica en Chile se crea el Centro de Salud Mental Comunitario, haciendo uso de un nuevo modelo para la atención. Allí, la calidad y el respeto de los derechos humanos son fundamentales para el bienestar de los usuarios. Conocer la calidad de las atenciones con un enfoque de derechos humanos en el Centro de Salud Mental Familiar Lampa es el objetivo de este estudio. Método: para evaluarlo se administraron dos temas del QualityRights de la OMS: *El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible* y *El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad.* Se entrevistó a siete usuarios, cinco familiares y seis trabajadores del centro de salud. La información se analizó siguiendo las indicaciones del instrumento y haciendo uso de Temple Analisys. Resultados: el Centro de Salud Mental Familiar Lampa obtuvo un logro parcial con relación a la disponibilidad de sus atenciones, un logro inicial para el plan de recu-

peración conducido por el usuario, personal calificado y calidad de la atención. Un logro no iniciado para medicación psicotrópica, disponibilidad de atención para salud general y todos los criterios para el apoyo social al usuario, dificultando la inclusión en su comunidad. Discusión: los resultados confirman la necesidad de adquisición de competencias y herramientas del modelo de salud mental comunitario entre los profesionales del Centro, para favorecer tratamientos de calidad, basados en el respeto de los derechos humanos.

Palabras claves: cuidados ambulatorio - derechos humanos - servicios de salud mental

Evaluation of the quality of care in Mental Health with a Human Rights approach of the Lampa Family Mental Health Center in Santiago de Chile during 2020

Summary

With the psychiatric reform in Chile, the Community Mental Health Center is created, making use of a new model for care. In this new model, quality and respect for human rights are fundamental for the well-being of users. The objective of this study is to know the quality of the attentions with a humans rights approach at the Lampa Family Mental Health Center. Methodology: to evaluate it, two themes of the WHO QualityRights Assessment toolkit were applied.: *The right to enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* and *The right to live independently and be included in the community.* Seven users, five family members and six Mental Health Center staff members were interviewed. The information was analyzed following the instrument's instructions and using Temple Analysis. Results: the Lampa Family Mental Health Center obtained an achieved partially in relation to the availability of its attentions, an achievement initiated for: the recovery plan driven by the user, qualified personnel and quality of care. A Not initiated for psychotropic medication, availability of general health care and all criteria for social support to the user, making it difficult to be included in their community. Discussion: the results confirm the need to acquire the skills and tools of the Community Mental Health Model among the staff of the Center, to favor quality treatments, based on respect for human rights.

Key words: ambulatory care - human rights - mental health services

Introducción

Desde el comienzo del proceso de reforma de salud mental, motivada principalmente por el término

del modelo asilar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha apoyado a los países que se han adherido: ha creado material orientador del modelo comunitario, ha brindado ofertas de capacitación en temas de salud mental, publicaciones del área, informes de los sistemas de salud mental de países y ha diseñado herramientas de evaluación, entre muchas otras tareas.

Chile es uno de los países de Sudamérica que adhirió a la reforma de la salud mental con la Declaración de Caracas (Organización Panamericana de Salud, 1990), poniendo énfasis en el modelo comunitario tal como lo propuso la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, por ende, la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Con la vuelta a los gobiernos democráticos se posibilitaron cambios para la entrega de servicios en salud mental, tras recibir recursos económicos estatales.

Se busca de manera paulatina terminar con los hospitales psiquiátricos, al menos en la forma como habían sido concebidos, cerrando o reconvirtiendo camas de larga estadía por corta estadía. Se crean una serie de nuevos dispositivos comunitarios que responden a las distintas necesidades de las personas en salud mental (Thornicroft y Tansella, 2001; Minoletti y Zaccaria, 2005; Ministerio de Salud, 2017a).

Con los dispositivos creados se organiza una red de salud mental, promulgada con la Resolución Exenta Nº.802 que aprueba la *Norma Técnica Nº.35 para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría*, se fortalecen las unidades de psiquiatría en los hospitales generales y, simultáneamente, se refuerza la atención ambulatoria.

Un dispositivo de esta nueva red es el Centro de Salud Mental Comunitario. Dentro de esta categoría se incluye los Hospitales de Día, el Consultorio Adosado de Especialidad (CAE), el Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), los Consultorios de Referencia en Salud (CRS) y los Centros de Salud Mental Familiar (COSAM). En el 2008, al aprobarse la *Norma General Técnica Nº 106 para la implementación y funcionamiento de Centros de Salud Mental Comunitaria*, se define al COSAM como un establecimiento ambulatorio de especialidad en salud mental y psiquiatría que pertenece al nivel Secundario de Resolución. Se encuentra integrado a la Red de Salud General y al subsistema de Salud Mental, y tiene por función brindar servicios integrales de salud mental y psiquiatría a personas y familias con problemas y trastornos mentales de moderada a alta severidad, en todas las etapas del ciclo vital, usando el modelo comunitario para salud. En este mismo documento se hace alusión a características mínimas con las que debe cumplir en infraestructura y recurso humano, así como algunas sugerencias para la planificación de tratamientos (MINSAL, 2008).

Imagen 1. Red de Salud Mental y Psiquiatría

Fuente: Adaptado del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (MINSAL, 2017a)

Los COSAM cuentan con un equipo multidisciplinar, constituido por profesionales de salud de distintas especialidades y también personal técnico. Como se mencionó, el modelo comunitario está en la base de la atención, el ejercicio de derechos de los usuarios y la calidad e integralidad de sus planes de tratamientos. Queda establecido que desde un enfoque de derechos las políticas de salud no solo deben centrarse en el acceso a la atención de salud mental y al tratamiento de los síntomas, sino también deben apuntar a impactar las

condiciones y espacios de vida que propiciaron el malestar y establecer mecanismos de participación para potenciar y generar las condiciones para el ejercicio de sus derechos y la inclusión en su comunidad (MINSAL, 2018).

Desde sus inicios, la conformación de estos establecimientos ha sido muy heterogénea; las diferencias permanecen hasta hoy debido a la lógica administrativa-financiera de los gobiernos municipales de los que dependen. Como consecuencia, se han sostenido en el tiempo, pero en desmedro de aspectos técnicos necesarios para la implementación y desarrollo de un modelo interventivo clínico-comunitario (MINSAL, 2000, 2018).

Otro avance del Estado chileno en esta materia ha sido la creación de leyes que buscan garantizar a través de cuerpos jurídicos el apoyo a los usuarios del sistema social y de salud, como por ejemplo, la creación de la Ley 18.600, de 2018, bajo el nombre de *Normas sobre Deficientes Mentales"* o la Ley 20.422, de 2022, con el nombre de *Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad* , aportando a la visualización de necesidades que ameritan ser consideradas por el Estado, nuestro sistema de salud y la sociedad en general. Aunque pueden parecer insuficientes, son avances que se deben valorar en su justa medida.

El primer semestre del 2021 se promulga la primera normativa en salud mental, la Ley Nº 21.331 denominada *Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.* Esta incluye en sus materias los derechos que tienen las personas con diagnósticos en salud mental, como el derecho a la integridad psíquica, el derecho a recibir información sobre su diagnóstico, el derecho a tener atención especializada y el derecho al reintegro a su familia y comunidad. El objetivo de esta ley es reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedades mentales, discapacidad psicosocial, discapacidad psíquica o intelectual (Ley 21.331, 2021). Con esta ley nuestro país da un paso más en el cumplimiento de las orientaciones de la OMS, avanzando en la reforma de salud mental.

Antes de cerrar este apartado, cabe aclarar que la autora, desde su posición ética, no comparte la nomenclatura (por ejemplo, deficientes mentales) de las normativas citadas, dado que reproducen un vocabulario estigmatizador.

Centro de Salud Mental Familiar Lampa

En Lampa, comuna semi rural ubicada al norte de Santiago de Chile, existe un COSAM, único centro de este tipo, que recibe el nombre de COSAM-Lampa. Depende administrativamente de la Corporación de Desarrollo Social de la Municipalidad, técnicamente del

Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), con dependencia económica y técnica del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y del Fondo Nacional de Salud (FONASA), seguro de salud del sistema público.

Para su mejor funcionamiento está organizado en tres programas: 1. Programa de Adultos, que incluye un subprograma de Trastornos Mentales Severos (TMS); 2. Programa Infanto-Juvenil; y 3. Programa de Alcohol y Drogas. El modelo biomédico sigue definiendo la atención, aunque de manera paulatina se han incorporado recursos del modelo biopsicosocial.

En el 2020, el centro de salud es evaluado con el set de herramientas *QualityRights*; un instrumento creado por la OMS basado en la Convención de Derechos Humanos para las Personas con Discapacidad (CDPD) (Organización de Naciones Unidas, 2006). El diagnóstico llevado adelante por una única evaluadora buscó obtener insumos que orientaran un plan de mejoras para ese centro de salud, posibilitando tratamientos de calidad basados en el respeto de los derechos humanos, teniendo como base el Modelo de Salud Mental Comunitario (MSMC).

El modelo comunitario, el respeto de los derechos humanos y la calidad de los servicios de salud mental están estrechamente relacionados y esto es reflejado por la evidencia científica. Los efectos que tiene para la salud mental de las personas resultan muy positivos. El presente artículo corresponde a un resumen con la información obtenida en esta evaluación diagnóstica realizada como trabajo final de tesis, para la obtención del grado de Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. El artículo inicia relatando algunas de las evaluaciones realizadas en el país en servicios de salud mental, para dar paso, en un segundo momento, a la entrega de resultados de la evaluación del COSAM-Lampa.

Calidad de la Atención y Derechos Humanos en Salud Mental

En Chile se han realizado experiencias que han buscado medir diferentes aspectos de la salud mental orientadas a la calidad. En 2002, el Departamento de Salud Mental del MINSAL realizó la *Evaluación Atención en Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria.* Se evaluó el trabajo de los equipos de profesionales que se desempeñaban en centros comunitarios. El instrumento diseñado para la ocasión contó con 27 estándares, que consistían en evaluar las actividades comunitarias de los centros, satisfacción usuaria, competencias del recurso humano, actividades con la red de salud mental y la participación activa de los usuarios en la planificación de sus tratamientos. La muestra represen-

tó al 30% de los equipos de salud mental y psiquiatría a nivel nacional. Los resultados de este trabajo arrojaron que un 75% de los equipos se encontraban por debajo del puntaje mínimo, no cumpliendo con los estándares. A la fecha no fue posible encontrar información de una nueva evaluación bajo esta misma lógica y con este mismo instrumento (MINSAL, 2003; MINSAL, 2018).

En el 2007 Chile implementó un sistema de Acreditación para prestadores de salud del ámbito público y privado. El proceso de acreditación realizado por la Superintendencia de Salud corresponde a una evaluación del cumplimiento de los estándares mínimos establecidos por MINSAL, para garantizar la calidad de las atenciones, velando por la seguridad de los usuarios. Este proceso tiene una periodicidad cada tres años, y los establecimientos de salud están obligados a re acreditarse para su funcionamiento, vencido este tiempo. A la fecha no existe un proceso de acreditación homologable para los COSAM (Decreto 15, 2020).

Otra evaluación al sistema de salud mental nacional es el WHO-AIMS, sugerida por la OMS. En nuestro país se ha utilizado dos veces: en 2004 y en 2012. El instrumento de medición lo definen indicadores en seis áreas: política y marco legislativo; servicios de salud mental; salud mental en Atención Primaria de la Salud (APS); recursos humanos; educación de la población y trabajo con otros sectores; monitoreo e investigación.

Los resultados del 2º Informe de WHO-AIMS destacaron al centro de salud mental comunitario por presentar un menor tiempo de espera para el ingreso de una primera atención, más cantidad de atenciones por persona y un mayor grado de desarrollo del modelo comunitario, en comparación con otros dispositivos. Entre sus brechas se señaló un número reducido de centros de salud de tipo comunitario, la falta de recurso humano especializado según lo recomendado por la Norma Técnica 106 y la evidente diferencia en la calidad de la atención, según el Servicio de Salud en el que está adscrita la persona (MINSAL, 2014).

En relación a la calidad de las atenciones y sus consecuencias positivas en salud mental, existen variadas publicaciones, sobre todo en países anglosajones y europeos, que han servido de orientación. Estos estudios se han focalizado en la monitorización de la calidad, presentando unanimidad en sus resultados, al destacar el modelo comunitario como el que tiene más y mejores logros para los usuarios, en un contexto de calidad y respeto de los derechos humanos (Srebnik et al., 1997; Kilbourne, Keyser y Pincus, 2010; Parameswaran, Spaeth-Rublee y Pincus, 2012; Priebe et al., 2012; Luther et al., 2019).

En nuestro país, la experiencia realizada por el Dr. Alberto Minoletti y colaboradores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, midió diferen-

tes aspectos de la calidad y el respeto de los derechos humanos entre usuarios de 15 Centros de salud mental ambulatorios especializados, adosados a hospitales de la red pública. Las personas con un primer episodio de esquizofrenia fueron parte de la muestra, como lo señala la herramienta de evaluación, también formaron parte familiares y profesionales de los centros seleccionados. En su evaluación se utilizó por primera vez el instrumento WHO *QualityRights*, que fue validado al español en nuestro país ese mismo año, participando el mismo equipo de investigadores (Minoletti et al., 2014; OMS, 2015a).

Haciendo uso de *QualityRigth*s en el 2020, se evaluó el centro de atención psicosocial en Sao Paulo, Brasil. Entre sus resultados se menciona que los servicios ofrecidos concordaban con un enfoque orientado hacia los derechos humanos y la recuperación. Se observó que el centro promovía la participación comunitaria, incluido el apoyo a las personas para que tuvieran acceso a la vivienda, el trabajo, las actividades de generación de ingresos o apoyo a los ingresos (OMS, 2021).

Asimismo, en Bolivia se indagó la calidad de la atención y el respeto de los derechos de los pacientes en cinco hospitales psiquiátricos. El estudio arrojó un alto nivel de logros relacionados con el derecho a ejercer la capacidad jurídica, la libertad y la seguridad personal, y un bajo nivel de logros en la participación en actividades comunitarias, en el respeto por la elección de tratamiento del usuario, en las medidas preventivas para evitar el maltrato y la crueldad, el derecho a un nivel de vida adecuado y el derecho al goce de una salud del más alto nivel posible (Rivera y Doardi, 2017).

Como se señaló, existen muchas razones que hacen relevante considerar la calidad y el respeto de los derechos humanos en la atención en salud mental. Estos principios están a la base del modelo de salud mental comunitario. Por esta razón sería interesante evaluar a los dispositivos existentes en salud mental, tal como se propone en el *QualityRights*. Se reconoce que un tratamiento de buena calidad basado en los derechos humanos tiene relación directa con la recuperación del estado de salud, en el sentido más amplio de la palabra, como lo señala el enfoque *Recovery*: potenciando a las personas en su rol activo para la toma de decisiones y la elección de oportunidades, fortaleciendo su participación en la comunidad, disminuyendo el estigma. Se concluye que en salud mental, la calidad de la atención y el respeto de los derechos humanos debe estar siempre presente (Bernardo et al., 2018).

Metodología

Se diseñó un estudio descriptivo transversal con datos primarios, con una única unidad de análisis, COSAM-Lampa. Se utilizó el set de herramientas del ins-

trumento de evaluación *QualityRights* de la OMS, que mide el nivel de la calidad de la atención y el respeto de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental y de apoyo social.

El instrumento está organizado en cinco temas obtenidos de la Convención de Derechos Humanos de Personas con Discapacidad (CDPD). Para el logro de cada criterio existen cinco opciones (Logrado en su totalidad (L/T), Logrado parcialmente (L/P), Logrado iniciado (L/I), No iniciado (N/I) y No aplica (N/A). *QualityRights* se nutre de tres fuentes para la recolección de información: 1) Entrevista; 2) Revisión de documentación, como normativa nacional y la creada por la institución; y 3) Observación de la infraestructura y de las distintas interacciones relacionales, originadas al interior del centro de salud.

En este estudio se tomó la decisión de evaluar dos temas, midiendo 39 criterios en total:

- Tema 2: *El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible* (Artículo 25º de la CDPD).
- Tema 5: *El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad* (Artículo 19º de la CDPD).

Las decisiones tomadas por la investigadora para el trabajo de campo se realizaron considerando la viabilidad de la investigación. Éste se llevó a cabo en tiempos de pandemia por coronavirus. El centro de salud presentó un funcionamiento atípico acatando las medidas de cuidados dispuestas por la autoridad sanitaria del país.

Se siguieron las instrucciones del instrumento de evaluación. La muestra por conveniencia la formaron siete usuarios, cinco familiares y seis trabajadores del centro, a los que se les hizo llegar un consentimiento informado solicitado previo a la participación. Los consentimientos y el trabajo de investigación fueron aprobados por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Las entrevistas fueron administradas a los usuarios, familiares y personal del COSAM-Lampa de manera remota vía Zoom o GoogleMeet. En este sentido, el criterio de inclusión para los entrevistados fue tener un aparato tecnológico o acceder a uno, conexión a internet y estar familiarizados o contar con apoyo para plataformas de reuniones, además de cumplir con 18 años o más. Se agregó el criterio "usuario activo"; es decir, que al momento de la evaluación las personas continuaban recibiendo sus tratamientos en el centro.

Se excluyó del estudio a los usuarios que no tenían fluidez del idioma español, hablado y escrito, debido a la imposibilidad de costear un facilitador cultural, y a quienes realizaban tratamiento con la investigadora,

por el conflicto de conveniencia.

Finalmente, se buscó que la muestra representara a los tres programas y el subprograma del COSAM. Las 18 personas que participaron en la muestra pertenecían en números variables a cada uno de éstos; ya fuese como usuario, familiar o profesional.

Al establecimiento de salud se le solicitó la documentación de normativa nacional mínima, para el funcionamiento de un centro de salud mental familiar: el Plan Nacional de Salud Mental vigente, el libro Modelo de Gestión para el Centro de Salud Mental Comunitario y La Norma General Técnica Nº 106. En la misma ocasión se indagó sobre la existencia de algún material orientador elaborado por la institución y se solicitó el Programa de Salud Mental del COSAM-Lampa y la Planificación Anual de los tres Programas, y el único subprograma. Para la tercera fuente de información se acordó una visita con el director del centro de salud. La observación se realizó asistiendo dos días en distintos horarios (OMS, 2015b; OMS, 2015c).

Análisis de Resultados

Se comenzó con un análisis de contenido de las entrevistas. Aunque esta tarea no está propuesta por el instrumento, se realizó previo a los resultados, buscando su contribución en la claridad de la conclusión del logro de cada criterio evaluado. Con los datos narrativos se hicieron categorías a priori inspiradas por *Temple Analysis*. Se establecieron como categorías de orden superior los nueve estándares y las categorías de orden inferior quedaron representadas por los 39 criterios (Brooks, McCluskey, Turley y King, 2015).

Al finalizar el análisis de contenido, se estructuró una "pauta de cotejo", diseñada especialmente para este estudio, siguiendo la lógica del sistema de acreditación de salud de nuestro país. La pauta resume las respuestas de las tres fuentes de información asignadas a un número para su identificación (1: usuarios, 2: familiares y 3: personal). En la pauta se reconocen los resultados de las tres técnicas de recolección (entrevista, observación y revisión de documentación) y el nivel de logro del criterio. En total se rellenaron 39 plantillas de la pauta de cotejo. La Tabla 1, a continuación, es un ejemplo de las 38 restantes.

Ver Tabla 1

Concluida la pauta de cotejo se realizó el traspaso de los resultados de los nueve estándares y 39 criterios a una planilla a modo de matriz (Tabla 2); clasificándolos por medio de la simbología del color usada en los semáforos, facilitando identificar visualmente la valoración total de la calidad de la atención basada en el respeto de los derechos humanos. El color rojo corresponde al

Tabla 1. Pauta de cotejo con los resultados globales de la evaluación del COSAM-Lampa

Estándar 5.1 SE APOYA A LOS USUARIOS PARA EL ACCESO A UN LUGAR DONDE VIVIR Y CONTAR CON LOS RECURSOS FINANCIEROS NECESARIOS PARA VIVIR EN LA COMUNIDAD.						
Criterio 5.1.1. El personal informa a los usuarios sobre las opciones de vivienda y de recursos económicos.						
Cumplimiento	Verificación	Punto de Verificación				Observaciones
		Dirección	Plan Anual COSAM Lampa	Doc o Protocolo de ayuda eco-social comunal	Resultado entrevista Criterio 5.1.1.	
LT LP LI NI NA	Compruebe si existe una política del establecimiento que promueva el intercambio de información del personal con los usuarios y el apoyo para el acceso a recursos de vivienda y económicos.	No como política de la institución, queda al criterio de la intervención que realiza el tratante. Política de estructura no hay, porque no son parte de la red, entonces es difícil establecer un flujo.	No existe política de COSAM Lampa en este sentido. (NI)	No hay	1. No se apoya, si se entrega orientación dónde acudir. No se apoya, si se entrega orientación dónde acudir. 3. No se apoya, sí se entrega orientación dónde acudir. (NI)	Si es posible, observe una sesión entre un miembro del personal y un usuario para determinar el tipo de apoyo que ofrece y proporciona para facilitar el acceso a vivienda, educación y empleo. No existe política.
CONCLUSIONES: No existe una política del establecimiento que promueva el intercambio de información del personal con los usuarios y el apoyo para el acceso a recursos de vivienda y económicos. Sin embargo, los profesionales procuran orientar de la mejor forma esta necesidad.						

Fuente: Creación propia basada en la pauta de cotejo de la Superintendencia de Salud de Chile (SUPERSALUD, 2009)

peor evaluado (N/I), anaranjado es un logro iniciado (L/I), el amarillo corresponde a un criterio no evaluado por este estudio, por considerarse no pertinente (N/A), y con 2 tonos verdes, los que dan cuenta de algún tipo de logro. El más oscuro fue el mejor evaluado (L/T) y el verde más claro, parcialmente (L/P).

Ver Tabla 2

Finalmente se consignan los resultados en las tablas sugeridas por *QualityRights* (OMS, 2015d). La Tabla 3 enseña a modo de resumen los resultados del nivel de logro de los nueve estándares, comparando las respuestas de usuarios, familiares y personal.

Los usuarios evaluaron un poco mejor comparado a familiares y personal, asignando dos L/P: uno al estándar que menciona el acceso de atención en salud mental, y el otro al personal calificado, los familiares solo un L/P para el estándar de acceso al centro, igual que los usuarios. El personal, por su parte, evaluó con más bajos puntajes, consignado logro inicial para los tres primeros estándares del Tema 2 y no iniciado para los 2 últimos estándares de este mismo tema.

De manera coincidente, usuarios, familiares y personal consideraron que el estándar 2.5 más los cuatro estándares del Tema 5 aún no se observan en el trabajo del centro, por lo que no están iniciados.

Ver Tabla 3

La respuesta a nivel institucional queda expresada de la siguiente manera. El Tema 2 obtuvo un logro inicial y el Tema 5 corresponde a un logro no iniciado, como es posible visualizar en la última fila de la Tabla 3 a modo de resumen.

A modo de resumen: el COSAM-Lampa tiene disponibilidad para ingresar a la persona que lo necesite, respetando los criterios clínicos y administrativos establecidos por el sistema de salud nacional para este nivel de atención. Se puede agregar que a los usuarios no se les retiene de manera discriminatoria, y que el trato del personal es percibido como respetuoso y cordial. Cuenta con personal de salud de diversas especialidades, posibilitando planificar tratamientos multidisciplinares.

Asimismo, el apoyo social y económico al usuario, favoreciendo vivir de manera independiente y digna en la comunidad, es insuficiente. Los usuarios, familiares y el personal del centro afirman que es un trabajo que no ha sido iniciado.

La coordinación intersectorial local y con organismos estatales es muy incipiente, no existe diversidad en la oferta de talleres psicosociales y/o psicoeducativos, no hay actividades de promoción y prevención de salud general o en salud mental.

Tabla 2. Resultados de la evaluación de estándares y criterios del *QualityRights*, según grupo de la muestra

TEMA 2		USUARIOS								FAMILIARES						PERSONAL						DIRECCIÓN	
		1	2	3	4	5	6	7	TOTAL USUARIOS	1	2	3	4	5	TOTAL FAMILIARES	1	2	3	4	5	TOTAL PERSONAL	TOTAL DIRECCIÓN	TOTAL COSAM
1	¿Tiene conocimiento de ocasiones en que una persona no haya rec	LP	LT	LT	LT	LT	LP	LT	LT	LT	LT	LP	LT	LT	LT	LT	LT	LT	LT	LT	LT	LT	LT
2	Cuando no puede darse tratamiento en el Establecimeinto, se facil	LT	LT	NI	LT	LT	NI	LP	LP	LT	LT	NI	LT	LI	LP	LP	LT	LT	LI	NI	LP	LP	LP
3	Recuerda a alguien que pudo ser dado de Alta, y no se hizo	LP	LT	NA	LT	NI	NI	LP	LP	LT	LT	NI	LT	LI	LP	NI	NI	NA	NI	NI	NI	LI	LP
4	Las diferentes profesiones del personal tienen las competencias pa	LP	LT	LP	LT	LT	LT	LP	LP	LT	LI	LP	LI	LI	LI	LI	NI	LP	NI	LP	LI	LP	LP
5	El personal identifica distintos Servicios y recursos comunitarios, pa	LT	LP	LP	LT	LP	NI	LP	LP	LT	LI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	LI
6	Los usuarios pueden consultar con Psiquiatra u otro profesionalesp	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LT	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI
7	Hay personal capacitado y autorizado para prescribir y revisar mec	NA	LT	NA	LT	LT	LP	LP	LP	LT	LT	LP	LI	LI	LI	LP	LT	LP	LT	NI	LP	LT	LP
8	¿El personal del Establecimiento cuenta conconocminetos sobre lo	LP	NA	NI	NI	NI	NI	NA	NI	LP	LP	NI	NA	LI	LI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
9	Puede proporcionar información sobre mecanismos u oportunidad	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LT	NI	NI	LI	LI	LI	NI	NI	LI	NI	NI
10	Tiene cada usuario un plan individual de "recuperación"?	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	LT	LP	LI	LI	LI	LI	NI	LI	LT	NI	NI	NI	NI	NI
11	Son los PTI conducidos principalmente por los usuarios?	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LT	LI	NI	LT	LT	LI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	NI
12	Se motiva a los usuarios a desarrollar instrucciones anticipadas, de	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13	Se ofrece rehabilitación psicosocial a los usuarios (habilidades para	NI	NI	LT	NI	NI	NI	NI	NI	LT	LP	NI	NI	NI	LI	LI	NI	LI	LI	NI	LI	NI	LI
14	El personal motiva a los usuarios a establecer y mantener el conta	NI	LT	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LP	LI	NI	LT	NI	LI	LT	LP	LT	LI	LI	LP	NI	LI
15	El personal facilita la conexión entre los usuarios y otros Servicios d	NI	LP	NI	NI	LP	LP	NI	NI	LI	LI	LP	LI	LI	LI	LT	LP	LP	LI	NI	LP	LI	LI
16	Se dispone de medicamentos apropiados?	LT	LT	LT	LT	LT	LT	LT	LT	LI	LI	LT	LP	LI	LI	LP	LT	LT	LP	LP	LP	LP	LP
17	Existe suministro continuo de medicamentos escenciales, disponibl	NI	NI	NI	LT	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
18	Se administran apropiadamente los medicamentos a los usuarios?	NI	LT	NA	NA	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	LP	LI	LP	LI	LI	LI	LP	LI
19	Se les informa a todos los usuarios sobre qué medicamentos se les	LT	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NA	NI	NI	LP	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
20	Se les informa a los usuarios sobre opciones de tratamiento que po	NA	LT	NI	NI	NI	LP	NA	NI	NI	NI	LP	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI
21	Se ofrece a los usuarios exámenes de salud física al ingresar?	NI	LT	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LT	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	NI
22	Se proporciona tratamiengto de salud general, o se refieren a otro	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
23	Se llevan a cabo procedimientos quirúrgicos?¿existen mecanismos	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
24	¿Qué actividades de educación y promoción en salud se ofrecen?	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	LI	NI	NI	LI	LI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI
25	Se informa acerca de planificación familiar? Se informa acerca de c	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LT	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
26	Los Servicios de Salud General y Reproductiva que se proporcionan	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
TEMA 5		**USUARIOS**								**FAMILIA**						**PROFESIONALES**						**DIRECCIÓN**	
1	¿El Establecimiento informa a los usuarios sobre las opciones dispo	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LT	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI
2	¿Los usuarios reciben apoyo para acceder y mantener una vivienda	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LP	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	NI
3	¿El personal apoya a los usuarios a acceder a los recursos económi	NI	LT	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	LI	LI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
4	¿Se informa a los usuarios sobre oportunidades de educación, desa	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LT	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
5	¿Los usuarios menores de edad y sus familias reciben apoyo para a	NI	LT	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LP	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
6	¿Qué apoyo se da a los usuarios para acceder a oportunidades edu	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LT	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
7	¿Qué apoyo se da a los usuarios para acceder a oportunidadeds de	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
8	¿Se informa a los usuarios sobre cómo participar en la vida política	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
9	¿Se apoya a los usuarios que desean votar en elecciones locales o n	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LP	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
10	¿A los usuarios se les da apoyo para incorporarse y participar en ac	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LP	NI	NI	NI	NI	NI	LP	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
11	¿A los usuarios se les da información sobre los opciones disponibles	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI
12	¿Qué apoyos, si es que existen, se da a los usuarios para que acced	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
13	¿Cómo se apoya el deseo de los usuarios de participar en actividad	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	LI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI

Fuente: Creado por la investigadora del estudio

Tabla 3. Percepción del nivel de cumplimiento de estándares de calidad y respeto de derechos humanos en COSAM-Lampa: Comparación entre usuarios, familiares y personal

Percepción del nivel de cumplimiento de estándares de calidad y respeto de derechos humanos en COSAM Lampa: Comparación entre usuarios, familia y personal				
Tema 2 Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible	**Usuario**	**Familiar**	**Personal**	**Total**
2.1. Disponibilidad de atención de salud mental para la demanda	LP	LP	LI	LP
2.2. Personal calificado y calidad de atención				
2.3. Plan de recuperación conducido por usuario	LP	LI	LI	LI
2.4. Medicación psicotrópica disponible y apropiada	NI	LI	LI	LI
2.5. Disponibilidad de atención para salud general	LI	NI	NI	NI
Tema 5 El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad				
5.1. Apoyo para lugar donde vivir y contar con recursos financieros	NI	NI	NI	NI
5.2. Acceso a oportunidades de educación y empleo	NI	NI	NI	NI
5.3. Apoyo para participar en vida política/pública y en asociaciones	NI	NI	NI	NI
5.4. Apoyo en actividades sociales, culturales, religiosas y recreación	NI	NI	NI	NI
Nivel de cumplimiento total	**TEMA 2**	**LI**	**TEMA 5**	**NI**

Fuente: Informe de Evaluación de un Establecimiento (OMS, 2015d)

Los usuarios, familiares y el personal no han sido instruidos en los derechos humanos universales, ni en los de la CDPD. A las personas que se atienden en el COSAM-Lampa, no se les ha dado a conocer sus derechos como usuarios de salud mental. Como consecuencia, no los ejercen, involucrándose muy poco en sus tratamientos y en sus planes de recuperación.[3] La cual se conociera una actividad de suma importancia no implementada.

Los usuarios del COSAM-Lampa no participan en la elaboración de su plan de tratamiento, y no dejan por escrito su voluntad anticipada o la planificación avanzada de cuidados. No son informados ni apoyados para que puedan ejercer su derecho a decidir su tratamiento futuro, suponiendo que la evolución de su enfermedad llegara a afectar su capacidad de decisión. Un problema presente en nuestro sistema de salud a nivel país. En Chile no existe aún un cuerpo legal que los sostenga; no obstante, es sugerido por las autoridades a través de los programas del Ministerio de Salud (MINSAL, 2008; MINSAL, 2017b).

Los resultados descritos permiten observar que existen importantes brechas y desafíos para que el COSAM-Lampa logre el cumplimiento de los estándares de calidad que propone la OMS a través de *QualityRights.*

Se concluye que la institución se encuentra en una etapa muy inicial con relación a brindar atenciones de calidad respetando los derechos humanos; en particular, aquellos señalados en la CDPD. Sin embargo, es posible hipotetizar que los resultados podrían estar interferidos por la pandemia, por lo que sería aconsejable evaluar en un tiempo más al Centro usando este mismo instrumento. La evaluación dio una visión objetiva de las dificultades del COSAM-Lampa para seguir su camino acorde con la reforma psiquiátrica, comenzada hace 30 años en Chile.

6. Discusión

Esta es la primera vez que se administra el instrumento *QualityRights* en un Centro de Salud Mental Familiar en nuestro país. En la experiencia del equipo de investigadores de la Universidad de Chile del 2014 se utilizó el mismo instrumento y también se realizó en establecimientos comunitarios de especialidad, sin embargo, muestran diferencias: a. los centros adosados a hospitales generales no tienen correspondencia en su funcionamiento a un COSAM; b. otro elemento diferenciador fue incluir usuarios a la muestra (usuarios); c. el análisis de los resultados, el estudio de 2014 se basó en estadística descriptiva; en cambio, en el presente se usó herramientas del método cualitativo.

QualityRigths es una herramienta que mide atenciones en salud mental de establecimientos de salud y de apoyo social, a través de criterios con gran relevancia para el modelo de salud mental comunitario, resumidos en calidad y respeto de los derechos humanos, tomando elementos del enfoque de recuperación para las personas con discapacidad. De ahí la relevancia de este estudio para este COSAM y para futuras evaluaciones en centros de salud que usen la misma herramienta. Se considera que sus resultados entregan información valiosa para hacer cambios en beneficio de las personas usuarias y sus familiares.

En relación a los resultados, la OMS sugiere que se puedan comparar a un *gold standard* [4] o a resultados de otro centro de las mismas características, para ser usado de referencia. En este caso no fue posible hacer esta evaluación espejo, tal como se recomienda, al no existir estudios con este instrumento en otros COSAM. Sin embargo, teniendo presente las diferencias antes mencionadas, se decidió usar de referencia el estudio del equipo del Dr. Minoletti, considerando que, en ambas evaluaciones se incluyen los Temas 2 y 5 que fueron los evaluados. Los resultados obtenidos por las dos evaluaciones en estos dos temas permitieron concluir que los estudios van en una dirección similar (Minoletti, Toro, Alvarado y Rayo, 2015).

Como sugerencia, teniendo en cuenta la dificultad en la comparación de resultados con un *gold standard*, para próximas evaluaciones con este instrumento convendría recoger la experiencia realizada por la Superintendencia de Salud, definiendo previamente el nivel de cumplimiento de los criterios y estándares propuestos. Considerando en este proceso los aportes de la evidencia científica, en conjunto a las opiniones de expertos por experiencia y profesión, estableciendo un consenso de las diversas posturas. Hacer esta asignación de puntajes de manera previa posibilitará la sugerencia de la OMS y permitirá contrastar los resultados con otras evaluaciones de Centros de salud que utilizaron esta misma herramienta.

En torno a los temas evaluados en el COSAM-Lampa, llama la atención la dificultad de logro en algunos criterios que evalúan la calidad. En la entrega de fármacos no se pudo revisar la documentación requerida, por la inexistencia de un listado de fármacos disponibles. Igualmente, la falta de un experto imposibilitó determinar si la medicación administrada era apropiada para cada diagnóstico o si el esquema farmacológico se reevalúa periódicamente. Estos criterios son considerados relevantes en esta evaluación, que busca determinar la calidad y la integralidad de los tratamientos. Eventualmente, estos mismos criterios podrían ser inspeccionados en una posible futura acreditación del Centro.

En relación a las ofertas en tratamientos alternati-

vos, se abre una discusión profunda, al referirse a una decisión que está en la base del modelo comunitario. La evidencia de la indicación del uso de fármacos no es una verdad absoluta. Algunos medicamentos son utilizados en función de ciertos síntomas, por la evidencia demostrada, pero los avances aún no dan cuenta de una relación unívoca entre fármaco y patología.

La configuración con relación a síntomas, las opiniones y calificaciones de este criterio podría ser muy diversa, dependiendo del interlocutor y de la vereda desde dónde está observando, desde una mirada clásica en salud mental, hegemónica, biomédica o desde una perspectiva colectivista crítica.

Por un lado se observa la tensión por evitar un abordaje reducido al tratamiento biomédico farmacológico, versus el derecho al acceso de un tratamiento farmacológico esencial, tal como lo declara OMS. Lo que está en discusión es cómo lograr el equilibrio en estas dos perspectivas. Una vez más, la mezcla entre evidencia y consenso se hace presente para decidir cuál debería ser el umbral de cumplimiento.

Aunque actualmente desde las políticas públicas se busca avanzar en una disponibilidad farmacológica apropiada, para el COSAM-Lampa la selección de los medicamentos la realiza el SSMN. No obstante, aunque en el pasado se consultó la opinión de médicos psiquiatras del establecimiento, esto no aseguró la inclusión de los fármacos sugeridos. Llama la atención que el acceso al tratamiento farmacológico asequible y pertinente sea uno de los estándares mejores evaluados del estudio usado de referencia. En cambio, este mismo estándar en el COSAM-Lampa se consideró con un rendimiento inferior. Es posible pensar que en una estructura hospitalaria la disponibilidad farmacológica es parte central de su actividad. Aunque en el COSAM-Lampa se evalúan los medicamentos de buena calidad, al identificar que el suministro no siempre ha sido continuo, que no se entrega información detallada de posibles efectos secundarios y especialmente importante, que no se ofrece otras alternativas de tratamientos complementarios a la medicación, hacen que la percepción de los usuarios no sea la esperada.

Contar con cierta disponibilidad de fármacos no resuelve el punto de vista de la calidad, porque desde este aspecto emergen otros cuestionamientos para los Centros de Salud del nivel secundario. Por ejemplo, la cronificación o permanencia excesiva de los usuarios en los Centros de este nivel. Una posible hipótesis podría estar precisamente en esta valoración positiva de los tratamientos farmacológicos, al contar con fármacos que no están disponibles en el nivel primario.

Es necesario hacer un esfuerzo para que este estándar sea también implementado en ese nivel de atención. Con esta medida se podría evitar que las diferencias en

las canastas farmacológicas sea uno de los motivos por el cual los usuarios no pueden seguir la continuidad de sus cuidados en la APS, tal como lo declara el modelo.

Los resultados obtenidos son muy preocupantes. Podrían indicar que a pesar de todos los esfuerzos realizados para generar cambios en el modelo de organización de los servicios de salud, creando nuevos dispositivos ambulatorios, aún no se han incorporado a la metodología de trabajo ni en la formación de equipos de profesionales, las competencias del modelo comunitario. Se observa que los profesionales del COSAM-Lampa no cuentan con estas herramientas y, por lo tanto, no son implementadas en sus intervenciones.

El apoyo social que requieren las personas con diagnósticos de salud mental no está incluido como parte del tratamiento.

Se hace muy necesario generar espacios para la capacitación en el MSMC, los derechos humanos de la CDPD y el enfoque *Recovery*, además de favorecer espacios para la actividad de revisión y discusión de temas relevantes de la salud mental, definiendo tiempos protegidos a los profesionales para tareas comunitarias.

Con estas medidas se valora la importancia que tiene seguir avanzando en el modelo comunitario, fomentando cambios en la modalidad del trabajo realizado a la fecha, dejando atrás el modelo biomédico con atenciones exclusivas de tipo individual *in box*.

Otra medida es involucrar a los usuarios en sus Planes de Cuidados Integrales (PCI), incorporando a sus familiares. Trabajar con la comunidad en el quehacer del Centro de Salud, facilitando encuentros para el co-aprendizaje en temáticas de interés en común. Es posible realizar la siguiente hipótesis: persiste la dificultad por dar cumplimiento a uno de los grandes objetivos del MSMC, como es favorecer la inclusión en la comunidad, fortaleciendo la autonomía e independencia de las personas.

Asimismo, se observa que carecer de un Plan de funcionamiento y de una normativa interna, propia del Centro de Salud, dificulta a los equipos reconocer cómo es el apoyo que entrega el centro a sus usuarios y a la vez hasta dónde se debe apoyar, dando origen a una diversidad de criterios personales al momento de realizar las atenciones. Estas múltiples formas de intervenir dependiendo de cada profesional y el desconocimiento de temas relevantes para la atención, explicarían por qué aún no se ha incorporado este tipo de apoyo y por qué el PCI no se ha implementado prioritariamente.

En el COSAM-Lampa, se continúa con el Plan de Tratamiento Integral (PTI): estilo de planificación que no considera la participación del usuario. Es el profesional quien adquiere este rol, diseñando unilateralmente el plan a ejecutar. Es conveniente que se sostengan nuevos estudios con este tipo de evaluación por cada uni-

dad de análisis, por cada establecimiento de salud, más allá de una realidad a nivel nacional.

A pesar de que los resultados del estudio no pueden ser considerados como un *gold standard* en el cumplimiento de los estándares del instrumento para futuras evaluaciones de otros Centros de salud comunitario, podrían ser usados como referencias tal como lo recomienda *QualityRights*, para acopiar en el futuro nuevas investigaciones que permitan identificar aquellos puntos donde se destaque cada unidad, y usando la misma lógica, en los que aún persisten deficiencias. De modo tal que, progresiva y paulatinamente, se pueda ir construyendo un *gold standar* para Centros de Salud Mental Familiar a nivel nacional.

En este mismo sentido, tal como lo hace la Superintendencia de Salud para su sistema de Acreditación (SUPERSALUD, 2009) es recomendable que los Centros de Salud se evalúen cada tres años.

Bibliografía

Bernardo, M., De Dios, C., Pérez, V., Ignacio, E., Serrano, M., Vieta, E., Mira, J., Guilaberto, M. y Roca, M. (2018). Indicadores de calidad en el tratamiento de pacientes con depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia. Estudio de consenso. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 11*(2), 66–75. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.09.002

Brooks, J., McCluskey, S., Turley, E. y King, N. (2015). The Utility of Template Analysis in Qualitative Psychology Research. *Qualitative Research in Psychology. 12*(2), 202–220. doi:10.1080/1480887.2014.955224

Decreto Nº 15. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud (30 de julio de 2020). En Biblioteca del Congreso Nacional, [en línea]. Recuperado el 4 de mayo de 2021, de https://bitly.ws/ZoGW

Kilbourne, A.M., Keyser, D. y Pincus, H.A. (2010). Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(9), 549-570. doi: 10.1177/070674371005500903.

Ley Nº 18. 600. (2018). Normas sobre Deficientes Mentales (01 de abril de 2018). En Biblioteca del Congreso Nacional, [en línea]. Recuperado el 17 de marzo de 2020 de https://bitly.ws/ZoGk

Ley Nº 21.331. (2021). Ley Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental (11 de mayo de 2021). En Biblioteca del Congreso Nacional, [en línea]. Recuperado el 14 de septiembre 2021 de https://bitly.ws/ZoGZ

Ley Nº 20.422. (2022). Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (03 de enero de 2022). En Biblioteca del Congreso Nacional, [en línea]. Recuperado el 17 de marzo de 2020 de https://bitly.ws/ZoH2

Luther, L., Fukui, S., Garabrant, J., Rollins, A.,

Morse, G., Henry, N., Dawn, S., Gearhart, T. y Salyers, M. (2019). Measuring Quality of Care in Community Mental Health: Validation of Concordant Clinician and Client Quality-of-Care Scales. *Journal of Behavioral Health Services and Research, 46*(1), 64–79. doi: 10.1007/s11414-018-9601-3

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2000). *Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría.* Recuperado el 23 de noviembre 2020 de https://bitly.ws/ZoGI

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.* Recuperado el 23 de noviembre 2020 de https://bitly.ws/ZoGE

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2003). División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Depto. Salud de las personas Unidad de Salud Mental. *Informe Final 2003. Evaluación Criterios y Estándares de Calidad de Atención en Hogares Protegidos, Hospitales de Día y Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria.* Recuperado el 20 de mayo 2023 de https://bitly.ws/ZoGK

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2008). *Norma general técnica para la implementación y funcionamiento de centros de salud mental comunitaria.* Recuperado el 23 de noviembre 2020 de https://bitly.ws/ZoH6

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]; Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile; Organización Mundial de la Salud [OMS]; Organización Panamericana de Salud [OPS] (2014). *Evaluación del Sistema de Salud Mental de Chile: Segundo Informe.* Recuperado el 23 de noviembre 2020 de https://bitly.ws/ZoHa

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2017a). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.* Recuperado el 23 de noviembre 2020 de https://bitly.ws/ZoHb

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2017b). *Plan Nacional de Demencia.* Recuperado el 23 de noviembre 2020 de https://bitly.ws/ZoHe

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2018). *Modelo de Gestión Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud.* Recuperado el 23 de noviembre 2020 de https://bitly.ws/ZoHg

Minoletti, A., y Zaccaria, A. (2005). Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública, 18*(4–5), 346–358. doi: 10.1590/s1020-49892005000900015.

Minoletti, A., Narváez, P., Sepúlveda, R., Caprile, A., y Rodríguez, J. (2009). Chile: lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. En Rodríguez J (Ed). *Salud Mental en la Comunidad 26*, (pp. 339-348). Organización Panamericana de la Salud serie PALTEX.

Minoletti, A. Alvarado, R., Carniglia, C. Guajardo, A. Montenegro, C. Rayo, X. y Toro, O. (2014). Evaluación de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes en servicios de salud mental, integrando perspectivas de usuarios y equipos de salud. Proyec-

to FONIS SA 1212073. *Informe General.*

Minoletti, A., Toro, O., Alvarado, R., y Rayo, X. (2015). Diferencias en percepciones de calidad de atención y respeto de derechos en salud mental entre usuarios, familiares y funcionarios. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 73*(3), 261–9. doi: 10.31053/1853.0605.v72.n4.13833.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado el 17 octubre de 2020 de https://bitly.ws/ZoHC

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2008). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Recuperado el 22 de enero de 2021 de https://bitly.ws/nW5J

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015a). QualityRights: instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. Recuperado el 17 octubre de 2020 de https://apps.who.int/iris/handle/10665/150398

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015b). QualityRights: instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social: Herramienta de revisión de documentos y observación. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. Recuperado el 17 octubre de 2020 de https://bitly.ws/ZoHI

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015c). QualityRights: instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social: Herramienta de entrevista. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. Recuperado el 17 de octubre de 2020 de https://bitly.ws/ZoHK

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015d). QualityRights: instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social: Informe de Evaluación de un Establecimiento. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. Recuperado el 17 de octubre de 2020 de https://bitly.ws/ZoHN

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). Centros comunitarios de salud mental: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos. Organización Mundial de la Salud. Recuperado

el 13 de noviembre 2021 de https://apps.who.int/iris/handle/10665/341642

Parameswaran, S., Spaeth-Rubloe, B., Huynh, PT. y Pincus, H.A. (2012). Comparison of national mental health quality assessment programs across the globe. *Psychiatric Service*, *63*(10), 982-8. doi: doi.org/10.1176/appi.ps.201100382.

Priebe, S., Matanov, A., Demi, N., Simic, JB., Jovanovic, S., Gajic, M., Radonic, E., Bajraktarov, S., Boderscova, L., Konatar, M., Nica, R. y Muije, M. (2012). Community mental health centres initiated by the South-Eastern Europe stability pact: Evaluation in seven countries. *Community Mental Health Journal*, *48*(3), 352-62. doi: 10.1007/s10597-011-9417-6.

Rivera, G., Doardi, D (2017). Evaluación de la situación de los Derechos Humanos en los Hospitales Psiquiátricos de Bolivia: Un estudio exploratorio y descriptivo. Recuperado el 17 de octubre de 2020 de https://bitly.ws/ZoI5

Srebnik, D., Hendryx, M., Stevenson, J., Caverly, S., Dick, DG. y Cauce, AM. (1997). Development of outcome indicators for monitoring the quality of public mental health care. *Psychiatric Services*; *48*(7), 903-9. doi: 10.1176/ps.48.7.903.

Thornicroft, G. y Tansella, M. (2005). *La Matriz De La Salud Mental. Manual para la mejora de servicios*. Editorial Triacastela.

Superintendencia de Salud de Chile [SUPERSALUD] (2009). *Pauta de Cotejo. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta*. Recuperado el 23 de noviembre del 2020 de https://bitly.ws/ZoI8

Notas

1. Institución: Unidad de Salud Mental del Centro de Salud UANDES (Universidad Los Andes). El presente estudio no presentó ningún tipo de conflicto de intereses. No recibió apoyo económico alguno.

2. El Centro Comunitario de Salud Mental Familiar recibe distintos nombres, algunos de ellos son: COSAM, ESMA, COSAMCO, CESAM, CECOSAM, etc. Para este artículo se usará COSAM para este tipo de establecimiento.

3. El término recuperación es entendido como lo indica el enfoque Recovery.

4. Gold standard. La situación de cada establecimiento es evaluada al comparar los resultados de los estándares y de los criterios que los conforman. Esta valoración orienta a los miembros del comité evaluador sobre qué esperar de un establecimiento de salud para alcanzar un alto nivel de calidad y derechos humanos, es decir un gold standard. Para poder acceder a una evaluación efectiva se debe tener un parámetro de comparación, por lo que se sugiere que ésta se rea-

lice con establecimientos de atención de salud general del mismo país, en espera del "gold standard", producto del acopio de resultados de evaluaciones de establecimientos de salud mental con las mismas características. La OMS menciona que la comparación entre establecimientos de salud mental de dos países diferentes es poco probable que sea de utilidad, debido a la diferencia en los contextos, como por ejemplo, la asignación de recursos dedicados, así como otros factores. Sin embargo, la comparación de resultados entre establecimientos del mismo país aunque no tengan las mismas características, permite una comparación de mayor validez, puesto que el contexto nacional es el mismo.

Participación y Políticas Públicas. El encuentro entre Economía Solidaria y Salud Mental: avances y desafíos en experiencias brasileñas

GONÇALVES, Lucas F. S.
Psicólogo, estudiante de Maestría en Tecnología Ambiental de la Universidad Federal Fluminense de Volta Redonda/RJ - Brasil.

Contacto: lucassousa@id.uff.br

FREIRE, Flávia Helena M. A.
Psicóloga, Doctora en Salud Pública por la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ), Profesora del Departamento de Psicología de la Universidad Federal Fluminense de Volta Redonda/RJ - Brasil

Contacto: flaviafreire@id.uff.br

Recibido: 31/08/2023; **Aceptado**:02/11/2023

Cómo citar: Gonçalves, L. F. S. y Freire, F. H. M. A. (2023). Participación y Políticas Públicas. El encuentro entre Economía Solidaria y Salud Mental: avances y desafíos en experiencias brasileñas. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (15), 95-121

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo discutir y analizar la relación entre salud mental y economía solidaria desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial, señalando las prácticas laborales cotidianas de los emprendimientos de economía solidaria, sustentadas en principios y valores emancipadores, como una posibilidad efectiva de generación de trabajo e ingresos en el contexto de la salud mental. Además, pretende reflexionar sobre la viabilidad y consolidación de las agendas de la lucha antimanicomial y de los movimientos de economía solidaria a través de políticas públicas elaboradas junto con el Estado brasileño, destacando la participación y la movilización social como factores relevantes en la conquista de derechos y fortalecimiento de la propia democracia. También presenta un breve panorama de las iniciativas de economía solidaria en salud mental en el contexto brasileño y en la ciudad de Volta Redonda en Río de Janeiro. La metodología priorizó el análisis documental de las políticas de sa-

lud mental y economía solidaria, así como otras fuentes documentales, como cartas abiertas de movimientos sociales e informes de grupos de trabajo gubernamentales. Se verifica el protagonismo de los usuarios y de los movimientos sociales estudiados en la construcción de políticas públicas que atiendan sus demandas e intereses transformadores, así como en el proceso de movilización ante retrocesos en su relación con el Estado. Señala la necesidad de una mayor articulación entre ambos movimientos, además de un acercamiento con la administración pública, promoviendo así una mayor participación social en los procesos de toma de decisiones en torno a políticas públicas similares.

Palabras clave: salud mental - economía solidaria - rehabilitación psicosocial - participación social

Political statements in the encounter between Solidarity Economy and Mental Health: brazilian experiences

Abstract

The present work aims to discuss and analyze the relationship between mental health and solidarity economy from the perspective of psychosocial rehabilitation, pointing out the daily work practices of solidarity economy entrepreneurship, based on emancipatory principles and values, as an effective possibility of generating of work and income in the context of mental health. In addition, it intends to reflect on the feasibility and consolidation of the agendas of the anti-asylum fight and solidarity economy movements through public policies elaborated together with the Brazilian State, highlighting participation and social mobilization as relevant factors in the conquest of rights. and strengthening of democracy itself. It also presents a brief overview of solidarity economy initiatives in mental health in the Brazilian context and in the city of Volta Redonda in Rio de Janeiro. The methodology prioritized documentary analysis of mental health and solidarity economy policies, as well as other documentary sources, such as open letters from social movements, and reports from government working groups. The protagonism of the users and the social movements studied is verified in the construction of public policies that address their demands and transformative interests, as well as in the mobilization process in the face of setbacks in their relationship with the State.

Keywords: mental health - solidarity economy - psychosocial rehabilitation - social participation

Introducción

La Salud Mental y la Economía Solidaria (Ecosol) se presentan como dos campos que, a pesar de ser distintos, comparten varios aspectos comunes, que pueden entenderse tanto en términos de sus dimensiones de política pública como de movimiento social.

El modelo de atención en salud mental aquí abordado está orientado por la atención en libertad, con reinserción social y combate al estigma, invirtiendo en la producción de autonomía y protagonismo de los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS), que experimentan sufrimiento psíquico, siguiendo los ideales de la Reforma Psiquiátrica brasileña y lucha antimanicomial.

En el ámbito de Ecosol, se debe partir del principio de un movimiento que produce reflexiones sobre las relaciones de trabajo y vida en la comunidad, basadas en lógicas emancipadoras, como el ejercicio de la autogestión, el buen vivir y el cooperativismo, rompiendo con la lógica de la explotación del capitalismo, presentándose como una alternativa viable al mismo.

Por lo tanto, la relación entre salud mental y economía solidaria, en su complejidad y diversidad, es objeto de estudio en este trabajo, que busca comprender cómo la participación social y la articulación popular, fomentadas por el régimen democrático, contribuyen a la provisión y mantenimiento de la salud mental de políticas públicas que integren estos dos campos y atienden, de hecho, a las demandas populares actuales. Este trabajo tiene como objetivo analizar las contribuciones de la participación social, destacando el protagonismo del movimiento organizado de la lucha antimanicomial y de la economía solidaria, en el desarrollo de políticas públicas de salud mental llamadas rehabilitación psicosocial en Brasil. Con esto, se pretende contextualizar el proceso de estructuración del movimiento de economía solidaria en el país, comprender qué principios y valores comunes guían a los militantes de Ecosol e investigar la relación del movimiento Ecosol con el Estado brasileño, tanto en la elaboración de políticas públicas, y en la caracterización de los emprendimientos solidarios mapeados por el gobierno federal. Además, buscamos analizar el rumbo del movimiento de reforma psiquiátrica brasileña y de la lucha antimanicomial, prestando atención a sus contribuciones en el desarrollo de políticas de salud antimanicomial, con una mirada a los puntos de convergencia entre los movimientos de salud mental y economía solidaria. Con el fin de discutir la praxis en este campo, presentaremos una iniciativa de Ecosol en el contexto de la salud mental, que está en desarrollo en la ciudad de Volta Redonda, en el Estado de Río de Janeiro.

Respecto de los recursos metodológicos, el trabajo prioriza el análisis documental, entendido aquí como un análisis cualitativo de diversos documentos, con én-

fasis en aquellos producidos en el ámbito de las políticas públicas, como la propia Constitución Federal brasileña, además de leyes y ordenanzas que instituyeron políticas en el campo de investigación: salud mental y economía solidaria. Además de las normas y actos administrativos e institucionales, también se consideran objetos de análisis aquellos documentos producidos a partir de movimientos directos de participación social, como los informes de conferencias y plenarios oficiales y populares. En este estudio también se analizan otras fuentes documentales, como cartas abiertas de movimientos sociales, informes de grupos de trabajo gubernamentales, entre otros.

El objetivo del análisis documental, como metodología de investigación en el campo de las ciencias humanas y sociales, no se limita al examen minucioso de la información contenida en los documentos, como un hecho aislado y despersonalizado, siendo necesario considerar su contexto y el transcurso de luchas, discusiones y articulaciones que culminaron en los registros hoy disponibles para su análisis. Es una forma de comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de los propios actores que han impreso sus huellas en dichos documentos, lo que también permite a los investigadores que adoptan dicha metodología ejercitar sus propias articulaciones y perfilar sus ideas a partir de material que aún no ha sido procesado (Junior, Oliveira, Santos, Schnekenberg, 2021). Además, este estudio también hace uso de fuentes secundarias con la investigación bibliográfica, que son materiales que ya han recibido un tratamiento analítico previo, cuyas impresiones de sus autores, se afirman como conocimiento y se transmiten, siendo necesario considerar el contexto en el que se elaboró la referencia bibliográfica.

Panorama de la Economía Solidaria en Brasil

La Economía Solidaria tiene una larga historia en el contexto de las luchas de la clase trabajadora por mejores condiciones de vida y de trabajo. Paul Singer, en su revisión histórica del origen de las prácticas que hoy son comunes en el ámbito de las organizaciones solidarias, explica que tales iniciativas surgieron como respuesta a las inconsistencias del sistema de producción capitalista ya en la Primera Revolución Industrial, donde la fábrica, las estructuras organizativas y su maquinaria terminaron obligando a los británicos en su momento a vender su mano de obra por un salario bajo en condiciones precarias en entornos industriales (Singer, 2002, p. 24). En medio de la precariedad, comienzan a surgir movimientos de protección de los trabajadores que proponen una ruptura con una realidad tan adversa a la vida del proletariado. Los intelectuales contemporáneos de la Revolución Industrial, en particular los sesgados por el socialismo utópico, especialmente

el galés Robert Owen (1770-1858), sentaron las bases epistemológicas de las estructuras socio productivas cooperativas, que no sólo se oponían al modelo hegemónico, sino que también favorecían la emancipación individual y colectiva de los trabajadores.

El movimiento cooperativista llegó a Brasil a principios del siglo XX, junto con los inmigrantes europeos, tomando forma principalmente en cooperativas de consumo en las zonas urbanas y cooperativas agrícolas en las zonas rurales, cuya organización no necesariamente era autogestionada, lo que imposibilita su clasificación dentro del campo de la economía solidaria (Singer, 2002). Durante el período de la dictadura militar (1964 – 1985), la sociedad inconforme con el régimen, comenzó a movilizarse fuertemente en diferentes frentes y agendas a favor de la reconquista de los derechos políticos, sociales y civiles, materializándose en movimientos sociales que fueron muy relevantes para la redemocratización del país y la elaboración y promulgación de la Constitución Federal de 1988, como el movimiento Diretas Já, la Unión Nacional de Estudiantes (UNE), el Movimiento Sanitarista, el Movimiento de Trabajadores Rurales Sin Tierra (MST), entre otros (Silva, 2020a, p. 247). A pesar de ser un hito para la democracia brasileña, la Constitución Ciudadana no logró satisfacer todas las expectativas de los movimientos emancipadores, como aclara Silva (2020a), al resaltar que no todas las demandas populares fueron atendidas por los electores, especialmente por la presión de sectores conservadores que también se organizaron para defender sus intereses.

La década de 1990 marcó no sólo el retorno del régimen democrático en Brasil, sino también las crisis económicas y el avance del neoliberalismo, lo que resultó en "una grave crisis laboral, impulsada por el bajo crecimiento económico en el período, con crecimiento del desempleo y la informalidad de la fuerza laboral" (Silva, 2020a, p. 248). La participación social garantizada por la Constitución de 1988 hizo posible que los movimientos sociales ingresaran a estructuras deliberativas del Estado, como consejos y conferencias de políticas públicas, inaugurando un período de intensificación de acciones y movilizaciones colectivas. El movimiento de economía solidaria construye su identidad a partir de este contexto de crisis del mundo del trabajo con el avance del neoliberalismo y la precariedad de las condiciones y relaciones laborales, trayendo una diversidad de reflexiones que terminan extrapolando incluso el campo del trabajo (Silva, 2020a).

El comienzo de la primera década del siglo XXI está marcado por importantes direcciones para el movimiento brasileño de economía solidaria. La movilización social estuvo centrada en las luchas contra la crisis socioeconómica derivada del avance del neoliberalis-

mo, siendo la primera edición del Foro Social Mundial (FSM), celebrada en 2001 en Porto Alegre, una de las síntesis de las movilizaciones colectivas a nivel mundial a favor de las transformaciones. Este evento fue importante para el movimiento de Economía Solidaria ya que permitió un intercambio entre actores de diferentes regiones brasileñas involucradas en discusiones sobre el trabajo colectivo, resultando en la constitución de un Grupo de Trabajo Brasileño sobre Economía Solidaria, que permitió una articulación más efectiva de los diferentes actores y organizaciones, cuya relevancia para el movimiento se expresa sobre todo en la promoción de plenarias estatales y nacionales. Fue después del I Plenario Nacional de Economía Solidaria (PNES), en 2002, que el movimiento consolidó su identidad a través del inicio de la elaboración de una carta de principios comunes a sus militantes, además de la propuesta de la creación de un Foro para la economía solidaria. En 2003, durante el II FSM, también se realizó el II PNES, esta vez en un contexto favorable al movimiento, debido a la elección de Luiz Inácio Lula da Silva, del Partido de los Trabajadores (PT) al gobierno federal, donde el propio Presidente Lula anunció la creación de una secretaría encargada de conducir las políticas públicas en el ámbito de la economía solidaria a nivel nacional, la Secretaría Nacional de Economía Solidaria (Senaes), vinculada al entonces Ministerio de Trabajo y Empleo (MTE), que será comandado por el profesor y economista Paul Singer, como sugiere el movimiento de economía solidaria (Silva, 2020a).

También en 2003, se realizó el III PNES, cuyas propuestas para la creación del Foro Brasileño de Economía Solidaria (FBES) y su carta de principios fueron aprobadas, destacando la importancia de los Emprendimientos Económicos Solidarios (EES) en su composición mayoritaria, seguidas por directivos públicos e Instituciones Auxiliares de Economía Solidaria (IAES). En 2008 se llevó a cabo el IV PNES, que estableció lineamientos para el reconocimiento de los EES, además de definir estrategias para incrementar el rol de los foros estatales (Silva, 2020a). El V PNES fue realizado en 2012, con la presencia inédita de otros movimientos sociales en su organización y ejecución, aglutinando agendas comunes, sumándose a Ecosol movimientos de salud mental y cultura popular y educación, por ejemplo. Además, en el mismo plenario se lanzó la Carta Política, que reforzó la orientación a sus militantes sobre los principios y valores que guían la acción colectiva, tanto para el movimiento en su conjunto, como para los emprendimientos y otras iniciativas solidarias (Silva, 2020a). En este documento, el FBES reafirma que la crisis del capitalismo no sólo afecta cuestiones directamente relacionadas con el trabajo mismo, sino que también está presente en las dimensiones social, ética,

política y ambiental, oponiéndose a través de propuestas de acciones alineadas con los principios de solidaridad, la autogestión y el cooperativismo y el bienestar, enfatizando la necesidad de un abordaje conjunto por parte de los diferentes movimientos sociales, ya que en esencia, prácticas y luchas convergen entre sí, fortaleciendo así la acción popular para enfrentar la crisis del capital. Finalmente, el documento radicaliza sus reclamos contra el Estado brasileño y llama a la sociedad civil a conocer, apoyar y participar en la lucha de Ecosol (FBES, 2013).

Los años siguientes fueron turbulentos para el movimiento. El período de inestabilidad social, política e institucional, desde el final del primer mandato de la presidenta Dilma Rousseff (PT), hasta su destitución en 2016, cerró las ventanas de oportunidades para la economía solidaria. Después del golpe de Estado, entre 2016 y 2022, se produce un desmantelamiento de las políticas públicas nacionales de economía solidaria, culminando con el desmantelamiento del Senaes y el distanciamiento entre el movimiento y el Estado. Debido a la pandemia de COVID-19, el VI PNES, convocado en 2019, fue postergado para 2022, cuando el FBES convocó a su militancia para realizar plenarios desde el nivel local hasta el nacional, publicando también la "Carta de la Economía Solidaria a la Población Brasileña, en vista de la crítica situación político-económica y las Elecciones de Octubre" denunciando la desastrosa conducta del gobierno federal del presidente Jair Bolsonaro durante la crisis sanitaria, además de las políticas sociales, económicas y ambientales que llevaron a la clase trabajadora nuevamente al hambre y la inseguridad alimentaria. Considerando el contexto electoral y la oportunidad de renovación del gobierno federal, el movimiento destaca en la carta la necesidad de elegir un gobierno con una agenda democrática y progresista, capaz de llevar la economía solidaria al campo de las políticas públicas, se expresa, por tanto, favorable a la elección del entonces candidato y ex presidente Lula. El mismo documento finaliza con el reclamo y restablecimiento de políticas públicas para Ecosol (FBES, 2022). Con la elección de Lula para un tercer mandato presidencial, la estructura organizativa de las políticas dirigidas a Ecosol a nivel federal se reconstituye con el regreso del SENAES en 2023.

Principios y valores de la Economía Solidaria

Entre las diversas banderas levantadas por el movimiento de Ecosol, podemos destacar dos que definen de manera general los principios y valores comunes a los trabajadores y sus organizaciones: la autogestión y el buen vivir.

La autogestión se presenta como un principio para Ecosol, pues permite romper con prácticas de gestión

características de una economía capitalista, como la jerarquía de poder y la participación en los procesos de toma de decisiones dentro de una organización, además de estimular la competencia entre trabajadores. En la autogestión se promueve una administración horizontal y democrática, con las juntas generales como principal instrumento de deliberación e información entre los socios de los proyectos. La mayor responsabilidad que exige la autogestión requiere cierto grado de formación democrática por parte de los socios del emprendimiento, y fomentar la participación en las discusiones y decisiones colectivas es una forma eficiente de aprendizaje a través de la práctica del ejercicio de una rutina de autogestión, que puede también conducir a una mayor conciencia de clase y compromiso con los movimientos de lucha emancipadora, empoderando a los trabajadores para que se sientan seguros para el ejercicio democrático, no sólo en el entorno laboral, sino en sus vidas en general (Singer, 2002).

El bien vivir aquí resaltado, se presenta como filosofía de vida y de convivencia con el otro, sea humano o no humano, con raíces en las sociedades de las regiones andinas y amazónicas de América Latina. Converge y contribuye a los movimientos emancipatorios, como la Economía Solidaria, ya que se basa en valores no capitalistas, tiene fuertes fundamentos comunitarios y promueve intercambios armoniosos entre las personas y la naturaleza. Esto contrasta claramente con la relación promovida por el sistema hegemónico, que se basa en una racionalidad antropocéntrica que aísla a la humanidad de la naturaleza y justifica su explotación desenfrenada y destructiva de biomas, biodiversidad y comunidades, como lo destaca el filósofo indígena brasileño Ailton Krenak al afirmar que "cuando despersonalizamos el río, la montaña, cuando les quitamos su sentido, considerando que esto es un atributo exclusivo de los humanos, liberamos estos lugares para convertirse en residuos de la actividad industrial y extractiva" (Krenak, 2019, p. 32).

El buen vivir, como señala Acosta (2016), se puede entender como una alternativa al concepto de desarrollo, exigiendo la promoción de una economía basada en valores como "la solidaridad y la sostenibilidad, además de la reciprocidad, la complementariedad, la responsabilidad, la integralidad (todos los seres vivos son necesarios para el planeta), la suficiencia (y, de alguna manera, también la eficiencia), la diversidad cultural y la identidad, la equidad y, por supuesto, la democracia" (Acosta, 2016, p. 162-163).

De esta manera, la economía solidaria puede considerarse como una estrategia para poner en práctica la filosofía del buen vivir en las relaciones laborales y comunitarias, fomentando la aparición y el desarrollo de iniciativas basadas en una racionalidad emancipato-

ria que otorga nuevos significados a los territorios y sus comunidades, además de nuevos desafíos para quienes se proponen construir un mundo basado en valores no hegemónicos, como destaca Krenak que “el buen vivir puede ser la difícil experiencia de mantener un equilibrio entre lo que podemos obtener de la vida, de la naturaleza y lo que podemos devolver" (Krenak, 2020, p. 8-9).

El Informe de la V Conferencia Nacional de Economía Solidaria (V PNES) asume la responsabilidad de promover el buen vivir en diversas áreas de acción, incorporando este concepto en su orientación política y ampliando la definición de sustentabilidad más allá de la mera preservación de la naturaleza, "abarcando aspectos económicos, políticos, sociales, ambientales y culturales de manera indisoluble" (FBES, 2013, p. 35). En resumen, la filosofía del buen vivir adquiere mayor relevancia en las discusiones identitarias del movimiento de economía solidaria a partir de la V PNES, siendo incluso el tema central de la conferencia. Su concepción enriquece y amplía la noción de sustentabilidad en las prácticas cotidianas de las organizaciones solidarias, ofreciendo al movimiento una definición más precisa de su relación con el entorno y la comunidad circundante.

Caracterización de los emprendimientos solidarios

Los Emprendimientos Económicos Solidarios (EES) son definidos como “la unidad más simple y concreta del Ecosol, coherente en sus características esenciales” (Secretaria Nacional de Economia Solidária, 2012). Los tipos de emprendimientos cooperativos o asociativos son bastante heterogéneos en cuanto a estructuras, ámbito de operación y tipo de actividades económicas realizadas, tiene algunos puntos de convergencia destacados por el propio movimiento, como el ejercicio de la autogestión, la gestión colectiva del trabajo y sus resultados, además de la promoción de la dimensión ética en sus actividades diarias, incluido el respeto a los trabajadores, la diversidad y las minorías y el medio ambiente, fomentando prácticas que posibiliten los intercambios y el cuidado entre las personas. (Silva, 2020a).

Analizando esta concepción, es posible comprender las razones por las cuales los EES no necesariamente se orientan por el lucro y la acumulación de capital, sino que brindan a sus trabajadores, o socios, la posibilidad de fortalecerse como colectivo, superando algunas barreras impuestas por el capitalismo. Este terreno fértil para el ejercicio de la reciprocidad y la solidaridad entre los trabajadores puede ser uno de los elementos que ayuden a explicar las razones por las cuales los fines económicos no guían hegemónicamente el funcio-

namiento de los EES, dando un espacio destacado para que los valores sociales también puedan estar presentes en la vida diaria del colectivo y más allá (Silva, 2020b).

En términos socioestructurales, como se mencionó anteriormente, no existe un modelo hegemónico que deba seguirse para que una empresa pueda considerarse solidaria. Según el análisis de Silva (2020b) del Mapeo de Economía Solidaria (2010-2013), componente del Sistema Nacional de Información sobre Economía Solidaria (SIES), se mapearon alrededor de 19.780 emprendimientos, sumando alrededor de 1.423.631 trabajadores, en su mayor parte, con producción como su principal actividad económica, seguida por el consumo y la comercialización entre los emprendimientos más populares. Más de dos tercios de estos emprendimientos surgieron desde principios de la década de 2000, con asociaciones, la forma de organización más popular, con un 60%, mientras que un 30,5% eran informales y el resto se organizaban en forma de cooperativas formalizadas. Estos datos refuerzan que la informalidad sigue siendo una característica llamativa entre los EES, debido a los costos y la burocracia del proceso de formalización, que termina limitando sus posibilidades de acción y financiamiento, comprometiendo su sostenibilidad (Silva, 2020b).

Para entender la estructuración de la Economía Solidaria en Brasil, también es relevante considerar cómo las dinámicas de género operan dentro de los EES. Como indica la investigación de 2016, publicada por el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA), hay una discrepancia de género en la dimensión de los emprendimientos solidarios, con más hombres que mujeres involucradas. Los autores indican que hay un predominio de mujeres en emprendimientos informales, contrastando con la realidad de las cooperativas formalizadas, indicando que la predominancia masculina en cooperativas, puede estar relacionada a la necesidad de que las mujeres busquen ocupaciones a tiempo parcial, con el fin de complementar los ingresos familiares, mientras que se dedican a las tareas domésticas. Por otro lado, los grupos informales, con su dinámica más simple y flexible, atraen a una proporción mayor de mujeres (Silva y Carneiro, 2016).

La participación femenina en la economía solidaria, por lo tanto, es un tema de importante relevancia, como indica Nobre (2003). La autora aporta una perspectiva fundamental al enfocar el feminismo y las relaciones de género en la economía solidaria, resaltando cómo las prácticas sociales están intrínsecamente ligadas a las relaciones de género y cómo las mujeres desempeñan un papel esencial en el emprendimiento solidario. La economía solidaria, al cuestionar las prácticas económicas tradicionales, ofrece un terreno fértil para abordar cuestiones de género y promover la igualdad.

Por lo tanto, la intersección entre feminismo y economía solidaria es de extrema relevancia, desafiando las estructuras patriarcales y contribuyendo a una sociedad más justa e inclusiva, haciendo efectiva la dimensión transformadora y contrahegemónica de Ecosol.

En resumen, podemos reafirmar la pluralidad de los EES, sumando un número importante de trabajadores que, a pesar de tener diferentes expectativas sobre la economía solidaria, logran sobrevivir del trabajo guiado por valores diferentes al capitalismo, practicando los principios y valores del movimiento. Hay muchos desafíos a la vista en cuanto a la promoción de Ecosol como una posible alternativa al sistema hegemónico, basado en la exclusión y la competencia entre trabajadores. Entre los obstáculos, cabe destacar el desmantelamiento de las políticas públicas de Economía Solidaria a nivel federal, reflejándose incluso en datos desactualizados por la falta de mapeo, lo que ciertamente socava la comprensión de los principales desafíos actuales del movimiento, especialmente después del paso de varias crisis en el país (política, ética, social, económica y sanitaria), que pueden haber reconfigurado el escenario de desempeño y distribución del EES. También es destacable el tema de la informalidad, ya que es en este tipo de organizaciones solidarias donde las personas que acaban de salir del desempleo y, posiblemente, de la vulnerabilidad, son más acogidas por la economía solidaria. La informalidad se caracteriza como una desventaja, ya que limita el acceso al crédito y a las inversiones, además de no ofrecer derechos y garantías básicas a los trabajadores asociados. Si bien la ventana de oportunidades sociales, económicas y políticas para Ecosol no fue tan favorable de 2016 a 2022, el movimiento se reorganizó para reconducir la economía solidaria a la agenda política del país, y garantizar a sus trabajadores, avances y oportunidades para continuar el proceso emancipatorio de construcción de una vida alternativa.

Economía Solidaria como estrategia de rehabilitación psicosocial en Salud Mental

Pensar en la relación laboral con el usuario de salud mental implica también considerar cómo opera la lógica del manicomio en la sociedad. Saraceno (2001), parafraseando al psiquiatra italiano Franco Rotelli, es enfático al reafirmar que en el manicomio no hay posibilidades de intercambios, operando sobre un estándar que se impone por encima de aspectos del orden individual, cultural y socioeconómico, bajo un pretexto ordenador, cuya lógica básica puede aludir al poder, tanto paterno como patronal, común a las sociedades occidentales, que reproduce la tutela y la normalización de los sujetos bajo su influencia. El manicomio, por tanto, se basa en una lógica de dominación burguesa, que también refrendó el estatus de cientificidad de las

prácticas violentas surgidas de la psiquiatría. La cuestión del trabajo, como terapia laboral, fue común en los espacios del manicomio desde el principio, pero bastante desprovista de significado, precisamente por las nulas posibilidades de intercambios que caracterizan a un manicomio. A partir de las paulatinas transformaciones que se produjeron en las corrientes de la psiquiatría, debido a los cambios derivados de los movimientos de reforma psiquiátrica, la comprensión del trabajo de los pacientes psiquiátricos sufre transformaciones, pasando de la explotación del trabajo no remunerado de los internos, a un modelo aún rudimentario de rehabilitación psicosocial. Destacamos que tomamos como referencia en este estudio el concepto de rehabilitación psicosocial, por tratarse de una denominación apropiada de la política pública de salud mental del SUS, al definir el séptimo componente de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) como Estrategias de Rehabilitación Psicosocial, con énfasis en Generación de Trabajo e Ingresos, y Emprendimientos Solidarios y Cooperativas Sociales.

Para una comprensión más esclarecedora de lo que sería un modelo conceptual de rehabilitación psicosocial, Saraceno (2001) propone la consideración de dos dimensiones en el campo de las relaciones entre enfermedad y sociedad, a partir de las definiciones de deshabilitación y discapacitada. El primero está más relacionado con las limitaciones derivadas de la enfermedad y sus síntomas, el segundo se refiere a las limitaciones impuestas por la sociedad al sujeto con tal discapacidad. Por tanto, la discapacidad puede variar de forma más favorable o desfavorable a dicho sujeto según las respuestas de la organización social en la que se inserta. Por tanto, una rehabilitación necesita considerar ambas dimensiones para ser efectiva.

Entre los diversos modelos de rehabilitación concebidos por la psiquiatría, valorar el campo social en el proceso de rehabilitación, resulta más eficaz que una intervención individual sobre el paciente (Saraceno, 2001). Sobre tales comprensiones, se puede afirmar que "las variables diagnósticas o psicopatológicas son secundarias al resultado del proceso de rehabilitación, mientras que las variables sociales y situacionales tienen un peso comparativamente más importante" (Saraceno, 2001, p.83), haciéndonos inferir que la rehabilitación de los usuarios de salud mental, deben guiarse por las cuestiones que guían su vida, incluido el contexto social, económico, comunitario y familiar en el que están insertos, además de su relación con los servicios de salud mental. "Necesitamos pensar más en la vida real de los pacientes y la vida real de los servicios" (Saraceno, 2001, p. 83). Venturini et al (2003) alude a la idea de rehabilitar la ciudad en relación a las personas con sufrimiento mental.

Algunos de los modelos de rehabilitación psicosocial con miras al trabajo se revelaron como un intento de retomar una normalidad que tal vez nunca pueda aplicarse a todos los usuarios de salud mental, donde las instituciones psiquiátricas aún ejercen cierto control sobre ellos en una articulación que no favorece a todos, sólo aquellos clasificados como aptos para las condiciones impuestas por el mercado, por lo que es necesario "afrontar el problema de la relación entre trabajo y enfermedad mental, desde un punto de vista totalmente alternativo, que permita una inversión de la lógica, una radical recomposición del campo" (Saraceno, 2001, p. 132).

La solución encontrada para afrontar tales desafíos fue la promoción de cooperativas de trabajo en el campo de la salud mental, sustituyendo el trabajo enajenado, todavía centrado en el manicomio, por el trabajo cooperativo, siendo la cooperativa "la forma organizativa más innovadora: no sólo constituye lo contrario de la lógica de explotación del trabajo dependiente, sino que constituye una forma concreta de solidaridad" (Saraceno, 2001, p.134).

En el proceso de reforma psiquiátrica, especialmente en Italia, se consolida una modalidad jurídica, que se caracteriza por la presencia de socios, entre estos, usuarios de salud mental, y también otras personas que no son de la salud mental. En ese caso, los subsidios por parte del Estado y de las entidades locales, pueden ser entendido como un espacio de doble sentido. Por un lado, un dispositivo de atención a la salud mental y, por otro, una estrategia de producción, mediada por la formación continua entre sus socios.

A partir del desarrollo de experiencias pautadas en el cooperativismo, es importante resaltar el concepto de empresa social, cuyos fines no son sólo económicos, sino que también se basan en una percepción sensible de las cuestiones sociales del trabajo, fomentando intercambios de todo tipo, al mismo tiempo, propone dialogar fuera de los servicios, buscando estrategias y recursos importantes en la comunidad en la que se insertan, abriéndose a la constitución de redes (Saraceno, 2001).

Es en el seno de tales organizaciones donde la rehabilitación psicosocial se afirma en su forma más alineada con los supuestos del movimiento de lucha contra el manicomio, como la desinstitucionalización y el rescate de la ciudadanía, sobre todo porque los procesos de responsabilidad y de incremento de capacidades se fomentan opciones y riesgos que interesan a todos los participantes. Los beneficios de la unidad de producción se utilizan para crear una oportunidad futura de emprendimiento, desarrollo de habilidades y capacidades para los socios. Por tanto, el trabajo no se concibe como una simple 'respuesta a la necesidad', sino como

un espacio para la producción de significado y valores subjetivos y de intercambio" (Saraceno, 2001, p. 140).

Es conveniente reconocer la complejidad de los procesos de rehabilitación psicosocial, pues tienen como trasfondos fenómenos sociales intrínsecos igualmente complejos, que terminan siendo reflejos de la capacidad actual de la sociedad para convivir con lo divergente, ofreciendo posibilidades reales de transformación en la vida de las personas en desventaja, como los usuarios de servicios de salud mental.

Es evidente que el trabajo, cuando está dotado de significado y reconocimiento, constituye una dimensión relevante de la existencia humana, siendo uno de los caminos por los que la rehabilitación debe explorar. Podemos apropiarnos de la metáfora del bazar (mercado, o incluso una gran feria), destacada por Pitta (1996) para consolidar una conceptualización más adecuada del trabajo con las propuestas abordadas hasta ahora, entendido como un espacio de amplia circulación de personas, intercambiando, negociando, socializando y produciendo afectos, en un contexto que reproduce las condiciones ideales generales para la rehabilitación en el ámbito laboral: "No hay mejor centro de salud mental que un mercado en Senegal o Marrakech. Me gustaría entender mejor por qué esto es así. Seguramente tiene que ver con que allí las clases sociales se mezclan, intercambian, se miran, juegan, trabajan (¡y hasta pueden llegar a estar completamente locas!). El buen mercado es uno de los pocos lugares donde todo el cuerpo social se reconoce, existe como un todo, y cada uno sabe la dificultad de escapar a la fascinación de todas esas personas juntas" (Pitta, 1996, p. 21- 22).

El lugar de la Economía Solidaria en las políticas públicas de Salud Mental en Brasil

No es posible analizar las políticas públicas actuales en materia de salud mental sin mirar primero los procesos que culminaron con la Reforma Psiquiátrica brasileña. Como rescatan Amarante y Nunes (2018), tales políticas fueron conquistadas por muchas manos, por personas de los más diversos sectores de la sociedad y clases sociales, en el contexto de luchas por la democracia, aún bajo la opresión del régimen militar en los años 1970, donde, en primer lugar, los trabajadores de la salud mental, sensibilizados por las experiencias extranjeras de desinstitucionalización, especialmente en Italia, se organizan colectivamente para afrontar las condiciones inhumanas difundidas en los hospitales psiquiátricos de todo Brasil. Acompañando a otros movimientos sociales, entre finales de los años 1970 y principios de los años 1980, el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental (MTSM) comenzó a articularse más intensamente con la sociedad civil, culminando en un nuevo paradigma para la salud mental brasileña en 1987 con

la realización del II Congreso Nacional de Trabajadores de la Salud Mental (CNSM), donde se consolidó el Movimiento de Lucha Antimanicomial (MLA), a partir de la propuesta por una sociedad sin manicomios, sumando nuevos actores al movimiento, con énfasis en usuarios y sus familias, desde una perspectiva ya no de mejoras en la atención a los usuarios de los servicios psiquiátricos, sino de su total extinción, radicalizando el discurso practicado hasta entonces, en un contexto de intensa movilización social para la construcción e implementación del Sistema Único de Salud (SUS). En la misma reunión, que marcó la constitución identitaria del MLA, se instituyó el Día Nacional de la Lucha Antimanicomial, el 18 de mayo, como otra oportunidad de movilización organizada en todo el país a favor de sensibilizar a la sociedad sobre la violencia en el manicomio y la importancia de oponerse a tales instituciones. La relevancia de la fecha fue tanta que se celebra en todo el país hasta el día de hoy, en un movimiento de negación permanente de la lógica del manicomio, incluso utilizando el arte y la cultura como estrategia para deconstruir el estigma de la locura en la sociedad (Amarante y Nunes, 2018).

Con la promulgación de la Constitución Ciudadana de 1988 y los marcos legales del SUS, con la Ley 8.080 de 1990, varias alcaldías y estados prevalecieron sobre el propio gobierno federal, e instituyeron políticas de desinstitucionalización en salud mental, con propuestas de intervención y cierre de hospitales psiquiátricos en todo el país, posible gracias a la autonomía que confiere el principio descentralizador del SUS. A partir de este movimiento se inventaron e introdujeron dispositivos de atención a la salud mental que sustituirían el manicomio, incorporando efectivamente, en el contexto de la salud mental, cuestiones y soluciones que cubrían diferentes dimensiones de la vida de sus usuarios, ahora más que nunca, en libertad. Cuestiones como trabajo, ocio y comunidad, se convierten en recursos de dispositivos de salud mental, que ingresan a los territorios y se articulan con diferentes actores sociales e institucionales, como ocurrió en la ciudad de Santos en la provincia de São Paulo, donde el hospital psiquiátrico fue deconstruido, dando paso a una iniciativa pionera de red de servicios de salud mental, compuesta por cinco Núcleos de Atención Psicosocial distribuidos por el territorio, además de viviendas asistidas para ex internos del manicomio, cooperativas de trabajo y dispositivos culturalmente integrados, siempre con intensos intercambios con la comunidad (Amarante y Nunes, 2018).

En términos jurídicos, la ley de Reforma Psiquiátrica brasileña fue sancionada recién en 2001 (Ley 10.216/01), más de 10 años después de la legislación del SUS, pudiendo garantizar, por primera vez, derechos a las personas con trastornos mentales, haciendo que

el Estado desarrolle políticas públicas que puedan promover el cuidado en libertad y la "reintegración social del paciente en su entorno" (Ley n° 10.216, 2001). Una década después de la sanción de esa ley, otro marco legal trajo avances en el campo de la salud mental, con la creación de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) a través de la Ordenanza GM/MS N° 3.088 de 2011, cuyo mayor activo fue organizar la red de servicios especializados en la atención a usuarios de salud mental, articulándolos entre sí en sus especificidades y niveles de complejidad, ampliando la oferta de dichos servicios a la población, ganando protagonismo la economía solidaria como punto de atención del séptimo componente de la Red, relacionados con la Rehabilitación Psicosocial.

La ordenanza de la RAPS introduce estrategias de rehabilitación psicosocial como un componente formal de la red, citando incluso la economía solidaria en el párrafo 2 del artículo 12, que trata específicamente de la rehabilitación psicosocial en la RAPS: "Iniciativas de generación de trabajo e ingresos/emprendimientos solidarios/Cooperativas sociales referidas al art. 1º, debe articular sistemáticamente redes de salud y economía solidaria con los recursos disponibles en el territorio, para garantizar la mejora de las condiciones concretas de vida, la ampliación de la autonomía, la contractualidad y la inclusión social de los usuarios de las redes y sus familias" (Portaria nº 3.088, 2011). También cabe destacar la significativa colaboración intersectorial entre el Ministerio de Salud (MS) y el Ministerio de Trabajo y Empleo (MTE), que comenzó en el primer gobierno del presidente Lula. Esta colaboración fue notable en la intensificación del diálogo entre el Área Técnica de Salud Mental y la Secretaría Nacional de Economía Solidaria (SENAES).

Un ejemplo concreto de ese diálogo fue la realización del Taller de Generación de Trabajo e Ingresos para Usuarios de Servicios de Salud Mental, que fue realizado en Brasilia en noviembre de 2004. En ese evento, diversas mesas de debates fueron promovidas, y varias propuestas para políticas públicas intersectoriales fueron discutidas con la participación de actores políticos y sociales diversos. Tal momento representó una etapa inicial de mapeo de las iniciativas de Economía Solidaria en el campo de la salud mental en Brasil. Además, resultó en la creación del Grupo de Trabajo de Salud Mental y Economía Solidaria, cuya consolidación se dio por medio de la Ordenanza GM/MS nº 353/2005. De acuerdo con el Ministerio de Salud (2005), este grupo reunió, no solo a representantes de sus ministerios, sino también, a miembros del movimiento social de la economía solidaria y de la lucha antimanicomial. El principal objetivo de este esfuerzo conjunto era fortalecer la relación estratégica entre estos dos ámbitos,

formulando políticas públicas orientadas al apoyo y al fortalecimiento de iniciativas emergentes (Ministério da Saúde, 2005).

El citado grupo de trabajo (GT) publicó el informe final de sus discusiones en el segundo semestre de 2005, destacando su diversa composición con representantes de la gestión pública y de la sociedad civil. El informe destaca la importancia de que las iniciativas de trabajo y generación de ingresos se articulen como estrategias de rehabilitación psicosocial en el contexto de la atención a la salud mental en el SUS, convergiendo con las reflexiones de Saraceno (2001) al reafirmar el desarrollo de los emprendimientos económicos solidarios e inclusivos que promuevan espacios reales de trabajo, que proporcionen procesos de trabajo y formas de gestión que involucren: trabajo cooperativo; participación democrática y autogestión; el fortalecimiento del colectivo; énfasis en la calidad de las relaciones, procesos y productos; validación de conocimientos y recursos de los participantes y contextos locales; inserción en el mercado; posibilidades de ganancia económica real para los participantes" (Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, 2006, p. 13).

Como una de las recomendaciones del GT a la gestión pública federal, es importante mencionar el mantenimiento de la Ordenanza N° 1.169, de julio de 2005, instituida a partir de las discusiones del Taller sobre Generación de Trabajo e Ingresos para Usuarios de Servicios de Salud Mental, que tuvo lugar en 2004, y los trabajos del GT, cuyo menú "destina incentivos financieros para municipios que desarrollen proyectos de Inclusión Social a través del Trabajo dirigidos a personas con trastornos mentales y/o trastornos resultantes del uso de alcohol y otras drogas" (Portaria nº 1.169, 2005).

La ordenanza, atribuida al MS, fue relevante para definir criterios y grupos prioritarios para el financiamiento de iniciativas de trabajo y generación de ingresos en el campo de la salud mental, entre ellos, la necesidad de que el municipio, al recibir dichos recursos, tenga una red de atención extrahospitalaria comunitaria y territorial, además de priorizar aquellas con articulaciones efectivas entre salud mental y Ecosol. El apoyo financiero para esta ordenanza provino del propio MS, siendo solicitado directamente por gestores públicos locales interesados en promover experiencias existentes en el territorio bajo su administración (Portaria nº 1.169, 2005). Como resultado de las presiones de los movimientos de salud mental y de Ecosol, articuladas en la IV Conferencia Nacional de Salud Mental (CNSM), realizada en 2010, se exigió el mantenimiento y ampliación de la política pública, lo que fue respondido por el gobierno federal con la publicación de Ordenanza n.° 132 de enero de 2012.

A pesar de los avances en materia de promoción y

financiamiento de iniciativas de trabajo y generación de ingresos por parte de Ecosol en el campo de la rehabilitación psicosocial, se inició un movimiento en el gobierno federal para desmantelar las políticas públicas sociales, tal como ocurrió con la propia economía solidaria, siendo el MS objeto de negociaciones entre el gobierno federal y sectores conservadores de la oposición, que terminaron asumiendo el ministerio e iniciando una contrarreforma en las políticas de salud mental en Brasil, que se acentuó tras el cuestionable derrocamiento del *impeachment* a la presidencia de la república. Como la mayoría de las políticas para la promoción y financiación de la economía solidaria en salud mental eran políticas gubernamentales, muchas fueron revocadas o vaciadas. La sociedad civil y los sectores progresistas, por su parte, nunca dejaron de lado el tema, movilizándose por el restablecimiento de políticas públicas ganadas a través de luchas y ocupación de espacios democráticos de participación social, como conferencias y consejos.

Emprendimientos económicos solidarios en el campo de la salud mental en Brasil

Conocer las experiencias de rehabilitación psicosocial en el ámbito de la economía solidaria es relevante para la administración pública en todos los niveles de gobierno, a fin de permitir el seguimiento, mejoramiento e implementación de políticas públicas intersectoriales, que puedan impulsar este tipo de iniciativas, así como ampliar las líneas de financiación y su acceso transparente y democrático por parte de los EES de salud mental. Por otro lado, también se fomenta la articulación de diferentes actores (servicios de salud, movimientos sociales e instituciones auxiliares de la economía solidaria, como las universidades) en sus territorios de acción, posibilitando así no sólo las cooperativas de trabajo autogestionadas, cuya existencia aislada termina no apoyando los principios y valores de Ecosol, sino también la viabilidad de las redes de cooperación entre los propios emprendimientos.

En el campo de la salud mental, la primera experiencia cooperativa conocida proviene de las intervenciones de Franco Basaglia en Trieste, Italia quien, al comprobar que gran parte del trabajo manual en los hospitales psiquiátricos italianos lo realizaban los propios pacientes, generalmente a cambio de beneficios efímeros. Se propone, desde la perspectiva de la desinstitucionalización, que los pacientes sean remunerados por el servicio prestado, como cualquier otro sujeto que desempeñe la misma función. Este movimiento de reconocimiento de los "pacientes-empleados", como sujetos capaces no sólo de realizar un trabajo, sino también de recibir una remuneración por ello, encontró resistencias, pero terminó culminando con la creación,

en 1972, de la primera cooperativa de trabajo de salud mental en Italia, llamada " “Cooperativa Trabajadores Unidos". La cooperativa unió, no es solo a los ex pacientes del hospital, sino también, a las enfermeras y a los miembros de la comunidad, que hasta entonces, no estaban integrados directamente en los servicios locales de salud mental. Ambos trabajaron lado a lado, orientados tanto por el objetivo de generar trabajo e ingresos, como también, contribuir para la reintegración de los ex internos en la sociedad. Esa reintegración fue orientada por el respeto a las necesidades y desafíos específicos que esas personas enfrentaron después de pasar por instituciones manicomiales violentas (Amarante y Belloni, 2014; Martins, 2019)

Inspirándose en el contexto italiano, la primera experiencia brasileña de trabajo cooperativo en salud mental surgió en la ciudad de Santos, en el estado de São Paulo, como parte de un auténtico proceso creativo para afrontar la lógica del manicomio en el contexto brasileño que, por un lado, consolidó sus dispositivos democráticos y constitucionales (entre ellos el Sistema Único de Salud), pero por otro, sufrió el avance de la racionalidad neoliberal, que descalificó cada vez más las relaciones y oportunidades laborales. En este contexto, surgió en 1994 la Cooperativa Paratodos, ampliando nuevas posibilidades de vida para los usuarios al ponerlos en contacto con el trabajo real, en detrimento de un modelo de trabajo protegido. Esta experiencia posibilita otras experiencias y encuentros que se desarrollan más allá del contexto hospitalario, involucrando también a personas de la propia comunidad, promoviendo así la deconstrucción del estigma de la locura al mismo tiempo que se generan ingresos y se aprende en la práctica qué es el trabajo cooperativo (Martins, 2019). Nicacio et al (2005) comprende que las cooperativas apuntan al desafío de la creación y potenciación de lugares en el mercado de trabajo, que viabilicen la convivencia con la diversidad, ampliando el poder de contractualidad de los usuarios y afirmando la inclusión y emancipación social a partir del trabajo.

Entre otras experiencias innovadoras y exitosas en Brasil, podemos destacar la Cooperativa da la Playa Roja, fundada en 1995 en la ciudad de Río de Janeiro, vinculada al Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), con la participación activa de los propios usuarios y del Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares de Coppe, de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, y sigue siendo una referencia en el campo de la generación de empleo e ingresos a través de la economía solidaria. Esta cooperativa se centra en la producción y comercialización de alimentos como panes, tartas y aperitivos, incluyendo una cocina industrial, además de albergar cócteles y coffee breaks.

Otra experiencia importante que también se origina

en el IMPP es el Papel Pinel, que trabaja con la creación de artículos de papelería, bolsas, dibujos y artesanías, a través de una redefinición de la relación con el desecho del papel, ejercitando la creatividad a través del reciclaje, incluyendo folletos y cajas de medicamentos psiquiátricos en actividades productivas colectivas permeadas de intercambios y reflexiones. Se destaca la originalidad de los productos desarrollados en el ámbito de la experiencia, evidenciando la potencia del encuentro de los usuarios de salud mental con un trabajo emancipador en el campo de la producción artístico-cultural.

Finalmente, también es importante destacar la experiencia del Núcleo de Oficinas e Trabajo (NOT), creado en 1991 por el Servicio de Salud Candido Ferreira en la ciudad de Campinas, en la provincia de São Paulo, para responder a las nuevas aspiraciones de reforma psiquiátrica. Esta experiencia posibilita la inclusión social y productiva de los usuarios de salud mental, a través de la capacitación en talleres, el pago de becas a los usuarios y la oferta de beneficios, lo que contribuye para la permanencia de los usuarios en el servicio. Eso incluye la multiplicación de los conocimientos y competencias adquiridos en los talleres, con la posibilidad de que los propios usuarios se conviertan en facilitadores de los talleres. Según Almeida et al. (2017), la iniciativa dispone de una tienda física para la venta de artículos producidos en los talleres, además de un sitio de comercio electrónico llamado "Almacén de Talleres", que ofrece entrega en todo el país.

Panorama de la Economía Solidaria en Salud Mental en la ciudad de Volta Redonda en la provincia de Río de Janeiro: una experiencia en curso

En Volta Redonda, municipio con una población de aproximadamente 260.000 habitantes, ubicado en la provincia de Río de Janeiro, la articulación entre economía solidaria y salud mental se encuentra en fase de estructuración, y ha sido impulsada, principalmente, por iniciativas de la Universidad Federal Fluminense (UFF), como institución auxiliar, como la Incubadora Tecnológica de Emprendimientos de Economía Solidaria del Medio Paraíba (InTECSOL) y la carrera de Graduación en Psicología, a través de proyectos de práctica obligatoria, ofrecidos a estudiantes en el ámbito de la Red de Atención Psicosocial del SUS. La Red de Atención Psicosocial de Volta Redonda cuenta con cinco Centros de Atención Psicosocial (CAPS) distribuidos en su territorio, de los cuales tres son de tipo II, atendiendo exclusivamente a usuarios adultos, y los otros dos CAPS están especializados en la atención de personas en situación de abuso de alcohol y otras drogas, así como en la población infanto-juvenil. Otros dispositivos también forman parte de la red, como las Unidades

Básicas de Salud de la Familia ubicadas en la Atención Primaria del sistema de salud, Residencias Terapéuticas (RT) para la acogida en las viviendas de usuarios que son externados de hospitales psiquiátricas, y un hospital general con camas de salud mental, entre otros dispositivos. En los CAPS, el equipo es multidisciplinario, compuesto por médicos psiquiatras, enfermeros, psicólogos, asistente social, entre otros.

El equipo interdisciplinario permite desarrollar actividades cuyo enfoque se encuentra en el trabajo con talleres y grupos temáticos de usuarios, como los grupos de mujeres, producción musical y aquellos relacionados con la Economía Solidaria Si bien ya se venían desarrollando experiencias de trabajo y generación de ingresos en servicios de salud mental, a través de talleres de artesanías productivas con usuarios, se introduce la discusión sobre Ecosol y la orientación de tales actividades a partir de la consolidación del movimiento social economía solidaria en la ciudad. Con miras a promover el ejercicio de la ciudadanía y la formación política de los usuarios, con énfasis en la autonomía y protagonismo de los usuarios, la intersección entre economía solidaria y salud mental, viene apostando por esta formación en la universidad, ya que los usuarios participan en reuniones y cursos de economía solidaria, donde se debaten los principios y valores que guían la economía solidaria y que dialogan con el campo de la salud mental, tales como: cooperación, solidaridad, autogestión y buen vivir.

En 2016 se creó el Foro de Economía Solidaria de Volta Redonda (FESVR) a partir de la articulación entre emprendedores solidarios, universidad y gestión pública municipal. Al año siguiente, los actores de la FESVR se movilizaron para garantizar presupuesto público para políticas públicas locales de economía solidaria, a través de mecanismos de democracia participativa, que posibilitó la realización del I Festival de Economía Solidaria de Volta Redonda, cuya programación incluyó actividades de comercialización, cultura y formación en torno a la economía solidaria.

El festival cuenta con un círculo de conversatorio sobre salud mental y economía solidaria, con la participación de representantes de la dirección municipal de salud, trabajadores y la universidad. A partir del evento y sus debates se desencadenó el proceso de elaboración participativa de la política municipal de economía solidaria, la cual ha ido mejorando con el paso de los años y actualmente se encuentra en proceso de tramitación en las estructuras administrativas del municipio. La segunda edición del festival, realizada en 2018, marcó la participación directa de usuarios de salud mental en sus actividades, vendiendo productos artesanales elaborados en talleres de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), guiados principalmen-

te por pasantes de Psicología. El III Festival tuvo lugar en 2019, con el movimiento de economía solidaria asumiendo mayores compromisos en cuanto a la organización y dirección del evento, movilizándose para complementar los recursos públicos más limitados. La participación de los usuarios de salud mental se dio, nuevamente, a través de su inclusión en los espacios de comercialización del evento, con productos de los talleres, especialmente bisutería y cajas personalizadas.

Imagen 1 - Puesto de venta de usuarios de salud mental en el III Festival de Economía Solidaria en Volta Redonda.

Fuente: Colección de los autores, 2019.

Durante el período de la pandemia, el movimiento de economía solidaria se articuló para recaudar fondos de avisos de emergencia para promover la cultura, siendo contemplado en un proyecto que dio origen, en 2021, al 1er Festival de Cultura Popular y Economía Solidaria del Medio Paraíba, organizado por FESVR, EES e InTECSOL, en un formato remoto que nuevamente incluyó marketing, cultura y capacitación. Se puso mayor énfasis en la dimensión de capacitación por demanda de los empresarios vinculados a la FESVR, ofreciéndose cursos con reuniones remotas semanales durante dos meses, abordando la temática de economía solidaria, cultura popular y turismo, dirigidos a empresas y gestores públicos, con el objetivo de sensibilizar a los nuevos gestores de la administración pública municipal, además de promover una reflexión política de todos los participantes sobre las estrategias de futuro del movimiento. El ámbito de la salud estuvo presente en ambos cursos, con la participación de usuarios en situación de calle que son acogidos en el refugio municipal, donde algunos también son atendidos en servicios de salud mental. Este curso tuvo como objetivo principal la profesionalización de los talleres artesanales que también se desarrollan en los servicios de salud mental.

En el curso para directivos, donde una de las reuniones abordó específicamente el tema de salud mental, se contó con la participación de directivos del área técnica de salud mental. Como resultado de los cursos, además de impulsar la articulación entre los actores de Ecosol en el municipio y la reanudación de discusio-

nes sobre políticas públicas, se creó un grupo de trabajo intersectorial entre gestores públicos, con miras a discutir estrategias de acciones conjuntas en el ámbito de la economía solidaria en Volta Redonda, siendo la Secretaría Municipal de Salud, representada por el Área Técnica de Salud Mental (ATSM).

Por otro lado, la inclusión de Ecosol en dispositivos de salud mental también se basó en las experiencias de prácticas de estudiantes de la carrera de Psicología de la UFF, como en el caso de la viabilidad de talleres productivos y la participación de los usuarios con la comercialización de piezas artesanales en las ediciones 2018 y 2019 del Festival. También en 2019, un grupo de usuarios de Alcohol y otras Drogas (AD) del CAPS participó del curso de formación en economía solidaria y autogestión, organizado por InTECSOL y realizado en la UFF de Volta Redonda.

En 2021, en un período de retorno a las actividades presenciales, con la reapertura gradual de los servicios de salud mental, los pasantes realizaron, en alianza con la ATSM, un taller remoto sobre economía solidaria y salud mental, dirigido principalmente a trabajadores de la salud del municipio, abarcando un público más amplio, de diferentes localidades, destacándose la presencia de estudiantes del área de la salud, como los cursos técnicos y superiores de enfermería, lo que nos lleva a inferir que el interés por el tema no se limita al campo de la investigación y formación psi. Con las actividades presenciales casi normalizadas, luego de la inmunización de gran parte de la población, se diseñaron nuevas estrategias para fortalecer las experiencias entre ambas áreas. Una de las oportunidades señaladas se refirió a la potencia de las nuevas articulaciones entre los EES, impulsadas por la conciencia política trabajada durante el período de aislamiento social, como el curso impulsado en el Festival 2021.

Nuevas iniciativas surgieron y otras fueron rescatadas, a partir del intenso protagonismo del movimiento social, destacándose el Mercado de las Pulgas, un espacio de intercambio, comercialización, desprendimiento y solidaridad, íntegramente gestionado por emprendedores solidarios, agregando segmentos antes diferenciados como artesanía, gastronomía artesanal, tiendas de segunda mano, patios productivos, entre otros. El Mercado de las Pulgas comenzó a ocupar espacios públicos, como la propia universidad, integrándose, de alguna manera, con la rutina académica. A partir de este momento, el colectivo pasa a tener un diálogo más cercano con los estudiantes de la carrera de psicología, como la participación en eventos académicos, como la semana de la psicología y otras actividades en conjunto con pasantes de los servicios de salud mental, lo que promovió un bingo organizado por usuarios de la Asociación de Usuarios, Familiares y Amigos de los Servi-

cios de Salud Mental (AUFASSAM), para conmemorar las actividades del mes de la lucha antimanicomial, que se conmemora el 18 de mayo. Fruto de esta relación, AUFASSAM pasa a formar parte del Mercado de Pulgas, con la venta de ropa de una tienda de segunda mano, donde parte del dinero recaudado se destina al fondo de la asociación, que actualmente se está habilitando para implementar un fondo solidario, a través de participación en el curso de fondos rotativos solidarios, impulsado por InTECSOL.

Consideraciones finales

El área de intersección entre salud mental y economía solidaria, se presenta como un terreno fértil para la promoción de la ciudadanía, desde la reinserción de los usuarios de salud mental en contextos reales de trabajo cooperativo y solidario, con aportes no sólo al proceso permanente y necesaria para la afirmación de la reforma psiquiátrica y la lucha antimanicomial, pero también para la propia Ecosol, consagrando su vocación de acoger a aquellos sujetos sistemáticamente ignorados por el sistema económico hegemónico desde una perspectiva transformadora. Verificamos la importancia de los movimientos sociales para la elaboración e implementación de políticas públicas, considerando la participación social como un factor de fortalecimiento de la democracia brasileña, logrando avances no sólo en sus agendas específicas, sino en las comunes, cuando los actores sociales de Ecosol y la salud mental se encuentran, cualificando su articulación y ampliando sus posibilidades de acción política.

A pesar de las especificidades que caracterizan a cada movimiento, hay puntos no sólo de convergencia, sino también de entrelazamiento entre salud mental y economía solidaria. Incluso antes de la constitución de la identidad de ambos movimientos en Brasil, prácticas similares a Ecosol ya se estaban desarrollando en la pionera psiquiatría democrática italiana, cuya Reforma Psiquiátrica brasileña incorporó muchos elementos. Con el desarrollo de la noción de rehabilitación psicosocial, que permea uno de los componentes de RAPS, se desarrollan más proyectos guiados por principios y valores solidarios en el contexto de la salud mental, dentro y fuera de los dispositivos de salud, caracterizando así una importante aproximación teórica y la práctica entre los dos campos en el contexto brasileño, siendo el FBES, en su IV PNES (2008), indicando que la pluralidad y el respeto por los grupos minoritarios deben guiar el desempeño de los EES.

En V PNES (2012), el movimiento Ecosol es más explícito en términos de aproximación con la salud mental, al incluir a representantes del movimiento en la organización y ejecución del propio plenario, además de proponer la valorización y sistematización de

conocimientos y tecnologías derivados de experiencias de salud mental y, también, promoción de capacitaciones para la sensibilización de sus militantes sobre las relaciones con el público de salud mental (FBES, 2013). A pesar de las especificidades históricas y las luchas de ambos movimientos, hay puntos de convergencia que pueden ser tomados en cuenta para consolidar el acercamiento entre ellos, como la lucha por la ciudadanía, el buen vivir colectivo, la inclusión social a través del trabajo y la oposición a la exclusión sistemática fomentada por el sistema financiero hegemónico.

Podemos destacar como principales desafíos para el campo de la salud mental y la economía solidaria la reanudación del diálogo con el Estado, la recreación de estructuras administrativas relevantes orientadas a promover sus políticas estratégicas, la realización de un nuevo mapeo de los EES y la elaboración de implementación de políticas de financiamiento de las experiencias de Ecosol en salud mental, con fuente presupuestaria permanente, para subsidiar la ordenanza de la RAPS. Específicamente para los movimientos sociales, se señala la necesidad de mantener la articulación y construir nuevas redes con diversos actores sociales, cuyos valores de democracia y aspiraciones emancipadoras, promuevan una unión popular que pueda contener futuras olas reaccionarias y conservadoras.

Analizando brevemente el escenario local, se observa cierta convergencia con el contexto nacional más amplio, exigiendo que los actores sociales de ambos movimientos se articulen para una acción conjunta, en busca de la realización de derechos sociales y la construcción de una nueva realidad local.

Las políticas públicas cobran más sentido, cuando se diseñan desde una perspectiva popular, con la participación activa de la sociedad civil y los movimientos sociales, por lo que es necesario ocupar los espacios existentes de participación y control social, e inventar nuevos espacios. Así, esta participación no sólo se expande, sino que también califica, convirtiendo a los actores, aún excluidos de los espacios de construcción colectiva de las políticas públicas que rigen el país, en cada vez más protagonistas de las historias de nuestras naciones en América Latina.

Bibliografía

Acosta, A. (2016). O Bem Viver - Uma oportunidade para imaginar outros mundos (1 ed.). Autonomia Literária, Elefante.

Almeida, N. C., Alvarez, A.P., Luiz, C. C. A., Figueiredo, A.P., e Poleshuck, M. E. (2017). *Dá para fazer!: guia prático de economia solidária e saúde mental* (1 ed.). WalPrint Gráfica e Editora: Bel Lab Design e Comunicação.

Amarante, P. e Belloni, F. (2014). Ampliando o direito e produzindo cidadania. In: Pinho, K. L. R., Pinho, L. P., Lussi, I. A. O. e Machado, M. L. T. (Org.). *Relatos de Experiências em Inclusão Social pelo Trabalho na Saúde* (pp. 13-20). Compacta Gráfica e Editora.

Amarante, P. e Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*(6), 2067–2074. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018

FBES. (2003). *Carta de princípios do Fórum Brasileiro de Economia Solidária.* FBES. https://bitly.ws/ZoN9

FBES. (2013). *Relatório da V Plenária Nacional de Economia Solidária - Economia Solidária: bem viver, cooperação e autogestão para um desenvolvimento justo e sustentável.* FBES. https://bitly.ws/ZoNc

FBES. (2022). *Carta da Economia Solidária à População Brasileira.* FBES.

Junior, E. B., Oliveira, G. S., Santos, A. C. O. e Schnekenberg, G. F. (2021) Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. *Cadernos da Fucamp*, *20*(44), 36-51. https://bitly.ws/ZoNf

Krenak, A. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo* (1 ed.) São Paulo: Companhia das Letras.

Krenak, A. (2020). *Caminhos para a Cultura do Bem Viver*. Escola Parque. https://bitly.ws/ZoNg

Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República.

Martins, R. C. A. (2019). Reformas psiquiátricas e o processo de ressignificação do trabalho de saúde mental. *Revista NUFEN*, *11*(2), 96-116. https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio50.

Ministério da Saúde. (2005). *Saúde mental e economia solidária: inclusão pelo trabalho / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégias.* Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego. (2006). *Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária.*

Nicácio, F. N. et al. (2005). Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 16*(2), 62-66.

Nobre, M. (2003). As mulheres e a economia solidária. In: CATTANI, D. A. (Org). *A outra economia é possível.* Ed. da UFRGS, (pp. 205-211).

Pitta, A. M. F. (1996). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M. F. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil.* (pp. 19-26). Hucitec.

Portaria Nº 1.169, de 7 de julho de 2005. (2005). Destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos men-

tais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências. Presidência da República.

Portaria Nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Presidência da República.

Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (2 ed.). Te Corá/ Instituto Franco Basaglia.

Secretaria Nacional de Economia Solidária. (2012). *Avanços e Desafios para as Políticas Públicas de Economia Solidária no Governo Federal - 2003/2010.*

Silva, S. P. e Carneiro, L. M. (2016). Os novos dados do mapeamento de economia solidária no Brasil: notas metodológicas e análise das dimensões socioestruturais dos empreendimentos. Relatório de Pesquisa. Ipea.

Silva, S. P. (2020a). A trajetória sócio-organizativa do movimento social de economia solidária no Brasil. In: Silva, S. P. (Org.). *Dinâmicas da economia solidária no Brasil* (pp. 241-272). IPEA. http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-013-4

Silva, S. P. (2020b) Dimensões socioestruturais dos empreendimentos de economia solidária no Brasil. In: Silva, S. P. (Org.). *Dinâmicas da economia solidária no Brasil* (pp. 45-82). IPEA. http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-013-4

Singer, P. (2002). *Introdução à economia solidária.* Fundação Perseu Abramo.

Venturini, E. et al. (2003). Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 55*(1), pp. 56-63.

Notas

1. El Movimiento Antimanicomial en Brasil es un movimiento social, en el campo de la salud mental, compuesto por usuarios, familiares, trabajadores y sociedad civil, iniciado en 1987 con el lema "Por una sociedad sin manicomio".

La intervención del trabajo social en un Dispositivo de Atención en Crisis

CORDERO, Micaela
Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Trabajadora Social del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo J. Taraborelli en la ciudad de Necochea, Buenos Aires.

Contacto: micacordero@hotmail.com

Recibido: 28/06/2023; **Aceptado**: 02/10/2023

Cómo citar: Cordero, M. V. (2023). La intervención del trabajo social en Dispositivo de Atención en Crisis. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (15), 122-129

Resumen

El presente escrito es el resultado final de diversas reflexiones acerca de mi rotación por el Servicio de Atención en Crisis (SAC) -o bien denominado "agudos" por parte de les profesionales del espacio- de la institución, la cual se desarrolló durante los meses febrero-agosto del año 2022. El objetivo del mismo es problematizar el dispositivo en sí mismo y la pertinencia de la intervención de trabajo social. Dicha rotación se encuentra enmarcada en la currícula de la residencia en trabajo social del Hospital Subzonal Especializado Dr. Domingo J. Taraborelli, en la localidad de Necochea, Buenos Aires, Argentina.

Palabras Claves: salud mental - trabajo social urgencias

The intervention of social work in Crisis Care Device

Abstract

This writing is the final result of various reflections about my rotation by the Crisis Care Service -or well called “acute" by the professionals of the device- of the institution; which took place during the months of February-August of the current year. Its objective is to problematize the device itself and the relevance of the social work intervention. Said rotation is framed in the curriculum of the residence in social work of the Hospital Subzonal Specialized Dr. Domingo Taraborelli in the town of Necochea, Buenos Aires, Argentina.

Keywords: mental health - social work - emergencies

Urgencias

En primera instancia me parece necesario situar que el dispositivo se encuentra dentro del Servicio de Internación. El equipo se encuentra conformado por diferentes disciplinas: psiquiatría, terapia ocupacional, psicología y trabajo social. El cotidiano del dispositivo se organiza en dos reuniones semanales los días martes y jueves. Las mismas se desarrollan a modo de pase de sala con las historias clínicas (HC) a mano, donde además, se toman decisiones con respecto a las líneas de intervención en relación al tratamiento de las personas internadas, y cuestiones que tienen estrecha relación con el cotidiano institucional (habilitación de visitas, llamados, permisos). En esos mismos días, luego de la reunión, se realizan entrevistas a “familiares". El resto de los días de la semana se evalúa de manera individual a las personas internadas.

El ingreso al SAC es mediante la internación a través de la guardia, cabe aclarar que hasta el momento sólo existe de psicología y psiquiatría. Según les psi (psicología y psiquiatría), el servicio debe trabajar la situación de crisis psicótica aguda -lo urgente-, lo cual quiere decir que se trabaja bajo la lógica del modelo médico hegemónico, donde reina el cuadro clínico sobre todo lo demás. Cuando hablamos de urgencias terminamos relacionándola con una diversidad de problemáticas: económicas, amorosas, sociales. Sin embargo, en salud se habla de urgencia médica donde “lo que está en juego es del orden del cuerpo, está en juego el riesgo máximo, el riesgo de vida, urgencia o emergencia es una distinción que los emergentólogos deben realizar para decidir y orientar una demanda” (Korinfeld, 2017; p. 2).

En el campo de la salud mental se habla de “urgencia subjetiva” y lo que se entiende por la misma, tanto en el dispositivo de Agudos como de Guardia, refiere a aquellos estados de excitación psicomotriz, de angustia, estados de ansiedad, distintos tipos de padecimiento extremo, situaciones vinculadas con violencias que requieren una atención inmediata. En estos espacios

poco se habla (o se piensa) en otros tipos de urgencias atravesades por los determinantes sociales de la vida y, por ende, de la salud. En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) postula que una urgencia social es "la aparición en cualquier lugar y actividad de un problema de causa diversa variable que genera la conciencia y una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o su familia". Llegué a la conclusión de que dentro de este dispositivo se entiende a la salud desde una mirada totalmente médica, fragmentando así al sujete, por ende, no se comprende a la misma desde la integralidad. La categorización que se genera es el mal denominado "paciente social" *versus* el "paciente agudo". Esta fragmentación de las situaciones genera una contradicción inherente en este dispositivo: "los tiempos sociales" y los tiempos institucionales de Agudos -lo que mayormente se denomina cama caliente-, ya que los primeros no siguen la misma lógica ni las reglas de éstos últimos. En el primer momento de la internación lo que se plantea es esperar "los tiempos de los fármacos", pero cuando los mismos cumplen con su cometido, no suelen ser tan flexibles con los tiempos que engloban bajo la órbita de "lo social".

Es necesario pensar cómo intervenimos en estos procesos de externación, para que sean sustentables y sostenidos en el tiempo; sino, en consecuencia, sin ser conscientes de ello, el servicio termina funcionando a modo de "puerta giratoria". Así el "giro cama" atraviesa cualquier intervención en este dispositivo. Tal como plantea una compañera residente en su informe de rotación: "una externación que no es sustentable es lisa y llanamente una expulsión".[1] En este sentido, Paula Retamal (2013) refiere que las personas que han transitado por neuropsiquiátricos evidencian una subjetividad modelada por la lógica asilar, que termina siendo reforzada por un afuera expulsivo. Para estas personas el hospital es sinónimo de cama, comida, espacio fijo. Ciertamente, todo eso estabiliza el psiquismo de cualquier ser humano.

¿Se puede llegar a pensar que se trabajan verdaderamente procesos de externación? Pienso que si bien el servicio recibe esa demanda, no logra alojarla efectivamente. Y si cerramos la puerta a la persona o la expulsamos, retornará ingresando por la ventana: no hay manera de evitarlo. Si no le damos un lugar, un espacio de trabajo, un tratamiento, un sostenimiento, una manera de acompañar, lo que se expulsa retornará intensificado.

Interdisciplina

En consonancia, las intervenciones terminan siendo recortadas, fragmentadas, ahistóricas, descontextualizadas, debido a que tenemos diversas formas de comprender la salud. Sin embargo, para no caer en una

visión negativista de la interdisciplina, con discursos tales como: "hay cosas más importantes que resolver antes" o "estamos lejos de la interdisciplina", que se expresa en un "no hacerse cargo" (de que la interdisciplina comienza con la actuación de cada profesional) y en una "falta de responsabilidad".

Pienso que el no trabajo interdisciplinario en la institución tiene que ver principalmente con dos cuestiones estrechamente vinculadas: una, la definición de salud mental -y por ende de la visión que se tiene del sujete con el cual se va a trabajar-. Esto se visualiza en las diversas formas de denominar a las personas. Las profesiones psi (de psicología y psiquiatría) utilizan la nominación "paciente". Muches otres profesionales eligen "usuarie". Según el diccionario, "paciente" es definido como persona que sufre una enfermedad. De acuerdo a esta nominación, "paciente" se relaciona con un recorte de la multidimensionalidad del sujete. Una misma persona se inscribe en un conjunto de tramas en las cuales siempre se vincula con une otre que nomina, desarrolla acciones, sostiene discursos, se construye en torno a este otro.

En el hospital se denomina paciente - caso - loco - border - alcohólico - psicótico - débil - perverso - histérica, entre otras denominaciones. En los juzgados, inhabilitados/insanos; y así en diversas instituciones. De esta forma se puede visualizar un transitar de estas personas por varias nominaciones inhabilitantes, mutilantes, desubjetivizantes, cosificadoras. Ya no es "Juan". Es el paciente, el inválido, el inhabilitado. Puede ser una y todas a la vez. Coherentes y contradictorias. Eso queda plasmado en el registro de la HC. Desde mi posición como profesional no utilizo el concepto paciente o usuarie, sino que coloco el nombre de la persona. En una de las reuniones, une profesional del equipo lee la HC de un paciente y en la evolución de una compañera se lee el nombre de la persona. Le profesional pregunta: "¿quién es x?". La compañera terapista responde: "es el paciente". Este punto es crucial, ya que despersonalizan tanto la intervención que nos olvidamos de que detrás de un caso/diagnóstico hay una persona. "Allí donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto a ser escuchado en clave social" (Carballeda, 2012, p. 9).

También entran en juego los roles instituidos de las diversas disciplinas donde entran en juego las relaciones de poder, asimetrías y egos profesionales, lo cual afecta directamente al trabajo con otres. En esta línea, se agrega que el resto de las disciplinas no logran visualizar su intervención más allá de lo que elles consideran como incumbencias profesionales. Lo que termina sucediendo en el hospital cuando se clasifica en "pacientes agudos o sociales", es que estos últimos terminan relegados exclusivamente a las intervenciones de las

profesiones "sociales". ¿Cómo pensar en intervenciones interdisciplinarias si no existe apertura para escucharnos, si no se detienen a pensar qué puede hacer el otro?

Frente a esta situación… ¿dónde nos encontramos como trabajo social? ¿Cómo me posiciono en particular? En primera instancia señalar lo que Oliva (2011) plantea acerca de las tres funciones del trabajo social: asistencia-gestión-educación. Estos pilares nos guían para definirnos como profesión y para ser conscientes de nuestros aportes específicos en la búsqueda de la autonomía profesional y de la valoración del rol por parte de otras profesiones. Desde el trabajo social se plantea que las demandas se construyen, en gran parte por lo que la gente con quienes intervenimos espera de nosotres. Entonces, ¿qué esperan las personas de nosotres? ¿Cuáles son las demandas que llegan en agudos? Parafraseando a Karsz (2006, p. 21) cuando se interroga por aquello que la gente pide al Trabajo Social: ¡todo! La demanda es desmesurada por definición, se articula con el deseo, y un deseo razonable no es un deseo, es una necesidad. Es necesario repensar la demanda, el deseo y la necesidad, para determinar a qué de todo eso venimos respondiendo.

Pude observar que existe un imaginario social profesional que vincula al trabajo social con la subsidiariedad, lo asistencial, lo social, sin una definición concreta más que "todo lo que no sea de otras disciplinas", sobre todo en estas instituciones de salud donde predomina un discurso médico hegemónico.

Entorno – Red de apoyos

Quisiera agregar que una intervención central en este dispositivo es con la red de apoyos que va a sostener y generar una externación sustentable. Esto va a depender del grado de apoyos que requiera la persona. Cuando ya no es posible retomar las actividades previas de manera autónoma, ¿quiénes, dónde y cómo brindarán los cuidados y apoyo requeridos?

En este punto, lo que se observa en salud mental es que muchas veces surgen conflictos en los vínculos afectivos, y cuando suceden las internaciones, en las entrevistas a las respectivas familias transmiten mucho sufrimiento. Muches de elles se lamentan "no haberse dado cuenta antes"; otres, que se encuentran cansados por lo que implica el cuidado de ese familiar (en los casos que no son primeras internaciones); y también sucede lo que Peusner y Lutereau denomina como "lógica del *service* de la computadora", donde a las familias "no les interesa saber qué le pasa, cuál es la causa de sus problemas [...] vienen a vernos desde un lugar de saber: saben lo que está pasando, no plantean ninguna pregunta, saben que su familiar no funciona" (2013, p. 7). Es por esto que se debe remarcar y trabajar en las expectativas que tienen esas familias con respecto a su

familiar, poder orientarlos en esas entrevistas, para que estas personas, cuando vuelvan a su entorno sea lo más ameno para todes.

Sin embargo, una de las limitaciones en el abordaje vincular es cuando no hay referentes, ni ningún circuito instalado con otras instituciones; ya sea porque los lazos con los mismos se han agotado, no cuenta con una red "potable" que pueda acompañarle o simplemente no existe. En ese momento es donde se debe pensar otras alternativas de apoyos posibles, en este caso puede ser la articulación con otras instituciones y/o dispositivos del Hospital.

Algo a señalar en las intervenciones con referentes vinculares tiene que ver con las concepciones que une tiene de les mismes: ¿qué concepciones de familia tenemos? ¿Qué tanta responsabilidad delegamos en estos actores? ¿Estamos acompañando o direccionando prácticas moralizantes?

Acompañar(nos)

Como ya mencioné anteriormente, las instituciones -y en consecuencia, los actores que se encuentran en ella- operan sobre diversas formas de subjetivación; es decir, que quienes trabajamos en salud mental no trabajamos con une sujete ya producide, acabado, sino que somos actores que producen marcas en esas subjetividades, a la vez que en esa relación se modifica la propia. Es así que el paso de las personas por el hospital neuropsiquiátrico deja marcas en su subjetividad, en su historia de vida, en sus vínculos; es por eso que se debe repensar acerca de nuestro accionar en esas situaciones. ¿Qué logramos vehiculizar? ¿Qué cosas dejamos pasar? ¿Cómo nos afecta a nosotres?

Pienso en lo que cada une espera de las intervenciones, de les sujetes con los que trabajamos, qué esperamos de la institución, incluso de nuestres compañeres y colegas ¿Esperamos algo más de lo que ya sabemos que hay? Reflexiono y retomo las palabras de Korinfeld:

> *El valor terapéutico de enfermar, el momento agudo que sin dudas conlleva riesgo y peligros pero que al mismo tiempo guarda un potencial de transformación [...] Saber acompañar a un ser en su desamparo también es generar dispositivos en las instituciones capaces de dar cauce a esa disposición de los practicantes del oficio para alojar el padecimiento del otro. (Korinfeld, 2017, p. 7).*

El dispositivo de Agudos, si bien puede presentar todas estas dificultades que he estado desmenuzando; pienso que el potencial transformador se encuentra en las personas que habitamos el espacio desde otro lugar, con otra mirada y, sobretodo, en el encuentro de nosotres y con otres; de saber acompañar a las personas

en este proceso determinado de su vida. Está claro que en primera instancia debemos superar estas visiones fragmentadas y pensar en sujetes socio-subjetivamente atravesades. Para pensar en la posibilidad de un trabajo interdisciplinario -o incluso considero como profesional comenzar a plantear otras alternativas como la transdisciplinariedad- es necesario situar nuestra intervención profesional; esto es: analizar el contexto político actual, conocer las políticas públicas respecto a la temática, en qué institución nos encontramos y cómo es su historia, la localidad en la que se encuentra la misma, lo instituido de cada disciplina en cuanto a los roles que se deben ocupar y les sujetes que transitan dicho lugar.

Para ir finalizando, el tránsito por este dispositivo te hace reflexionar todo el tiempo -y sobre todo lo que (te) sucede-. "Agudos" es de esos espacios que a uno le genera mucha frustración e incomodidad a nivel profesional y personal. En el primer caso debido a las complejidades de las situaciones que se presentan y el tiempo acotado de las intervenciones, que no es el mismo que otros espacios del Hospital, mencionando también las particularidades de la dinámica grupal que se generan. En cuanto al nivel personal, considero que une deja mucho en esos espacios que exigen un doble compromiso para hacer que funcionen -¿o nos funcionen?-. En lo particular, a pesar de que me fui preparando para mi ingreso, creo que une nunca sabe con lo que se va a encontrar y mucho menos de cómo se lo va a enfrentar. Hoy me posiciono de una manera más fuerte y segura en cuanto a mi intervención. Igualmente, para las que quedan y las que van a venir -como me aconsejaron en su momento-: elijan las batallas que quieran y puedan luchar. Puede llevar tiempo, pero la batalla no está perdida.

Bibliografía

Carballeda, A. (2012), La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen,* (65). 1-13.

Karsz, S. (2006). Pero ¿qué es el trabajo social?. *La investigación en Trabajo Social. Volumen V, Publicaciones post Jornadas. Paraná, Facultad de Trabajo Social-UNER.* 9- 28.

Korinfeld, D. (2017). Urgencias subjetivas de niños y adolescentes: ¿estamos preparados? Un enfoque desde la salud mental comunitaria, en A. Kaplan y M. Sanmartín (comps.) *Niños dispersos, aburridos, solos. Nuevos contextos. El rol adulto hoy*, Noveduc.

Oliva, A. y Mallardi, M. (2011). *Aportes tácticos-operativos a los procesos de intervención de trabajo social.* Consejo editor UNCPBA.

Peusner, P. y Lutereau L. (2013). *¿Quién teme a lo infantil? La formación del psicoanalista en la clínica con niños.* Letra Viva.

Retamal, P. (30 y 31 de mayo del 2013). *Salud mental: Aportes para pensar la inclusión social a partir de las prácticas profesionales en guardia hospitalaria.* [Trabajo Presentado]. V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad. Facultad de Ciencias Sociales UBA. Carrera de Trabajo Social.

Notas

1. Sólo se hará mención de los dichos, sin dar nombres específicos, para preservar su anonimato, debido al pedido de la misma.

Violencia basada en género desde la Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental Comunitaria

CRIVELLI, Carolina.
Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Residente de Trabajo Social del Sistema de Salud Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Contacto: carocrivelli22@gmail.com

Recibido: 14/08/2023; **Aceptado**: 02/10/2023

Cómo citar: Crivelli, C. (2023). Violencia basada en género desde la Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (15), 130-139

Resumen

El siguiente texto pretende socializar una experiencia innovadora para el equipo interdisciplinario -trabajo social y psicología- de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la Ciudad Autónoma de Buenos aires, sobre el abordaje de la violencia basada en género. Se presentará un dispositivo de prevención inespecífica de dicha temática, desde un enfoque de la Salud Mental Comunitaria. La finalidad es habilitar la reflexión sobre las diversas modalidades de intervención posibles de la salud mental desde el primer nivel de atención. Nivel cuyas intervenciones están guiadas por la estrategia de la atención primaria de la salud, donde se destacan la prevención y la promoción de la salud.

Palabra clave: violencia basada en género - Salud Mental Comunitaria - Atención Primaria de la Salud.

Gender-based violence from a Primary Health Care and Community Mental Health perspective

Abstract

The following text aims to socialize an innovative experience for the interdisciplinary team -social work and psychology- of a Primary Health Care Center of Buenos Aires CeSAC), on the approach to gender-based violence. A non-specific prevention device of said theme will be presented, from a Community Mental Health approach. Its purpose is to enable the reflection on the various possible intervention modalities of mental health from the primary level of care. Level, whose interventions are guided by the primary health care strategy, where health prevention and promotion stand out.

Keywords: gender - based violence - Primary Health Care - community health care

Introducción

La finalidad de este escrito radica en la socialización de un dispositivo de prevención inespecífica sobre violencia basada en género, llevado a cabo en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2023. Sin embargo, para comprender las motivaciones y fundamentaciones de este dispositivo, es necesario realizar algunas aclaraciones teórico-conceptuales y contextualizar la coyuntura que permitió su implementación.

1. Atención Primaria de la Salud

Al estar ubicados en un CeSAC, es importante definir el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS). El mismo surgió en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata y patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y United National International Children Emergency Fund; en español: Fondo de Socorro Internacional de las Naciones Unidas a la Infancia (UNICEF). En el Art. 6º se la define como:

> *La asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación [...] Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas. (OPS, 1978)*

Esta estrategia está dirigida a abordar los principales problemas de salud de la comunidad. En concordancia con ello, provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud de manera accesible.

Si bien la Declaración de Alma-Ata (1978) sentó las bases para la atención primaria, su progreso a nivel mundial en las últimas cuatro décadas ha sido desigual. Por tales motivos, en 2018 se firmó la Declaración de Astaná con el objetivo de lograr una mayor inversión en APS. Ésta ratificó los principios de Alma-Ata y propuso la puesta en marcha de diversas acciones, como el apoyo político en la promoción y la protección de la salud, el fomento de una Atención Primaria sostenible -con inversiones y mejores infraestructuras-, la priorización de la prevención de enfermedades, el refuerzo de la participación de la sociedad en el desarrollo de políticas de salud, y el establecimiento de un marco común para todas las partes interesadas. Argentina, como país firmante, asumió el compromiso de direccionar las acciones del sistema de salud estatal en esta línea.

2. Salud integral y Salud Mental Comunitaria

En contraposición al Modelo Médico Hegemónico, se entiende la salud de forma integral. Es decir, que contempla las dimensiones biológicas, sociales, psicológicas y culturales de las personas. En este sentido, los problemas de salud no serían consecuencia únicamente de lo físico, lo patológico o lo genético. A ello se le debe sumar el contexto, la conducta y hábitos de las personas; es decir, sus condiciones de vida. En otras palabras, la ausencia o presencia de salud deviene de la compleja relación hombre-ambiente-sociedad. Entonces, al entender la salud como un componente fundamental de la calidad de vida, el tratamiento de los sujetos deja de estar vinculado exclusivamente a la dualidad salud-enfermedad. La finalidad última de los profesionales de la salud debería orientarse al bienestar biopsicosocial. Para ello, se requiere considerar los factores o elementos culturales y sociales característicos del contexto temporo-espacial sobre el que se interviene (Charfolet y González, 1991). Esta concepción de salud exige una mirada más amplia que la biomédica, y una multiplicidad de saberes y estrategias.

2.1. Centro de Salud y Acción Comunitaria: APS y Salud Integral

Según la Ley N° 153 Básica de Salud de CABA, los Centros de Salud y Acción Comunitaria, como efectores de primer nivel de atención, deben realizar todas las acciones y brindar todos los servicios orientados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

En los CeSACs se focalizan las actuaciones en los principales problemas de salud de la población, combinando acciones de asistencia, prevención y promoción de la salud, bajo la estrategia de APS. Asimismo, se concibe la salud desde una perspectiva integral, con

abordajes territoriales e interdisciplinarios.

Dentro de las principales problemáticas identificadas en el efector donde desarrollé mi profesión, se encuentra la violencia familiar; más específicamente la violencia basada en género (VBG) en el ámbito familiar. Desde una perspectiva integral, todo tipo de violencia es considerada un problema de salud. Esto se debe a que haber vivido o estar viviendo situaciones de violencia implica, para la víctima, la pérdida de años de vida saludable. A veces produce daños físicos y psíquicos irreparables. Por ende, es competencia de todos los profesionales de la salud detectarla y abordarla.

Según recomienda la Federación Internacional de Planificación de la Familia en su documento *Fortaleciendo la respuesta del sector salud a la violencia basada en género* (Bott, 2010), los servicios de salud, sobre todo aquellos de urgencias y de atención primaria, deben cumplir un rol de prevención y detección de casos, no sólo de tratamiento de los mismos, cuando las mujeres se acercan a consultar.

Es de gran conocimiento que la violencia basada en género afecta la salud mental de las víctimas y este padecimiento mental afecta, a su vez, sus lazos sociales. Las mujeres quedan aisladas tanto de sus afectos como de la comunidad, dificultando el pedido de ayuda y la salida de esas relaciones. En este sentido, al comprender la salud desde una perspectiva integral, entendemos que la salud mental es parte de la salud, junto con los determinantes sociales, culturales, económicos, políticos, y el contexto y las condiciones de vida de los sujetos. Y debe ser abordada en todos los niveles de atención del sistema de salud público.

2.2. Salud Mental Comunitaria

Ahora bien, en la actualidad se está vivenciando un viraje en el accionar respecto a la salud mental. En 2021, la Organización Mundial de Salud en el documento *Orientaciones sobre servicios de salud mental comunitaria* (OMS, 2022), promueve un abordaje global de la misma, centrado en los sujetos y basado en los derechos humanos. Priorizando así los contextos sociales que provocan los sufrimientos, y la comunidad como espacio que aloje estos padecimientos.

Se considera a la Salud Mental Comunitaria (SMC) como una forma de atención que involucra tres ejes: 1) los abordajes comunitarios y territoriales, en contraposición al modelo de manicomialización; 2) el énfasis en el proyecto de construcción de la salud, único y singular para cada persona, en oposición a la búsqueda de la cura universal y generalizada, vinculada a los procesos de medicalización de los problemas de la vida cotidiana y la sobremedicación de los padecimientos mentales; y 3) la construcción de un sujeto activo, partícipe y protagonista de su Proceso de Salud, Enfermedad, Atención

y Cuidado (PSEAC).

En este contexto, nos apoyamos en la SMC y en los aportes del Movimiento de Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana, para generar estrategias de intervención múltiples y flexibles, que, a su vez, tiendan a fortalecer los vínculos y constituir sujetos activos en la conformación de la comunidad y la transformación social (Bang, 2014), a través de la promoción y prevención de la salud.

Lo particular de este abordaje de la salud mental es que resalta la importancia de los vínculos personales, familiares e institucionales, que las personas que habitan un mismo territorio poseen. Estos vínculos pueden favorecer o dificultar la aparición y la resolución del sufrimiento psíquico.

3. Violencia basada en género. Un abordaje territorial y comunitario

En 2010 se crea el Programa de Violencia Familiar en este CeSAC, cuya propuesta fue ofrecer asistencia, tanto individual como grupal; prevención, para evitar situaciones de violencia y reducir las ya existentes; y promoción, para potencializar aquéllas herramientas con las que la población cuenta y así evitar la violencia dentro del ámbito familiar. El programa funciona hasta la fecha (noviembre de 2023) y está conformado por un equipo interdisciplinario, compuesto por psicólogas y trabajadoras sociales. La modalidad en la que se viene desarrollando el programa consiste en realizar entrevistas individuales con mujeres que consultan específicamente por situaciones de VBG, derivadas por otros profesionales del efector que hayan detectado o sospechen situaciones de VBG, o derivadas de otras instituciones. En dichas entrevistas se brinda información sobre el ciclo de la violencia, la violencia machista, los tipos de violencia y se espera que las mujeres puedan reflexionar sobre sus experiencias, puedan identificar las violencias en sus relaciones y, finalmente, se pretende construir en conjunto una estrategia de salida o acciones que le permitan modificar su realidad.

Luego de varias entrevistas se evalúa si está en condiciones o no de integrarse al Grupo de Ayuda Mutua (GAM) que coordina el mismo equipo. Este dispositivo permite a las participantes expresar sus sentimientos en relación a las violencias vividas, sentirse acompañadas, desculpabilizarse por las agresiones padecidas, aprender de sus propias experiencias y de las otras participantes, conformar redes de apoyo y establecer relaciones horizontales y equitativas (Adarve et al., 2016). Este abordaje grupal posibilita romper el silencio y aislamiento que provoca la violencia, favorecer los lazos de solidaridad y construir un espacio con carácter reparador, donde las participantes se permiten comenzar a vivir una vida libre de violencias.

Esta estrategia de intervención pudo ser sostenida a lo largo de los años, con momentos de mayor demanda y otras de menor, haciendo que la conformación de los grupos variase en tamaño y duración. Sin embargo, este año se experimentó una particular baja en la demanda y en el sostenimiento por parte de las mujeres de las entrevistas individuales, lo que obstaculizó la conformación del GAM. Entonces, se decidió sumar otras alternativas de intervención que colaboren a enriquecer las prácticas profesionales. Se arribó a la conclusión que si la demanda no llegaba al CeSAC, el equipo debía generarla a través de estrategias de promoción de salud y prevención de la VBG.

En un primer momento empezamos a explorar espacios donde circulen o acudan las mujeres en los barrios a cargo del efector, con el fin de realizar charlas o talleres sobre la VBG, los estereotipos de género, patriarcado y machismo, y demás temáticas pertinentes. Estas actividades de prevención se realizaron otros años, a demanda de diferentes organizaciones e instituciones barriales y según criterios del equipo profesional. Se contempló esta estrategia de aprovechar los espacios donde las mujeres ya estén reunidas por otro motivo, ya que, por experiencias pasadas, convocar a charlas sobre estas temáticas resulta difícil, estando en el barrio donde viven las mujeres y los agresores. Promocionar abiertamente estos espacios podría resultar perjudicial para quienes sufren violencia, ya que quedaría a la vista que están pidiendo ayuda o que son víctimas de la misma. Siempre se prioriza, desde este equipo, preservar la intimidad y seguridad de quienes participan. Por estos motivos, el GAM, por ejemplo, no se promociona públicamente. Las mujeres toman conocimiento de su existencia a través de las entrevistas individuales. Sí se socializa abiertamente que existe el Programa de Violencia Familiar, garantizando que la consulta se puede mantener en confidencialidad, ya que las mujeres pueden acudir al CeSAC por diversos motivos.

En esta búsqueda nos dimos cuenta de que no hay muchas actividades destinadas a mujeres adultas en el barrio. En general las ofertas se vinculan a la educación (terminar el primario o secundario) y a actividades físicas (danza, yoga). Los espacios educativos no son exclusivos de las mujeres, y los que sí, no resultan viables para realizar un taller durante la actividad.

Detectar esta vacancia nos llevó a idear un dispositivo de prevención inespecífica que denominamos “Dos horas para mí”. El mismo está destinado a mujeres mayores de 18 años, y consiste en un encuentro mensual, donde se proponen actividades recreativas y lúdicas, o materiales audiovisuales o de lectura que aborden desde la comedia y desde lo cotidiano, temáticas vinculadas a la desigualdad de género y el rol de la mujer. Se espera

que se pueda generar un espacio de reflexión y debate al momento del cierre, sin ser ésta su principal finalidad.

Optamos por realizar una actividad abierta a todas las mujeres -no se trata de un dispositivo destinado a víctimas de VBG-, con un doble objetivo. Por un lado, ofrecer un espacio de ocio y recreación que las mujeres no suelen permitirse. Esto se debe, en general, a la gran carga horaria que dedican a las tareas de cuidado de sus hijos e hijas, y a las tareas domésticas, sumado a la jornada laboral, y por la carga mental que implica esta doble o triple jornada. La intención de este espacio es que les permita conocerse entre vecinas, generar vínculos fuera de los familiares, y generar lazos de amistad.Y por otro lado, fomentar la reflexión sobre sus estilos de vida, estereotipos y roles de género, tipos de familia, división desigual del trabajo, entre otras temáticas, a través de películas, cortos, cuentos y de compartir entre ellas sus experiencias. Siempre teniendo presente, desde el equipo coordinador, el fin último de prevenir y detectar de manera temprana las situaciones de VBG, y los problemas de salud y salud mental que conlleva la violencia basada en género.

Lo novedoso de este dispositivo es el énfasis en la prevención inespecífica que son "aquellas acciones generales no relacionadas directamente con el fenómeno, que se dirigen a trabajar sobre las causas o factores que son los que originan o fomentan el problema" (De Ieso, 2008, p. 1); en este caso la violencia basada en género. Es decir, que trabajando sobre los roles, estereotipos o ideales de género impuestos por el patriarcado y el machismo -es decir, por gran parte de la sociedad-, sobre los mandatos sociales, estereotipos de familia y demás, estamos trabajando para desarmar los elementos que legitiman la VBG.

A su vez, nos resultaba primordial, al no lograr constituir el GAM, ofrecer un dispositivo de abordaje territorial y comunitario, justamente por la vacancia de lazos sociales y la escasez de vínculos entre vecinas que observamos. Y también, por el desconocimiento de los recursos disponibles en el barrio, y las instituciones y actividades que éstas brindan. Articulamos con una institución barrial que nos permitió realizar la actividad allí, por la falta del espacio en nuestro efector. De esta manera se logra no sólo un abordaje interdisciplinario de la problemática, sino uno intersectorial.

Esta propuesta alternativa de intervención grupal permite "dar voz" a las mujeres del barrio, revalorizando sus capacidades, saberes, vivencias, intereses y deseos. Creemos que los medios audiovisuales y las lecturas como herramientas de trabajo, tienen la potencialidad de hacer que las mujeres se vean reflejadas e identificadas de forma colectiva: que puedan tomar conciencia de que quizás no son las únicas que atravesaron determinada situación o sintieron ciertas emo-

ciones. En palabras de De Ieso, "se procura que el grupo afiance su identidad, su autoestima, dignidad, se autorrepresente social y culturalmente, tome conciencia de su situación, revise las representaciones sociales [sobre la violencia basada en género] [...] y ejercite una mirada crítica de los discursos imperantes" (2008, p. 9). En suma, pensamos este espacio desde lo artístico, lo lúdico y expresivo, como una manera de lograr una integralidad mente-cuerpo-espíritu, y de recuperar la historia de vida de las participantes y sus experiencias de recreación y diversión del pasado. Para ello, nos basamos en la recreación crítica, entendíendola como una práctica ligada a la construcción de poder popular ligada al tejido de redes vinculares y encuentros de cuerpos y risas en un espacio que resulte propio (en la calle, en las instituciones, en los barrios). Se trata de crear experiencias recreativas que *jueguen* un rol en la transformación social.

3.1. La puesta en marcha de "Dos horas para mi"

Hasta el momento se llevaron a cabo tres encuentros de "Dos horas para mi", por la tarde (un horario pensado considerando las tareas de cuidado y domésticas que realizan las mujeres de los barrios destinatarios).

El primer encuentro tuvo lugar en una institución barrial y se transmitió "Mamá se fue de viaje", que muestra cómo en una familia la mujer se encarga casi exclusivamente de los cuidados de los hijos e hijas y de las tareas domésticas. En esa oportunidad concurrieron dos mujeres que habían formado parte previamente del Programa de Violencia Familiar. Al finalizar la película no se elaboró demasiado sobre la temática, pero sí valoraron el espacio ofrecido, refiriendo que si estaban en sus casas, no hubieran destinado esas horas a alguna actividad placentera o de disfrute personal.

El segundo encuentro se realizó en el CeSAC y se transmitió "No sé cómo lo hace", que muestra una mujer con una carrera exitosa y una pareja varón desempleado, desempeñando temporalmente el rol del principal cuidador de los hijos. Muestra cómo la mujer tenía una "lista mental" de actividades de los niños, del marido, la lista del supermercado, eventos laborales, etc. Quedaba a la vista la gran carga mental que implica para las mujeres la doble o triple jornada laboral. A este encuentro concurrieron cinco mujeres; algunas que habían transitado por el programa y otras que no. Al terminar la película comenzaron a debatir orgánicamente sobre esta carga mental, y a compartir experiencias propias. Se manifestó que los varones están tomando posturas más activas en el cuidado de los niños y niñas y en las tareas del hogar, aunque se resaltó la dificultad de las mujeres para delegar estas tareas. Por pensar que ellas lo harían mejor o más rápido, por costumbre, por sentir que ser "buena mujer" o "buena madre" implica hacerse cargo

de todo sin quejarse. Se debatió al respecto y se trabajó en desarmar el mandato "mujer: madre-ama de casa-esposa". A modo de cierre se preguntó qué les gustaría hacer en el próximo encuentro. Mencionaron salir a tomar mate y jugar a la lotería.

En base esto se planificó una tarde de juegos y merienda para el tercer encuentro. Al mismo acudió una mujer que ya venía participando del dispositivo. Si bien esperábamos una mayor convocatoria, realizamos la actividad planificada de todas formas. Quien asistió está muy entusiasmada con la propuesta, ya que refiere no tener amigas en el barrio y ve el espacio como un lugar propicio para que esto suceda. Es más, se ofreció a crear una cuenta de instagram para promocionar el espacio y compartir las actividades que allí se realizan con el fin de que llegue a la mayor cantidad de mujeres posible, y que no se cierre el espacio.

Desde un principio supimos que el mayor desafío sería lograr la asistencia y el sostenimiento de las mujeres; por un lado, porque esa vacancia dió origen al dispositivo y, por otro lado, porque justamente los estereotipos y mandatos de género siguen vigentes y reproducen el aislamiento de las mujeres en sus casa por la doble o triple jornada laboral que se mencionó anteriormente. Sin embargo, seguimos apostando por esta propuesta, ya que creemos que el abordaje debe ser colectivo, comunitario y territorial.

Palabras finales

Si bien se trata de un dispositivo incipiente y un desafío para el equipo, podemos distinguir las siguientes potencialidades de "Dos horas para mi":

- Crear y afianzar lazos positivos con el efector de salud y, específicamente, con el equipo interdisciplinario de trabajo social y psicología que conforman el Programa de Violencia Familiar.
- Prevenir situaciones de violencia basadas en género y detectarlas tempranamente.
- Ampliar la accesibilidad de las mujeres a la atención, prevención y tratamiento de su salud y salud mental en el Sistema de Salud Público.
- Fomentar la inclusión social de las mujeres que les permita generar vínculos más allá de los familiares, y la identificación y referencia mutua entre las participantes.
- Ofrecer un espacio de reflexión sobre la posición de la mujer en todos sus ámbitos.

A grandes rasgos, el dispositivo tiene la intención de conformar una red de solidaridad y cuidado entre las

mujeres, que les permita sentirse escuchadas, valoradas y merecedoras de una vida libre de violencias. Por estos motivos apostamos por un abordaje comunitario de la salud mental, ya que brinda espacios que "promueven la reflexión crítica sobre las actuales condiciones de vida, permiten el desarrollo de lazos sociales de pertenencia, contención, construcción de identidad y sentidos de vida, y favorecen la valoración de la propia vida y la definición de proyectos y valores propios" (De Ieso, 2008, p. 9).

Consideramos que la creación del dispositivo representa un paso importante hacia un enfoque más integral, holístico y comunitario de la violencia de género. Sin embargo, reconocemos que aún hay desafíos por enfrentar para continuar mejorando la atención y prevención de la violencia en la sociedad. Especialmente en relación a la oferta de actividades recreativas destinadas a mujeres, por el fuerte arraigo de los mandatos y estereotipos de género que ubican a la mujer en el rol de esposa-madre-ama de casa. Esto último refuerza la necesidad de que existan estos espacios, donde las mujeres puedan vincularse con otros y otras fuera de su familia.

Referencias bibliográficas

Adarve, P. V., Forastieri, N. E., Noce, C. B, y Svirsky, L. R. (2016). *Un abordaje posible de la violencia basada en género en la pareja desde un centro de salud de la C.A.B.A.* Martín Coronado.

Algava, M. (2016) Hacia una recreación crítica. Educación, Organización y Derechos. Resistir y Construir hacia una ética de Recreación. *Por el Equipo de las 14º Jornadas de Tiempo Libre y Recreación.* Disponible en: https://bitly.ws/ZGiy

Bott, S., Guedes, A, Claramunt, M. C., y Guezmes, A. (2010) Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. IPPF/RHO Herramientas.

De Ieso, L. C. (2008). La prevención inespecífica en el campo de la drogadicción. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales,* (48) . Disponible en: https://bitly.ws/ZGiV

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1987). Declaración de Alma-Ata. https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Declaración de Astaná.* Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 y 26 de octubre, 2018. No. WHO/HIS/SDS/2018.61. Disponible en: https://bit.ly/2Q2YrAd

Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153. Disponible en: http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley153.html

Psicología y epidemiología: hacia la construcción de diálogos posibles

FORLANI, Romina Natalia
Licenciada en Psicología, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Residencia completa en Epidemiología en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Actualmente trabaja en el Observatorio de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Contacto: romina.forlani@gmail.com

JOSID, Sharon.
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Residencia completa en Epidemiología en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Diplomada Superior en Equidad en Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ). Actualmente trabaja en la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Contacto: josidsharon@gmail.com

MARTINEZ, Mariangeles.
Psicóloga, Universidad Nacional del Comahue (UNCo). Residencia completa en Epidemiología en el Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén (1° Cohorte). Actualmente trabaja en la instructoría de la Residencia Interdisciplinaria de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Contacto: mariangelesmz90@gmail.com

Recibido: 15/08/2023; **Aceptado**: 02/10/2023

Cómo citar: Forlani, R. N., Josid, S., y Martinez, M. (2023). Psicología y epidemiología: hacia la construcción de diálogos posibles. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (15). 140-148

Resumen

El presente relato de experiencia busca repensar nuestras prácticas para generar diálogos posibles entre nuestra formación como psicólogas y la epidemiología, lugar en el que intentamos desempeñarnos. Nuestra formación de grado y posgrado genera ciertos interrogantes sobre nuestra identidad profesional. Por un lado, la formación de grado estuvo orientada a un determinado rol profesional clínico, vinculado al predominio de las teorías psicoanalíticas. Por el otro, la formación de posgrado en epidemiología evidencia la hegemonía del Modelo Médico Hegemónico y la teoría del riesgo, que prioriza la vigilancia epidemiológica, los análisis cuantitativos y los determinantes biológicos del proceso salud enfermedad atención y cuidado, dejando en un lugar marginal los saberes provenientes de las ciencias sociales y humanas. Es en este contexto que surgen las preguntas sobre *qué puede aportar la psicología a la epidemiología*; pregunta fundamental para construir espacios de trabajo desde la interdisciplina y orientados al abordaje de la salud. La epidemiología crítica latinoamericana es nuestro marco teórico de referencia, ya que trae a discusión la determinación social de los modos de vivir, enfermar y morir de las personas, considerando a estas últimas como situadas en un determinado contexto histórico-social. Nuestras reflexiones sobre los posibles diálogos entre la psicología y la epidemiología, lejos de ser certezas, se convierten en nuevas preguntas con vistas a seguir construyendo nuestra identidad profesional, deseando que este relato aporte al debate y a la discusión, tanto sobre los quehaceres en psicología, como sobre la posibilidad del trabajo interdisciplinario en epidemiología.

Palabras clave: psicología - epidemiología - identidad profesional - interdisciplina

Psychology and epidemiology: construction of possible dialogues

Abstract

This article seeks to rethink our practices in order to generate possible dialogues between our academical trajectory as psychologists and epidemiology, the field in which we work. Our undergraduate and graduate training raises certain questions about our professional identity. Undergraduate training was oriented to a clinical professional role, linked to the predominance of psychoanalytic theories. Postgraduate training in epidemiology evidences the predominance of the Hegemonic Medical Model and the risk theory, which prioritizes epidemiological surveillance, quantitative analyses and the biological determinants of the health, disease, attention and care process, leaving knowledge from the

social and human sciences in a marginal place. Is in this context that questions arise about what psychology can contribute to epidemiology with, a fundamental question to build interdisciplinary work spaces oriented to the approach to health. Latin American Critical Epidemiology is our theoretical frame of reference, since it brings to discussion the social determination of people's ways of living, getting sick and dying, considering the latter, considering them as situated in a given social-historical context. Our reflections on the possible dialogues between psychology and epidemiology, far from being certainties, become new questions which aim to continue building our professional identity, hoping that this report will contribute to the debate and discussion, both on the tasks in psychology and on the possibility of interdisciplinary work in epidemiology.

Keywords: psychology - epidemiology - professional identity - interdiscipline

1. Introducción

El presente relato de experiencia tiene como objetivo compartir algunas reflexiones sobre la articulación entre nuestra formación en psicología y nuestras prácticas en epidemiología.

Somos psicólogas egresadas de tres universidades públicas nacionales diferentes: Universidad Nacional del Comahue (UNCo), Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y Universidad de Buenos Aires (UBA), y coincidimos en describir nuestra formación de grado como principalmente clínica, psicoanalítica y lacaniana. Diversos marcos teóricos, prácticas, experiencias y redes de trabajo nos orientaron en la búsqueda de identidad profesional, la cual continúa en construcción y reconstrucción constante. Recordamos a Canguilhem y su artículo *¿Qué es la psicología?* (1998) que leímos al inicio de nuestra formación de grado, cuando creíamos que nuestro futuro laboral no-era-sin el consultorio. Allí postula que "para la Psicología, la pregunta por su esencia o, más modestamente, por su concepto, cuestiona también la existencia misma del psicólogo, en la medida en que al no poder responder exactamente sobre lo que es, se le hace muy difícil poder responder por lo que hace" (p. 7).

Vuelve esa cita en este relato de experiencia, como una apuesta a la condensación y síntesis de las identidades profesionales que construimos hasta el momento, procurando tensionar nuestras formaciones de grado y nuestras prácticas en epidemiología.

2. Primeros pasos en el campo de la salud: la formación de grado

La identidad profesional es una narración colectiva sobre la propia percepción de un grupo de profesiona-

les, que responde a las preguntas ¿qué somos? y ¿a qué nos dedicamos? Siguiendo a Courel y Talak (2001), la formación clínica se impuso de la mano de la rápida expansión del psicoanálisis, que a mediados de la década del 60 se instaló como matriz teórica fundamental. La representación social de lxs psicólogxs se afirmó como la de unx profesional de perfil clínico, que se desempeña habitualmente en el campo de la Salud Mental.

Nuestra formación de grado se contextualiza en esa construcción histórica de la identidad profesional y estuvo orientada a la formación asistencial e individual, enfocada en la teoría psicoanalítica -principalmente lacaniana-. Hay una tradición clínica e individual de nuestras universidades de estudio, en donde la mirada está puesta en el sujetx/individux, descontextualizadx, ahistóricx, apolíticx, en consonancia con el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2020). Esto no es específico de la formación en psicología; la formación de grado en las ciencias de la salud presenta una marcada predominancia de ciertos saberes y disciplinas por sobre otras, así como una dificultad para pensar y analizar las problemáticas de manera integral e integrada, debido a la excesiva fragmentación de los cuerpos, así como una hiper-especialización disciplinar.

Luego de la finalización de la carrera de grado comenzó una etapa de búsqueda de capacitación de posgrado orientada a la salud con perspectiva poblacional, colectiva y comunitaria, entendidas como sinónimos hasta ese momento. Un poco en contraste con la formación orientada a la clínica individual, y deseando otras prácticas posibles, la capacitación de posgrado en epidemiología se constituyó como una alternativa posible para las tres, articulando intereses académicos, ideológicos, teóricos, éticos, profesionales y laborales.

3. ¿Qué es la Epidemiología? definiciones teóricas e implicancias para la práctica

Almeida Filho (2008) define la epidemiología como la ciencia básica de la Salud Colectiva, siendo la principal ciencia de información en salud. Desde esta perspectiva, la epidemiología busca ahondar en las condiciones socioeconómicas, vinculadas a los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones y contextos en el marco de un determinado sistema político, y luego articular este conocimiento con políticas sanitarias (Torricelli y Barcala, 2004). Esta definición de epidemiología es una entre otras posibles, sin embargo, es la que más se aproxima a nuestro marco teórico de referencia.

En la historia de la epidemiología -como en la de las ciencias en general- es posible identificar distintos paradigmas construidos alrededor de concepciones de salud dominantes, intereses políticos, económicos, históricos, sociales, así como también las representaciones sobre los procesos de salud-atención-enfermedad-cui-

dado de las poblaciones. Los mismos, lejos de reemplazarse, se solapan en un campo de disputas de poder constante.

No es novedad el dominio del paradigma positivista en las ciencias y esto se traslada a las prácticas. En el campo de la epidemiología, dicho paradigma se evidencia por el predominio de la teoría del riesgo, que se focaliza en las enfermedades infecto contagiosas y en sus agentes etiológicos. Por su parte, la epidemiología crítica latinoamericana trae a escena otras discusiones a partir del concepto de determinación social (Breilh, 2013), como herramienta para problematizar y tensionar las relaciones entre la reproducción social, los modos de vivir, enfermar y morir. El adjetivo "crítica" hace referencia a su objetivo de transformación. El estudio de estos procesos se da en los colectivos, definidos como grupos humanos sociales e históricos, a diferencia del concepto de población que refiere a una sumatoria de individualidades (Hernandez, 2009).

En función del paradigma y marco teórico desde el cual nos posicionamos como trabajadoras de la salud, existen diferentes posibilidades y limitaciones de acción. Es necesario pensar en la politicidad tanto de las prácticas dominantes en salud así como la definición del "riesgo". Las evidencias científicas son construcciones históricas y sociales definidas por una autoridad epistémica y a partir de saberes legitimados, por lo que, en función de quién define los riesgos y sus intereses, se diseñan estrategias para abordarlos. Los riesgos se piensan para algunos grupos sociales, por lo que otros quedan invisibilizados y excluidos (Balaña et al., 2019).

¿Qué pasa cuando el marco teórico de referencia no se condice con las prácticas? Si los marcos de referencia actúan como anteojeras (Kuhn, 1971), ¿de quiénes son las anteojeras con las que trabajamos? ¿Es una cuestión de ejercicio de poder? Tal vez, el predominio del Modelo Médico Hegemónico dificulte la construcción de prácticas alternativas a la Epidemiología del Riesgo, y esas anteojeras que mencionamos antes, sean nuestras también.

4. Epidemiología: de las teorías a las prácticas

La epidemiología surgió como disciplina en un momento histórico para responder a determinadas problemáticas sociosanitarias, distintas a las que se presentan en la actualidad. Esto supone ciertas limitaciones que implican la revisión de la formación en epidemiología pero también de grado y disciplinar, tanto en psicología como en las ciencias de la salud en general.

El Modelo Médico Hegemónico se impregna en las prácticas. A lo largo de nuestra formación en epidemiología atravesamos etapas de demanda de aprendizajes orientados a la cuantificación y a la identificación de los determinantes biológicos del proceso salud-enfer-

medad-atención-cuidado. Estos saberes suelen demandarse como necesarios para ejercer la epidemiología y funcionan como limitantes para la construcción de procesos de interdisciplina.

El trabajo en salud, y en epidemiología en particular, hoy requiere que el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado no se piense apenas a través de los elementos conceptuales y analíticos que propone la biomedicina. Producir información en salud es hacerle preguntas a los datos, para no considerarlos abstractos y neutrales. Los datos sustentan y acompañan la producción de información que es histórica y política; y es construida a partir de una determinada visión de mundo. La información en salud siempre se sitúa en un contexto que le aporta significado, por lo que puede transformarse en una herramienta de lucha.

La epidemiología crítica problematiza tanto el concepto de individuo como el de riesgo que se utilizan desde la epidemiología clásica, así como también las categorías que son impuestas por la medicina hegemónica. Desde el sur global podemos transformar las categorías en pos de una visión de mundo que haga sentido con nuestra realidad local, sin perder la posibilidad de comparabilidad pero permitiéndonos la reflexión crítica desde donde se produce conocimiento, y los intereses a lo que eso responde.

Las categorías de análisis tradicionalmente se piensan como un campo neutral, se usan sistemas de clasificación internacional, tasas e indicadores que, si bien permiten cierta comparabilidad -y es necesario sostener esos diálogos-, no deja de haber sentidos hegemónicos constituidos ahí. ¿Quién construye esas categorías? ¿Desde qué paradigma queremos y podemos construir nuestras propias categorías?

Consideramos que el desafío es construir información sanitaria para monitorear y acompañar las políticas públicas, con una concepción de sujeto y de comunidad desde el paradigma de la complejidad, y por fuera de las categorías clásicas que responden a la lógica binaria salud/enfermedad.

5. Acercamientos entre la psicología y la epidemiología

¿Por qué elegimos formarnos en epidemiología? Dicha elección, lejos de traer respuestas, generó nuevos interrogantes: ¿qué puede hacer una psicóloga en epidemiología? ¿estoy ejerciendo como psicóloga haciendo epidemiología?

Preguntarnos por la articulación entre epidemiología y psicología es, en algún punto, revisar nociones más estructurales: qué es la salud, qué es la psicología, qué es la epidemiología, qué prácticas son posibles a partir de los paradigmas actuales y cuáles deseamos. El desafío es, tal como expresa Stolkiner (2007), que las

acciones en salud mental dejen de existir como campo específico -un sub-campo-, pensando cómo podría incorporarse la dimensión subjetiva en un análisis de las problemáticas del campo de la salud.

Nuestra formación disciplinar nos aporta herramientas que posibilitan problematizar las prácticas, tensionar los sentidos instituidos e introduce los *por qué* y *para qué* al quehacer cotidiano, con el objetivo de desnaturalizar lo dado desde un rol activo en la construcción del campo de la salud. Sin embargo, no creemos que esta problematización sea suficiente si no se acompaña de acciones tendientes a la transformación. Lejos de posicionarnos en un lugar denunciante, nos consideramos parte en la construcción, deconstrucción y reproducción de las prácticas de salud de las que formamos parte.

El posicionamiento profesional en el campo "interdisciplinario" de la salud, para quienes nos formamos desde las ciencias humanas y sociales, implica una disputa de poder en la búsqueda de la propia identidad laboral. Construir una identidad contra-hegemónica podría ser una forma de sobrellevar el desgaste de saberes desatendidos, y las estrategias pueden ser varias, en tanto se insista en crear y sostener el propio lugar. Sin embargo, ocupar un lugar desde una alteridad no es una constante que se pueda sostener sin resquebrajarse. Creemos necesario promover prácticas desde el encuentro y la grupalidad, con otrxs. En este sentido, estamos convencidas que la interdisciplina es la forma de construcción de prácticas orientadas a la salud integral, proceso que requiere de esfuerzos conjuntos para lograr habitar espacios de trabajo donde no sea necesario sostener una alteridad o contra-hegemonía de saberes. En palabras de Stolkiner:

> *Las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente. (Stolkiner, 1999, s/p)*

En dicho proceso, ocupar roles que podrían ser incómodos por no ser los más compatibles con el ideal de "qué es ser una psicóloga", es un punto de partida para construir puentes entre trabajadorxs de la salud en pos de que los marcos teóricos de referencia se aproximen a las prácticas. Ocupar espacios originalmente reservados para otras formaciones, tanto en ámbitos académicos como entre grupos de colegas, es otra forma de visibilizar e instituir una práctica integral y

transformación del sistema de salud. La incomodidad es un lugar a habitar, cuando se trabaja en el campo de la salud desde las ciencias sociales, por eso nos preguntamos ¿Qué sentidos disputamos desde la comodidad de nuestras prácticas?

Bibliografía

Almeida Filho, N. D. (1992). *Epidemiología sin números*. OPS.

Almeida Filho, N. D., y Rouquayrol, M. Z. (2008). *Introducción a la epidemiología*. Lugar Editorial.

Balaña, S., Finielli, A., Giuliano, C. Paz, A. y Ramírez, C. (2019). *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización.* Tinta Limón.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 31*, S13-S27.

Campos, R. O. (2007). *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*. Lugar Editorial.

Canguilhem, G. (1998). ¿ Qué es la psicología?. *Revista colombiana de psicología. Sujetos, ética y derechos humanos,* (7), 7-14. Disponible en https://bitly.ws/ZGkJ

Courel, R. y Talak, A. M. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina. En J. P. Toro y J. F. Villegas (eds.) *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas*, Vol. 1 (pp. 21-83).

Dagfal, A. (2014). La identidad profesional como problema: el caso del "Psicólogo-Psicoanalista" en la Argentina (1959–1966). *Revista Psicologia em Pesquisa, (8)*1, 97-114. https://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201400010010

Hernandez, L. J. (2009). Que critica la epidemiología crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho. *Boletín del Observatorio en salud, 2*(4), 18-28.

Klappenbach, H. A. A. (2000). El título profesional de psicólogo en Argentina: antecedentes históricos y situación actual. *Revista Latinoamericana de Psicología, 32*(3), 419-446.

Klappenbach, H. A. A. (2006). Periodización de la psicología en Argentina. *Revista de Historia de la Psicología, 27*(1), 109-164

Kuhn, T. S. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de cultura económica.

Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva, 16,* e2615. https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615

Pozzo, M. I., Rosso, F., Marina, S., y Ricou, M. (2022). La identidad de la Psicología en Argentina. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad, 22*(2), 32-46.

Saforcada, E. (2008). La psicología en Argentina: desarrollo disciplinar y realidad nacional. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 42*(3), 462-471.

Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En Maceira, D. (comp.) *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121- 146). Paidós.

Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El Campo Psi.* Disponible en https://bitly.ws/ZGmu

Torricelli, F. y Barcala, A. (2004). Epidemiología y Salud Mental: Un análisis imposible para la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría*, XV(55), 10-19.

Mil días de Musicoterapia en la Sala de rehabilitación intensiva del Hospital Pirovano (SaRIP)

GRINBERG, Jonathan.
Licenciado en Musicoterapia y Especialista en Psicogerontología, Universidad Maimónodes (UMAI). Psicólogo Social (Primera Escuela Privada de Psicología Social fundada por el Dr. Enrique Pichón-Riviére). Musicoterapeuta en la Sala de Rehabilitación Intensiva del Hospital Pirovano (Sala SaRIP) y autor de *Rótulos hirientes, estigmas permanentes. La transformación al Poder.*

Contacto: licenciadogrinberg@gmail.com

Recibido: 14/08/2023; **Aceptado**: 17/10/2023

Cómo citar: Grinberg, J. (2023). Mil días de Musicoterapia en la Sala de rehabilitación intensiva del Hospital Pirovano (SaRIP). *Revista Salud Mental y Comunidad*, (15). 149-157

Resumen

Este trabajo se basa en la experiencia profesional de un musicoterapeuta en una sala de rehabilitación intensiva de un hospital público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina. El servicio se llama "SaRIP" y, si bien fue creado durante la pandemia de Sars-Covid 19 en septiembre del 2020, actualmente continúa realizando su labor con diversas patologías que requieren de rehabilitación interdisciplinaria. Tiene como objetivo jerarquizar la salud pública y las políticas sanitarias de la población y, sobre todo, el acceso al derecho a la salud integral de todas las personas.

Se plantea desarrollar la importancia del trabajo interdisciplinario, institucional y comunitario para abordar las recuperaciones desde una perspectiva compleja bio-psico-social. A su vez, se propone emprender una recorrida que parte del posicionamiento ético y teórico de la musicoterapia hasta articularlo posteriormente con la práctica clínica propiamente dicha.

Finalmente se describen dos dispositivos represen-

tativos de la Sala SaRIP creados en el espacio musicoterapéutico, tales como el *Podcast SaRIP Pirovano* y la *Celebración del alta hospitalaria*, donde se busca especificar los emergentes significativos que son dispositivos que se reconfiguran en distintos escenarios, a partir del trabajo colectivo en la búsqueda por garantizar el acceso a derechos.

Palabras claves: musicoterapia - salud pública - grupo - equipo interdisciplinario

A thousand days of Music Therapy in the Intensive Rehabilitation Unity of the Pirovano Hospital (SaRIP)

Abstract

This work is based on the professional experience of a music therapist in an intensive rehabilitation Unity of a public hospital in CABA, Argentina. The service is called "SaRIP" and, although it was created during the Sars-Covid 19 pandemic in September 2020, it currently continues to work with various pathologies that require interdisciplinary rehabilitation. Its objective is to prioritize public health and health policies for the population and, above all, access to the right to comprehensive health for all. It is proposed to develop the importance of interdisciplinary, institutional and community work to address recoveries from a complex bio-psycho-social perspective. In turn, it is proposed to undertake a journey that starts from the ethical and theoretical position of music therapy until it is later articulated with clinical practice itself.

Finally, two representative devices of the SaRIP Room created in the music therapy space are described, such as the *SaRIP Pirovano Podcast* and the *Hospital Discharge Celebration*, which seeks to specify the significant emergents that are an expression of the complexity that professional interventions assume within the framework of devices. that are reconfigured in different scenarios based on collective work in the search to guarantee access to rights.

Keywords: Music therapy - public health - group - interdisciplinary team

1. Introducción

La Sala de Rehabilitación Intensiva del Hospital Pirovano (SaRIP)[1] comenzó a funcionar el 7 de septiembre del año 2020, con el objetivo central de mitigar el colapso sanitario subyacente a la pandemia de Sars-Covid 19 en la Ciudad de Buenos Aires (CABA). El fin fue descomprimir la ocupación de camas de la Terapia Intensiva, a lo que se le agregó el pase de pacientes de los distintos servicios del hospital propiamente dicho y de

otras instituciones pertenecientes a CABA, ya que esta Unidad se convirtió en un centro de derivación de pacientes que necesitaban de una rehabilitación intensiva.

Este objetivo se alcanzó disminuyendo el tiempo de internación hospitalaria brindando una atención de la salud integral. Es decir, desde un abordaje transdisciplinario y desde una perspectiva bio-psico-social. A su vez, contribuyó a reducir los costos económicos de la salud pública del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, promoviendo el cuidado integral y la concientización comunitaria, generando un impacto positivo en el giro cama hospitalario.[2]

Actualmente (agosto de 2023) se han atendido a más de 250 pacientes en esta sala, que con el correr del tiempo se transformó en una Unidad de rehabilitación para diversos procesos patológicos ajenos al Covid, que requirieron (y requieren) rehabilitación integral para secuelas motrices, funcionales, cognitivas, psíquicas, emocionales, afectivas y/o socioculturales.

Cabe destacar que, en una primera instancia, estuvo integrada por un equipo transdisciplinario compuesto por las siguientes disciplinas: un musicoterapeuta, dos psicólogas, una trabajadora social, dos fonoaudiólogas, un equipo de kinesiólogos, una nutricionista, médicos clínicos y enfermería.

El grupo ha participado en diversas jornadas, congresos y espacios de divulgación científica transmitiendo su labor profesional, y construyendo nexos y entramados vinculares que colaboraron con la articulación intra e inter-institucional.

La conformación de un grupo profesional de trabajo interdisciplinario es una tarea ardua que tiene las características de ser un proceso de altibajos, obstáculos, pero a su vez, de mucha riqueza profesional, personal y colectiva. Lo instituido y lo instituyente se opone y a la vez articula (Castoriadis, 1975), dando lugar a las tensiones lógicas de lo existente y lo posible por cambiar.

La contextualización es una variable que siempre tiene un peso significativo al momento de pensar la intervención profesional, aún más cuando esta se sitúa en un escenario de pandemia con su subyacente emergencia sanitaria.

En este sentido, el grupo ha indagado en sus propias herramientas con el fin de redistribuir, por un lado, las tareas explícitas concernientes al desempeño profesional de cada especificidad, y por otro lado, las tareas implícitas relacionadas con los entramados vinculares intra-institucionales. Al suceder esto se evita concentrar las obligaciones, creando así condiciones favorables que invitan a problematizar los obstáculos (psíquicos y emocionales), horizontalizando el Poder, aliviando las tensiones del equipo que se siente sostenido e impulsado por los otros y mejorando la producción institucional. El sentimiento de pertenencia de integrar un grupo

se fortaleció por los cambios disruptivos cotidianos y las vicisitudes que lo atravesaba constantemente. Es por eso que la cooperación y la pertinencia se ponen en juego junto con la comunicación y el aprendizaje (Pichón-Riviére, 1985), mientras el grupo se hace en su marcha, en su proceso y devenir como grupo.

Al promover un espacio grupal donde se pueda poner en común, debatir, elaborar y resignificar las interpretaciones, las intervenciones, las estrategias y los objetivos, se logra cimentar un lugar de afectividad y sostén, de pertenencia y de pertinencia, se genera un mejoramiento de la comunicación, mejorando y empoderando de este modo la dinámica grupal, la confianza individual, colectiva y comunitaria. Este trabajo colectivo de pensar y pensarse, cumple una de las funciones capitales de las instituciones, consistente en proporcionar representaciones comunes y matrices identificatorias (Kaes, 1989).

1.1. La musicoterapia en SaRIP

Hoy en día, SaRIP continua con un único musicoterapeuta, siendo la única profesión encargada de abordar la salud mental dentro del dispositivo, a diferencia de otros momentos en los que se contaba con un equipo psicosocial. El posicionamiento ético de la musicoterapia parte de pensar a la salud de manera integral y multidimensional buscando entender las dificultades neurocognitivas, biológicas, psicoemocionales, afectivas, afectadas, sociales y culturales, en la búsqueda por promover la neuroplasticidad, la elaboración, riqueza y creatividad psíquica, el empoderamiento de los factores protectores identitarios, diversificar los vínculos y proyectos, conectando con la iniciativa y el deseo de los pacientes internados en el Hospital Pirovano y derivados a SaRIP.

En la intervención, las herramientas que se utilizan son la voz, la corporalidad, la música, los instrumentos musicales, los sonidos, los dispositivos audiovisuales, las redes sociales y/o la tecnología en general. Como toda herramienta, estas contribuyen a facilitar la construcción de un escenario terapéutico poniendo en juego un encuadre que se caracteriza por ser un espacio artesanal y flexible, que es albergado por el profesional y transformado por iniciativa, deseo y libertad de elección y decisión de los pacientes.

Generar estas cuidadosas condiciones de posibilidad favorecen la creación de intimidad y confianza, pilares de un tratamiento en el que la subjetividad, como circuito dinámico y complejo, tiene su vía de movimiento, reelaboración y resignificación del padecimiento. Se proporciona así un componente que permite reconocer, alentar y empoderar los modos expresivos que convocan a integrar, construir, reconstruir y consolidar nuevas experiencias, vínculos y relaciones.

Durante los tratamientos se observa, escucha y entiende el modo en que se despliega en escena el pasado de la persona. Esto se indaga desde algunos disparadores: ¿Cómo llega a la sala? ¿De dónde viene? ¿Cuándo sucedió el evento disruptivo? ¿Qué cosas decide traer al espacio? ¿Qué cosas surgen inconscientemente? Por otro lado, se bucea en aspectos referidos al presente: ¿Qué cosas le afectan ahora? ¿Cómo lo está transitando? ¿Qué le genera? Por último, se abordan cuestiones vinculadas al futuro: ¿Qué le espera afuera? ¿Con quiénes? ¿Hay proyectos a corto, mediano y/o largo plazo?

Pasado, presente y futuro se interrelacionan constantemente, dando a conocer el modelo interno de un mundo en el que se visibiliza cuáles fueron y son sus figuras representativas, en qué objetos, personas y situaciones ha habido y hay depositaciones positivas, negativas y ambivalentes, y los proyectos motorizados por el deseo. El entendimiento de lo que le acontece/aqueja al paciente se produce a través del pensamiento analógico (Lapierre, 1997), significando el contenido simbólico de las producciones del paciente, de sus cargas afectivas (investiduras) y de la capacidad de representación de sí mismo y del mundo que lo habita y rodea.

En SaRIP la musicoterapia se posiciona desde una perspectiva psicogerontológica, sustentada en el paradigma de la complejidad bio-psico-social, organizado por la transdisciplinariedad (Morin, 1998), y en el paradigma del curso de la vida: una teoría que desde una mirada multidimensional, sostiene que el curso vital es un devenir, más que un desarrollo. Si bien hay determinantes, la articulación no es concluyente. Está condicionada ya que el sujeto está sujeto a evoluciones potencialmente múltiples e imprevisibles (Neugarten, 1968).

Desde este enfoque se consideran centralmente las trayectorias vitales y la interrelación constante con la historicidad del paciente, su actualidad, y la construcción y la diversificación de proyectos a futuro. Al analizar los factores protectores y de riesgo psíquicos (Zarebski y Marconi, 2013), se busca encontrar puntos neurálgicos de inflexión y reflexión que permitan trabajar la apropiación identitaria de logros, para, al mismo tiempo, hacerse cargo de las pérdidas reales y simbólicas.

Se parte de una perspectiva de la salud integral de manera dialéctica, teniendo en cuenta las potencialidades y los recursos conservados y, en simultáneo, las dificultades que llevan a las personas a estar internadas en la sala de rehabilitación.

Para describir y concretizar qué tipo de pacientes se han atendido en la Sala SaRIP, es necesario, una vez más, contextualizar. Se puede observar un primer período de trabajo durante el 2020-2021, donde no estaba diseñada aún ninguna vacuna y donde algunos

contagiados, sin distinción de identidades e historicidades, debían ser hospitalizados al contraer el virus de Sars-Covid19 de manera grave. Resulta menester resaltar que la internación en Terapia Intensiva podía requerir la intubación, traqueotomía, etc.

Si bien estos procedimientos eran, literalmente, de vida o muerte, el costo de estos medios devenía en un cuadro de polineuropatía. Esta afección producía debilidad muscular, trastornos deglutorios y/o fonatorios y, por ende, un impacto psíquico, emocional y social. A la sumatoria de los procesos patológicos se le agregaba la dificultad e imposibilidad, en numerosos casos, de poder ser visitados por sus vínculos significativos, debido a que la otredad representaba una amenaza concreta para esos cuerpos batallados y agobiados por la internación prolongada. El régimen de visitas se vio alterado constantemente y en períodos álgidos de la pandemia fueron prohibidas por órdenes explícitas de la dirección hospitalaria y gubernamental.

La intervención de la musicoterapia implicó propiciar un espacio donde el paciente pueda traer y desplegar aquellos emergentes que le producían un padecimiento subjetivo, con una modalidad de atención individual, grupal, familiar, institucional y comunitaria.

Gracias a la observación y escucha constante y activa se desarrolló una tarea con un enfoque multidimensional donde, desde una perspectiva neurocognitiva, se trabajó con los factores atencionales. A partir de estos se elaboraron estrategias para recuperar y regenerar la memoria a corto y largo plazo. Se trabajó también el lenguaje en conjunto con disciplinas como la fonoaudiología y la psicología. Desde un enfoque psicoemocional se le brindó sostén afectivo y contención, para promover la creación de herramientas que colaboren a la elaboración psíquica; y desde el aspecto sociocultural se hizo hincapié en la necesidad de diversificar vínculos, intereses y proyectos.

Los emergentes que se han podido trabajar en ese primer periodo fueron en relación a la identidad y dos aspectos muy específicos de la misma. Por un lado, la corporalidad y los sentimientos que convergían al confrontarse con un cuerpo enfermo, fatigado, afectado en su motricidad, funcionalidad y autonomía. Se trabajó alrededor de la historización, del registro y cuidado previo y actual en la internación. Asimismo, se analizaron los daños producidos, confeccionando proyectos con el fin de comenzar a diagramar cómo, dónde, cuándo, con quiénes y para qué sería la reinserción a su rutina.

Por otro lado, la voz y la elaboración de esta como medio de expresión y comunicación, como soporte identitario y como herramienta proyectiva de la subjetividad. Esas voces traqueotomizadas, débiles y roncas, necesitaban, además de rehabilitación fonoaudiólogica y kinésica, un espacio para trabajar más allá de la la-

ringe, donde los padecientes se sientan motivados para reinvestir y reapropiarse de este "nuevo yo", afectado tan disruptiva y violentamente por la enfermedad y los procedimientos de curación. Un paciente *portavoceó* una vez y cito textual: "esta enfermedad te ahoga, enmudece y aísla de quienes amás".

2. Dispositivos representativos de la Sala SaRIP creados en el espacio musicoterapéutico

El *Podcast SaRIP Pirovano* es un espacio digital creado para albergar los relatos en primera persona, de aquellos sujetos que han transcurrido por una internación hospitalaria en la Unidad de rehabilitación SaRIP. Tiene como principales objetivos promover la elaboración, reinvestidura y reapropiación de la identidad y la concientización comunitaria en relación a la salud integral.

Técnicamente, tiene una impronta de entrevista radial en el que se articulan la voz, la música y efectos de sonido. La voz es el principal medio de expresión y el discurso tiene un poder social y político que jerarquiza las vivencias individuales y colectivas. La característica en común radica en que tanto los efectos como la música son significativos de la identidad del paciente. Se logra toda esta alquimia gracias al recorrido del tratamiento musicoterapéutico en el que se conoce en profundidad su campo represetacional y la calidad y cualidad de sus investiduras. Esto confluye en una producción digital que describe un momento, un lugar y una persona en situación: un símbolo de la subjetividad de quien cuenta su historia de vida y de recuperación.

Cada producción describe el impacto subjetivo de cada proceso con emergentes tales como el cuidado (o no) anterior a la internación, el registro actual, la internación propiamente dicha, el volver a la rutina (cómo, cuándo, dónde y con quiénes), la lucha entre la autonomía y la dependencia, los miedos y las frustraciones, la amenaza de muerte, las pérdidas reales y simbólicas, las ansiedades que convergen, la asimilación de secuelas, los sentimientos que florecen al confrontarse con un cuerpo aislado, enfermo, fatigado, afectado; la incidencia e importancia de los entramados vinculares, el deseo, los proyectos, etc.

Al día de la fecha se cuenta con 14 Podcasts. Estos han sido escuchados junto con cada paciente previo a su difusión, quienes comenzaban a compartirlo con sus vínculos cercanos y redes sociales. Cabe destacar que fueron autorizados mediante un consentimiento informado escrito, donde se les ha puesto en conocimiento de que la grabación, almacenamiento, edición y difusión de los testimonios tienen como fin promover la concientización comunitaria de los alcances de la pandemia y la importancia de la salud integral. Se pueden escuchar en la plataforma *Spotify*.[3]

Otro de los dispositivos de intervención creados en

SaRIP es la *Celebración del alta hospitalaria.* La misma consta de dos momentos: en uno se prioriza la voz y la palabra en la intimidad, en un espacio de uso común profesional, junto al equipo transdisciplinario, y el paciente y sus vínculos que fueron a acompañarlo ese día. En el otro, se pone en juego en su esplendor la corporalidad, dentro de la sala junto al resto de los pacientes.

La devolución del equipo profesional propone crear un espacio donde se albergue cualquier tipo de inquietud en relación a la externación hospitalaria. Cada disciplina realiza un breve resumen de manera oral y se muestra flexible y permeable a facilitar el entendimiento de lo que se le transmite. Esto viene acompañado de documentación escrita: una epicrisis médica anexada al resumen por escrito y sellado por cada profesional de cada una de las disciplinas. Se detalla con mayor profundidad el recorrido de cada disciplina y en algunos casos puede venir acompañado de recomendaciones post alta.

En un segundo momento se produce el ritual dentro de la sala, última instancia donde interviene la musicoterapia. Allí, el cuerpo expresa todo aquello que no dice la voz, y muchas veces la complementa. El paciente externado elige las canciones significativas que decide escuchar y se reproducen en un parlante para que sea compartida con todos los presentes. Es el momento privilegiado donde se llevan a cabo los últimos saludos entre los pacientes, baile, aplausos, lágrimas, sonrisas, abrazos y todo aquello que decida (por propia iniciativa y deseo) el protagonista principal.

Es un momento donde se ponen en juego múltiples dimensiones en simultáneo:

- El reconocimiento del protagonista externado como agente de transformación y referente de salud y recuperación.
- El reencuentro con sus familiares y vínculos íntimos desde un lugar diferente al de "enfermo".
- Lo identificatorio, anímico y motivacional con otros pacientes aún internados. Surgen, posteriormente, demandas y creatividad de otros pacientes ("Para mi alta, yo quiero escuchar esta canción [...] y realizar un discurso de despedida").
- La presencia y movilización emocional de los profesionales de otras salas donde ha estado internado el paciente (Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Clínica Médica, Servicio de Neurología, etc.). Se hace explícito el reconocimiento, los agenciamientos del deseo, el placer, la complicidad y el compañerismo intra institucional.
- La identidad de la Unidad SaRIP, que se

caracteriza por la distribución de la ternura como afecto motor, junto con la sensibilidad y empatía de todos sus actores como símbolo del posicionamiento ético fundamental.

3. A modo de conclusión

La modalidad de atención centrada en la persona y desde una mirada compleja e interdisciplinaria es fundamental para entender que, para ayudar terapéuticamente a la transformación, cada persona es un mundo a conocer.

Para que exista un proceso terapéutico exitoso es necesario que la identidad flexible fluya entre todos los protagonistas; es decir, el paciente y su entramado vincular, los profesionales, el equipo transdisciplinario, el hospital y la comunidad.

Si bien la pandemia obligó a construir dispositivos complementarios a los existentes, es menester conservar, mejorar y multiplicar estos espacios de asistencia y rehabilitación que, lejos de forjar un costo extra, generan un enriquecimiento y jerarquización de la salud pública y las políticas sanitarias de la población y, sobre todo, el acceso al derecho a la salud integral de todas las personas.

Bibliografía

Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la sociedad.* Tusquets Editores.

Kaes, R. (1989). *La institución y las instituciones.* Paidos.

Lapierre, A. (1997). *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* Desclée de Brouwer.

Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo.* Gedisa.

Neugarten, B. (1968). *Middle age and aging.* University of Chicago press.

Pichón-Riviére, E. (1985). *El proceso grupal.* Nueva visión.

Zarebski, G. y Marconi, A. (2013). *Inventario de factores psíquicos protectores para el envejecimiento.* Académica española.

Notas

1. Creada por el Lic. Martín Previgliano, coordinador general de dicha sala.

2. Rotación media de las camas que expresa cuantos pacientes pasan en un periodo dado en promedio por cama disponible.

3. Disponible en: https://open.spotify.com/show/1fAasq8xAKyhEdTkwuPj6a?si=117a43f944cf4612

Redes y rupturas en el dispositivo manicomial. Festivales, sentidos y transformaciones en el marco de las políticas públicas

GÓMEZ, Natalia.
Magister en Ciencias Sociales y Humanidades, Univesidad Nacional de Quilmes (UNQUI). Licenciada y Profesora en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Integrante El Brote, Bariloche. Investigadora UBACyT, grupos consolidados y CONICET

Contacto: gomeznnatalia@gmail.com

SAVA, Alberto.
Artista (actuación, Universidad Popular de Arte; mimo y expresión corporal, Angel Elizondo). Psicólogo social (Escuela de Psicología Social de Enrique Pichon Riviere). Fundador del Frente de Artistas del Borda, Red Argentina de Arte y Salud Mental, Red Latinoamericana de Arte y Salud Mental

Contacto: albertosava@hotmail.com

CUNNINGHAM, Pablo Alejandro.
Coordinador Artístico taller de Expresión Corporal y Danza, Frente de Artistas del Borda, artista, educador popular

Contacto: pablocunningham@hotmail.com

LAISA, Ana María.
Licenciada en Psicomotricidad, Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF). Directora de Teatro, Actriz. Coordinadora de los Equipos y Dispositivos "Arte y Salud", "Hospital de Día" y Directora del "Dispositivo Socio Comunitario Elenco Buon Giorno de Usuarixs" del Departamento de Salud Mental del Hospital Nacional A. Posadas

Contacto: anamarialaisa@gmail.com

LUTEROTTI, Miriam.
Docente/Asistente Social. Escritora autora de *La otra cordura, La Raiz de la Sangre, La memoria de los sentidos*

Contacto: minuluterotti@hotmail.com

OTERO, Gabriela.
Directora, Actriz, Docente de Teatro y Gestora cultural. Fundadora y Directora del Grupo Teatro El Brote, Bariloche, Río Negro. Esp. en docencia y producción teatral, Universidad Nacional de Río Negro (UNRN)

Contacto: elbrotebariloche@yahoo.com.ar

CARDOZO, Daniela Cecilia.
Profesora de Expresión Corporal y Danza. Docente, artista, educadora popular, coordinadora Artística taller de Expresión Corporal y Danza, Frente de Artistas del Borda

Contacto: daniela1981@hotmail.com

Red Argentina de Arte y Salud Mental
Contacto: redargentinadearteysaludmental@gmail.com
Facebook: Red Argentina de Arte y Salud Mental
Instagram: @redargentinadearteysaludmental
YouTube: @redargentinadearteysaludme2622

Recibido: 14/08/2023; **Aceptado**: 17/10/2023

Cómo citar: Gómez, N., Sava, A., Cunningham, P. A., Laisa, A. M., Luterotti, M., Otero, G. y Cardozo, D. C. (2023). Redes y rupturas en el dispositivo manicomial. Festivales, sentidos y transformaciones en el marco de las políticas públicas. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (15), 158-169

Resumen

El presente trabajo pretende problematizar las rupturas del dispositivo manicomial (Foucault, 1991) a partir de las prácticas de una organización por su carácter federal: Red Argentina de Arte y Salud Mental. El objetivo es indagar las transformaciones que se producen en las prácticas que organiza esta Red en relación a diferentes momentos en la política pública del país. Analizamos documentos producidos por la organización entre 1984-2022, en relación a tres momentos de la política pública del país y la práctica principal de la Red: los Festivales Latinoamericanos. Como resultados aproximados encontramos primero que, hay cambios producidos en el período en consonancia con los marcos jurídicos por el incremento en la participación de delegaciones artísticas en los Festivales con experiencias en hospitales generales, otros servicios de salud en relación con la comunidad y organizaciones sociales y comunitarias, y decrecen en relación a los hospitales monovalentes. Segundo, hay modificaciones en las prácticas de la organización que visibilizan cambios de significados y sentidos co-construidos de forma colectiva, entramados en los procesos de transformación en los Festivales y que se vinculan con los cambios en las políticas públicas y la generación de otras experiencias en relación a la comunidad. Tercero, hay modificaciones que se producen de forma explícita vinculadas a la

participación activa de las personas con padecimiento psíquico. Como reflexiones finales, creemos que estas rupturas del dispositivo manicomial son prácticas transformadoras que devienen en proyectos de vida en comunidad, sorteando la soledad y el individualismo del proyecto de muerte neoliberal.

Palabras clave: dispositivo manicomial - redes - arte - salud mental - comunidad

Networks and ruptures in the asylum device. Festivals, senses and transformations within the framework of public policies

Abstract

The present work tries to problematize the ruptures of the asylum device (Foucault, 1991) from the practices of an organization due to its federal nature: Argentine Network of Art and Mental Health. The objective is to investigate the transformations that take place in the practices organized by this Network in relation to different moments in the country's public policy. We analyze documents produced by the organization between 1984-2022, in relation to three moments of the country's public policy and the main practice of the Network: the Latin American Festivals. As approximate results we first find that there are changes produced in the period in line with the legal frameworks due to the increase in the participation of artistic delegations in the Festivals with experiences in general hospitals, other health services in relation to the community and social organizations and community and decrease in relation to monovalent hospitals. Second, there are modifications in the organization's practices that make visible changes in collectively co-constructed meanings and meanings, embedded in the transformation processes in the Festivals and that are linked to changes in public policies and the generation of other experiences. in relation to the community. Third, there are modifications that are produced explicitly linked to the active participation of people with mental illness. As final reflections, we believe that these ruptures of the asylum device are transformative practices that become community life projects, avoiding the loneliness and individualism of the neoliberal death project.

Keywords: asylum device - networks - art - mental health - community

1. Introducción

El presente trabajo pretende problematizar algunos procesos de transformación en las prácticas de la Asociación Civil Red Argentina de Arte y Salud Mental (en adelante, RAASM) como rupturas en el dispositi-

vo manicomial (Foucault, 1991). Esta Red conformada orgánicamente desde el año 1995, nuclea experiencias que vinculan arte, salud mental y comunidad, del ámbito público y comunitario. Además, se crea convocando a instituciones, grupos y personas que generan procesos de transformación en pos de la desmanicomialización, donde la salud mental se piensa, problematiza y transforma en comunidad (documentos internos de organización). Toda nuestra labor como Asociación Civil es "ad honorem", articulamos con sectores del Estado para organizar actividades y las creamos a partir de procesos interdisciplinarios (Gómez y Sava, 2020), dada la formación de cada integrante en diversas disciplinas artísticas, de las ciencias sociales y de salud. Así, el objetivo es indagar las transformaciones que se producen en las prácticas que organiza esta Red en relación a diferentes momentos en la política pública del país.

1.1. Consideraciones epistemológicas

El dispositivo manicomial es entendido en las complejas relaciones de poder, en la heterogeneidad de prácticas, discursivas y extradiscursivas, donde prevalece un objetivo estratégico que configura cuerpos. A su vez, el dispositivo atraviesa un proceso de *sobredeterminación funcional* que implica cambios, contradicciones y/o reajustes en las propias prácticas y en el *relleno estratégico* de objetivos, el cual crea nuevos objetivos (Foucault, 1991). Así, este dispositivo entrama huellas, rupturas y restos arqueológicos que complejizan los análisis posibles en prácticas en arte y salud mental en nuestro país (Gómez, 2020; Gómez y Sava, 2020).

En este caso en particular, pensaremos las tensiones que se generan en los procesos de subjetivación en las tramas que se tejen en el "adentro" y "afuera" de las instituciones en red, ya que, esta organización se caracteriza por su carácter federal por lo que la pluralidad de experiencias atraviesa su conformación desde los inicios. Los procesos de subjetivación son pensados en la materialidad de las relaciones de poder que construyen "verdades" a partir de condiciones de posibilidad que se retroalimentan en los dispositivos y dicha "veracidad" es naturalizada al ser asumida por los sujetos (Foucault, 2006, 2007).

Así, consideramos que los procesos de subjetivación (Foucault, 2006, 2007) que construyen estas prácticas en red, entre arte y salud mental, son un aspecto de un complejo dispositivo manicomial que se encuentra investido por enunciados y prácticas concretas en el cual se enlazan generando rupturas desde la multiplicidad. Asimismo, consideramos que estos procesos de subjetivación son investidos por complejos procesos como el terror, la incertidumbre y las situaciones de shock, desplegados por las estrategias neoliberales desde la década del setenta, las cuales impactan en el padecimiento

subjetivo a nivel masivo de las poblaciones (Murillo, 2013, 2020; Gómez, 2020). Estos procesos impactan en los vínculos y la construcción colectiva de experiencias, a la vez que, se ponen en jaque las identidades rígidas y binarias de los procesos de la modernidad y en los marcos de identidades lábiles y difusas del contexto neoliberal (Fabris, 2021). Aun así, consideramos las posibilidades de resistencias y búsquedas múltiples hacia otras formas de cambio (Murillo, 2020; Fabris, 2021) en las rupturas que generan estas prácticas en el dispositivo manicomial.

El trabajo se desprende de la Tesis de Maestría de una de las autoras (Gómez, 2020), dado que analizó un siglo de diversos documentos en un hospital monovalente y las prácticas que articulan procesos de subjetivación en el andar del "adentro" y el "afuera" del mismo. Una de estas prácticas es el Frente de Artistas del Borda, organización creada en 1984 y donde surge la idea de realizar los *Festivales Latinoamericanos* en el cual participan mayoritariamente personas con padecimiento psíquico y promueve la creación de esta Red (Sava, 2008). En el presente trabajo el análisis de documentos internos de organización y marco jurídico comprendidos entre 1984-2022, es un recorte basado en la organización de los *Festivales Latinoamericanos Artísticos,* como práctica concreta y fundante de la organización en su carácter federal.

2. Entramados

Para el análisis consideramos un recorte de tres momentos de la política pública del país que generaron impactos en salud mental, en el período 1984-2022.

Primero, el año 1986, con Vicente Galli como director de la Dirección Nacional de Salud Mental que promueve la transformación de experiencias en cuatro provincias. Este momento se relaciona a, cuando en 1989, se genera el *Primer Festival Latinoamericano de Artistas Internados en Hospitales Psiquiátricos*, organizado por el Frente de Artistas del Borda quienes impulsan la creación de la Red, en los años siguientes. Asimismo, consideramos que en 1991 se promulga la Ley Nº 2.440 en Río Negro, con transformaciones en el sistema en dicha provincia y cerrando el único manicomio de la zona (Cohen y Natella, 2013).

Segundo, la promulgación de la Ley Nº 448 en Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2000, por los cambios significativos en la definición, derechos y modos de abordaje en términos de salud mental. Además, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es el espacio donde surgen los hospitales monovalentes más antiguos del país en el siglo XIX (actuales, Hospital Braulino Moyano y José Tiburcio Borda) y es el cambio jurídico en el espacio donde surge la RAASM.

Tercero, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 en el año 2010, de la cual destacamos

los puntos donde establece los derechos de las personas con padecimiento psíquico; la transformación de los manicomios hacia modalidades de atención en comunidad y la redistribución presupuestaria que acompañe estos procesos; y los cambios propuestos en la definición y modalidad de abordaje.

2.1. Políticas públicas, Festivales Latinoamericanos y transformaciones en las prácticas

En estos recortes de momentos de la política pública, analizamos las delegaciones participantes en los programas de los Festivales y sus variaciones en los grupos y conformaciones. De esta cuantificación, se desprendió que de un inicio mayoritario de delegaciones de hospitales monovalentes se produce un viraje hacia la incorporación de hospitales generales. En la actualidad, da cuenta que la mayoría de las delegaciones se encuentran realizando trabajos en hospitales generales, en organizaciones artísticas y comunitarias y en espacios de atención primaria dependientes de salud.

Este dato es posible entrecruzarlo con otros de la organización. Por un lado, con el incremento en la cantidad de delegaciones inscriptas del 12º al 15º Festival, en el período 2013-2022, que superan las 30 (Gómez y Sava, 2020). Por otro lado, un informe de situación actual realizado por la Red, donde se explicitan los espacios de trabajo de cada grupo, que robustecen el incremento de experiencias hacia la comunidad (Documentos internos de organización, 2023). Por lo que, destacamos el incremento de experiencias en otros espacios del sector salud que articulan con la comunidad y experiencias y organizaciones en la comunidad, con cantidad decreciente en relación a experiencias en hospitales monovalentes en el Festival.

A su vez, para los períodos recortados de políticas públicas (1984-2022) hay transformaciones en los sentidos de los Festivales reflejados en los propios documentos internos de organización. Para ello, analizamos programas, afiches y conclusiones de los Festivales.

Destacamos que, observamos cambios en el nombre del Festival y su correlato en las mesas y charlas donde participan personas que se atienden/atendieron en salud mental. Esta prioridad es considerada desde el 1º Festival con pedido explícito en las bases de participación que el 70% de la delegación sean personas que se atienden en Salud Mental (documentos internos de organización). Este aspecto se entrama con otras prácticas discursivas que generaron rupturas en el dispositivo manicomial, previas al último genocidio de 1976, así como, posteriormente se fortalecieron por marcos jurídicos en democracia (Gómez, 2020). En 1989, el Festival inicia con el nombre "artistas internados" donde recurren las participaciones de grupos de los hospitales

monovalentes, como ya indicamos anteriormente, y se corresponde con el nombre de la "Mesa de discusión con artistas internados de la delegación". En las conclusiones no hay referencias al marco jurídico o los procesos de transformación en política pública del momento, pero lo que sí se explicita es "no haber contado con el apoyo del gobierno". (Sava, 2008, p. 218)

Sí aparece un registro de "vivencias" de ese Festival, con referencias al contexto: "se realizó en el año 1989 en plena debacle del obierno radical de Alfonsín y la asunción apresurada de Menem, con todas las dificultades organizativas propias de un cambio de gobierno, sumada a una crisis económica y política muy grave". (Sava, 2008, p. 219)

En el año 2000, se agrega "artistas externados" al nombre y se corresponde con el espacio de "Charla: 'los artistas internados y externados hablan'" indicado en el Programa del Festival. Consideramos que este agregado es parte del proceso de las experiencias que atravesaban en la década del noventa, ya que, la implicación de la comunidad en Salud Mental son un reflejo en las conclusiones de los Festivales, así como, en las publicaciones de artículos con experiencias en distintas provincias desarrolladas en ese período (Sava, 2008). En las conclusiones del *4º Festival Latinoamericano de Artistas Internados en Hospitales Psiquiátricos* se explicitan varios de estos puntos:

> 7) Advertimos sobre la posibilidad de que los logros permitidos por la Ley Provincial 24-40 de Rio Negro (Ley de Desmanicomialización) pueden sufrir un retroceso. Apoyamos otras experiencias transformadoras como las realizadas en los últimos años en el Hospital Psiquiátrico "Santa Teresita" de Rawson, Hospital Psiquiátrico de San Luis, Servicio de Salud Mental del Hospital "Julio C. Perrando" del Chaco, Hospital Psiquiátrico de Melchor Romero y otros [...]. (Documentos internos de organización, 1995)
> 9) [...] que los hospicios se transformen en servicios de salud con tratamientos ambulatorios, internaciones breves y resocialización como estrategia inmediata a las mismas, contemplando vínculos afectivos y sociales y las concepciones culturales de cada región. (Documentos internos de organización, 1995)

También, en las conclusiones del *6º Festival y Congreso* se reafirma la pluralidad de participantes: "actores que hacen al proceso de desmanicomialización: pacientes, artistas, profesionales, enfermeros, administrativos y otros trabajadores de la salud, así como, la comunidad a través de escuelas, sindicatos, organismos de Dere-

chos Humanos, asociaciones artístico-culturales, de salud, etc." (Sava, 2008, p. 226).

Asimismo, consta en un acta de la Mesa Coordinadora de la Red la lectura de una nota enviada por la delegación de Mendoza donde explicitan debatir un título referido a "internados" ya que, "margina a pacientes ambulatorios o que no quisieran los pacientes participar en Festival que solo nombra a internos" (Documentos internos de organización, 1999). Así, en esa reunión se aprueba el cambio de título a *1º Festival Nacional de Artistas Internados y Externados de Hospitales Psiquiátricos*, organizado por la delegación en la Regional de Cuyo. Este debate se extendió al *6º Festival y Congreso Latinoamericano* que organiza la RAASM y que implicó el cambio en el nombre del mismo por "artistas internados y externados" en el año 2000.

Asimismo, en este Festival se promueve otro cambio en el nombre agregando "Congreso". Este proceso podría ser otro análisis en relación a pensar ejes como interdisciplinariedad e intersectorialidad atravesando nuestra organización.

En relación al marco jurídico, en las conclusiones del *6º Festival y Congreso* no se mencionan. Sí, hay referencias al contexto de "crisis social", "fragilidad subjetiva y vulnerabilidad social" (Sava, 2008, p. 226). Aun así, en este aspecto, encontramos que sí en las conclusiones del 4º y 5º Festival, se entraman discusiones acerca de las políticas públicas y del contexto de privatización, que puede ser foco de otro análisis.

En el año 2011, se modifica el nombre del Festival: *11º Festival y Congreso Latinoamericano de Arte "Una puerta a la libertad - No al manicomio"*. En el programa consta la participación de la Asamblea Permanente de Usuarixs de los Servicios de Salud Mental (en adelante, APUSSAM) como un cambio específico de organización del contexto. La APUSSAM surge en el año 2008, luego de la publicación del CELS "Vidas arrasadas" y contribuyó a los aportes de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en 2010 (APUSSAM, 2012).

El cambio del nombre del Festival es debatido en relación a la propuesta que impulsa la Ley Nacional de transformación de los monovalentes (art. 27). Como expresa uno de los autores del presente trabajo que estuvo en los debates en reuniones de la Red, en aquel momento:

> *El cambio de nombre del Festival fue en una reunión general de la RED que se hizo en Córdoba, creo, porque el título Festival de artistas internados y externados había sido superado por la evolución de los acontecimientos internos y externos a la Red en el proceso de desmanicomialización y desde el arte, no solo de artistas.* (Aportes personales de Alberto Sava)

Además, como hemos indagado previamente la fra-

se "una puerta a la libertad" es una expresión que atravesó los Festivales, en diversas formas de memorias (Gómez y Sava, 2020, pp. 62-63).

En relación al marco jurídico, en las conclusiones del *11º Festival y Congreso* sí aparece de forma explícita la mención de la Ley:

> Se resalta la importancia de la realización del FORO "Arte y Desmanicomialización" y se propone que cada delegación profundice los ejes elaborados en el FORO en relación a la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26657. Generar espacios de difusión de la LEY con usuarios, familiares, la comunidad y en las mismas instituciones. (Documentos internos de organización, 2011)

Además, desde este Festival, se incorporó la lectura de un artículo al momento de la presentación de cualquier actividad del mismo. En estas conclusiones, no hay referencias explícitas al contexto político, económico y social tal como se menciona en documentos previos. Sí se destacan acciones de otros sectores nacionales, provinciales y municipales en relación al Festival (Documentos internos de organización, 2011).

Finalmente, en el *15º Festival y Congreso* realizado en 2022, no hay cambios en el nombre, pero sí continúa la Mesa debate "lxs usuarixs hablan". Al momento, hemos consensuado "usuarixs", recuperando que en Festivales previos se acordó dicho término y con el uso de la "x" por las discusiones en relación a las perspectivas de género, feminismos y disidencias.

Aun así, en las conclusiones del mismo explicitamos que "se revea la denominación de usuarixs por participantes, compañerxs, personas, integrantes" (Documentos internos de organización, 2022), palabra debatida por las propias personas que se atienden en salud mental. Alguna/e/os expresaron que prefieren presentarse como "paciente", "persona", "usuaria/e/o", "loca/o". Aún hoy, continuamos debatiendo cómo queremos nombrarnos.

En estas conclusiones también aparece de forma explícita la mención del marco jurídico: "visibilizar aspectos de la Ley Nacional de Salud Mental como complementarios a las producciones artísticas" (Documentos internos de organización, 2022) y aparece en particular una referencia al contexto reciente de pandemia: "encontrarse para resignificar el vínculo con el otre después de dos años de virtualidad". Además, se explicitan dificultades de participación al no contar "con el apoyo de recursos provinciales y/o municipales y fueron notificados a último momento" y el no reconocimiento de la remuneración de prácticas en la comunidad, de los grupos que trabajan en arte y salud mental y pluralidad de aportes de otras disciplinas (Documentos internos

de organización, 2022).

Mencionamos estas últimas construcciones de contexto, dada la cercanía y vivencias cotidianas de las dificultades políticas, económicas y sociales de las cuales no estamos exentos por el capitalismo y los avatares del neoliberalismo en nuestra Latinoamérica. Asimismo, son conflictos y obstáculos que la organización ha atravesado a lo largo de 28 años de entramado en Red. Esto requiere otro análisis exhaustivo.

3. Algunos resultados, interrogantes y reflexiones finales

La RAASM es una organización de carácter federal que construye prácticas de arte y salud mental hace 28 años en nuestro país. La misma atraviesa y atravesó diversos procesos de transformación en sus prácticas que son resignificadas y visibles a la luz de los propios documentos internos de organización. Creemos que el recorte en relación al marco jurídico es un aspecto relevante para poder entramar estos cambios y repensar nuestros saberes y haceres, sorteando "muros" institucionales.

A partir de los análisis realizados, pudimos explorar que hay cambios en el incremento en la participación de grupos de diferentes áreas de salud y/u organizaciones artísticas o comunitarias en el Festival y Congreso, ampliando aquella primera participación que centralizaba en delegaciones de hospitales monovalentes. Además, estos procesos de aparición de otras experiencias y de incremento en la participación, se enlazan con algunos de los cambios en las políticas públicas del período 1984-2022. Aún así, destacamos que, a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010 se produjo un incremento mayoritario de experiencias en relación a la comunidad, así como, la visibilización del marco jurídico para nuestras prácticas y que es reflejado en los documentos.

También, exploramos que hay modificaciones en las prácticas de la organización que visibilizan cambios de significados y sentidos co-construidos de forma colectiva. Pudimos entramar estos cambios en procesos de transformación en los nombres del Festival, en actividades del programa de los Festivales y en conclusiones de los Festivales.

Distinguimos que en los documentos internos de organización atraviesa una constante que es la participación activa de las personas con padecimiento psíquico desde el 1º Festival en 1989. Los cambios de significados y sentidos también se realizan en relación a lo que en sus propias voces plantean y expresan, nombrando a los "internados" y "externados" del monovalente, a la conformación de una organización como es APUSSAM y a la actual debatida nominación de "usuarixs".

Asimismo, encontramos algunas reflexiones en los

documentos que nos permiten pensar los avatares políticos-económicos y sociales. Por ello, como interrogantes abiertos de esta indagación surgen: ¿Qué significados y sentidos se co-construyeron en momentos de crisis y que impactaron (o no) en las prácticas de la organización? ¿Qué relaciones interdisciplinares e intersectoriales han atravesado para transformar estas prácticas?

Creemos que estos procesos de transformación, continuos, y con obstáculos y conflictos como se explicita en algunas de las conclusiones, contribuyen a los caminos de la desmanicomialización y generan rupturas del dispositivo manicomial. Aun así, estos caminos nos permiten encontrarnos, construir de forma colectiva y creativa, con diversos lenguajes artísticos y académicos, hacia proyectos de vida en Salud Mental Comunitaria. Así, seguiremos tensionando las estrategias neoliberales que impactan en las rupturas del lazo social, en el malestar colectivo y en los procesos de medicalización de las poblaciones, como hegemonías hacia proyectos de muerte.

Bibliografía.

Asamblea de usuarixs de servicios de salud mental [APUSSAM]. (16 de agosto de 2012). Desde el alma y la vida. APUSSAM y la Ley Nacional de Salud Mental. A*samblea Permanente de Usuari@s de los Servicios de Salud Mental ¡NADA SOBRE NOSOTR@S SIN NOSOTR@S!* http://asambleadeusuariosdesaludmental.blogspot.com/2012/08/

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín oficial. Ley No 448 (7 de septiembre de 2000). Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma en el sistema de salud mental en Rio Negro.* Editorial Lugar.

Fabris, F. (2021). Vincularse en el siglo XXI entre la fluidez y la disgregación. En *Psicología social, teoría y praxis.* El Zócalo. (Pp. 227-238).

Foucault, M. (1991). El juego de Michel Foucault. En *Saber y verdad.* La Piqueta.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población.* Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica.* Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. [1969] (2013). *La arqueología del saber.* 2a ed. Siglo Veintiuno editores.

Gómez, N. (2020). *Las grietas del muro. Procesos de subjetivación adentro y afuera de un hospital monovalente. Una arqueología de las voces de "los otros" que están "adentro".* (Tesis de posgrado). Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes. https://bitly.ws/ZBTk

Gómez, N. y Sava, A. (2020). Red argentina de arte y salud mental: "una puerta a la libertad". Procesos his-

tóricos, transformaciones y sentidos desde los aportes de la arqueología y reflexividad crítica. *Revista Salud Mental y Comunidad,* (9), 51 - 67

Murillo, S. (2013). La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. La intervención en el padecimiento psíquico de las poblaciones. *Voces en el Fénix*, (22). https://bitly.ws/ZBTz

Murillo, S. (2020). La potencia de la vida frente a la producción de muerte. En Murillo, S. y Seoane, J. (Coord.) *La potencia de la vida frente a la producción de muerte. El proyecto neoliberal y las resistencias* (pp. 17 – 51). Batalla de ideas; Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe; Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Murillo, S. y Pisani, A. (2020). *Algunas reflexiones para comenzar a pensar una investigación sobre neoliberalismo en clave arqueológica.* Luxemburg.

República Argentina. Congreso Nacional. Salud Pública. Ley Nacional de Salud Mental Nº 26657 (2010).

República Argentina. Poder legislativo de la provincia de Río Negro. Boletín Oficial de Viedma. Ley Nº 2440 (10 de octubre de 1991). Personas con sufrimiento mental. Régimen para la atención y tratamiento.

Sava, A. (2008). *Arte y desmanicomialización. Una puerta a la libertad en Hospitales Psiquiátricos Públicos de Argentina.* Ediciones Artes Escénicas.

Resguardos éticos. Hemos considerado como resguardo ético, con respecto a la Asociación Civil, el pedido de forma escrita de autorización para explicitar los datos de la misma como Red Argentina de Arte y Salud Mental, así como, el pedido explícito del uso de documentos internos de organización y libro de actas a través de representantes. Las citas textuales y el análisis de documentos de organización no tendrán referencias con nombres personales. Asimismo, hay selección de documentación que se comparte y socializa por su carácter público.

Vivir en situación de calle como problema de salud pública. Una lectura desde la salud mental comunitaria

DI IORIO, Jorgelina
Dra. en Psicología, Universidad de Buenos Ares (UBA). Psicóloga (UBA). Investigadora Adjunta, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente de la Facultad de Psicología (UBA) y posgrados en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Co-coordinadora del eje Salud Mental-Derechos Humanos de la Red de Investigadores en derechos humanos RIOSP-CONICET. Directora de Proyecto UBACyT 2023-2025 en Facultad de Psicología (UBA) Coordinadora del Área de Intervención de Intercambios Asociación Civil y del Registro Unificado de Violencias hacia personas en situación de calle. Integrante del Observatorio Nacional de Políticas Públicas sobre Personas en Situación de Calle, Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF). Integrante de la Asamblea Popular por los Derechos de las personas en situación de calle. Integrante del colectivo Sociabilidades por los Márgenes.

Contacto: diiorio.jorgelina@gmail.com

Sociabilidad por los Márgenes
Instagram: @sociabilidadxlosmargenes

La construcción de lxs extrañxs peligrosxs

La situación de calle se configura como un campo de problemas complejo de salud pública global, que se expresa en las heterogeneidades de contextos situados. Es decir, las condiciones afectivas, sociales, geográficas y materiales de existencia en la que se despliega la vida cotidiana de quienes experimentan alguna de las múltiples formas en las que se institucionaliza la situación de calle en América Latina y el Caribe, implica la exposición a un conjunto de situaciones específicas que generan malestares y posibles afectaciones físicas y psicosociales, a la vez que formas de hacer frente a dichas afectaciones. Constituye una de las formas en las que se institucionalizan los procesos de vulnerabilización y expulsión social, particularmente en contextos urbanos. Este campo de problemas no se reduce a la dimensión residencial. Sin desconocer que es una dimensión jerarquizada en su configuración, *la calle* se constituye como un escenario de vivencia y supervivencia en un continuo proceso de posesión/desposesión material y

simbólica. En tanto término polisémico, implica *abrigo*, es decir, el lugar donde se está alojado, y *modo de vida*, en tanto que compleja red de relaciones que se torna invisible-hipervisible para la sociedad. La situación de calle no es un estado sino una *relación social* donde lo efímero se convierte en constante, emergiendo formas de afiliación-desafiliación social (Bachiller, 2009), de padecimientos sociales y de resistencias, relacionadas con expresiones de inequidad e injusticia social que dan lugar a la construcción de identidades estigmatizadas (Di Iorio, 2021): ruptura y fragilidad de vínculos sociales, laborales y familiares, dificultades para cubrir necesidades materiales, simbólicas y afectivas, constante vulneración de derechos sociales, económicos y culturales, y a la vez, nuevos vínculos, nuevas conexiones, otras interacciones, y formas de reconocimiento e intercambio material y afectivo que operan como resistencias y re-existencias.

El debilitamiento de los vínculos sociales constituye uno de los ejes priorizados para comprender este campo de problemas. Según Paugam (2008), el proceso de desafiliación social implica sentimientos de aislamiento e inferioridad, que pretenden ser disimulados manteniendo relaciones distantes con otras personas, esté o no en su misma condición. "Descalificados socialmente" son forzados a la inactividad o soledad incipiente, lo que puede dar lugar a la emergencia de malestares y afectaciones en el campo de la salud mental. Estar en situación de calle se configura como un atributo socialmente desacreditador, que hace se defina a quienes experimentan la vida en calle por esta condición de privación y exclusión, producto de un proceso continuo de posesión y desposesión material, simbólica y afectiva, dando lugar a procesos de estigmatización (Goffmann, 2003).

Es decir, se profundiza la distancia social entre quienes experimentan la situación de calle y quienes no, generando que sean vistos como como grupos *socialmente amenazantes, culturalmente estigmatizados y económicamente marginales*. Siguiendo a Ahmed (2014), lo que se pone en funcionamiento son mecanismos socio-afectivos que hace que ciertos colectivos puedan establecer las coordenadas para leer-comprender los cuerpos de los otros:

> *Estas narrativas funcionan al generar un sujeto a quien unos otros imaginados ponen en peligro y cuya proximidad amenaza no sólo con quitarle algo (empleo, seguridad, riqueza), sino con ocupar el lugar del sujeto [...] los cuerpos de los otros se transforman, por lo tanto, en los odiados [...] se asume que causan un daño tal al sujeto blanco ordinario, que su proximidad se interpreta como el origen de los malos sentimientos. (pp. 78-79)*

De acuerdo con esto, emergen discursos sociales sostenidos en la criminalización y negativización de las prácticas cotidianas de las personas en situación de calle (PSC), se organizan dinámicas sociales reguladas desde el prejuicio, la discriminación y otras formas de violencia simbólica, social y física[1], que se relacionan con dinámicas de aislamiento y debilidad de las redes sociales de apoyo. Se los caracteriza como personas solitarias, ensimismadas, desconfiadas, intolerantes incluso violentas, atribuyendo esas características como inherentes a sus características de personalidad, psicologizando procesos socioculturales complejos, ocultando los complejos procesos socio-político-culturales a través de los cuales se construyen emociones como la soledad, el miedo, el odio y la desconfianza (Ahmed, 2014).

Salud mental-Calle: entre la peligrosidad y los cuidados

Quienes están en situación de calle se convierten, para muchos, en parte del paisaje urbano. Es como si siempre hubiesen estado ahí, en las esquinas, en los umbrales, en las plazas. Se borran sus historias, se patologizan sus prácticas y se invisibilizan los procesos socio-históricos y político-ideológicos por los cuales se configuraron como un grupo social, argumento legitimador de violencias, así como de intervenciones sostenidas en la culpabilización y la moral.

Las relaciones entre situación de calle y salud mental son multifacéticas y no lineales. Incluye una variabilidad de observables físicos como psicosociales que no pueden aislarse de las inequidades sanitarias propias de los procesos de desigualdad social (Hernández y Swope, 2019). La inseguridad habitacional y las desafiliaciones sociales constituyen factores de riesgo para la aparición de afectaciones emocionales, así como una mayor frecuencia de comportamientos de riesgo (Avery, 2013; Flick; 2007; Oppeheimer et al., 2016; Di Iorio et al., 2019; Lenta et al., 2022; Sapey y Di Iorio, 2023). Se pueden describir tres formas en las que se expresa la intersección salud mental-calle (Di Iorio, 2023):

1. La relación bi-direccional que se expresa en el par causa-consecuencia, tanto como factor predictor, así como causa la larga permanencia o cronificación de la vida en calle (Giano et al., 2019, Padgett et al., 2012, Roca et al., 2019, Nilsson et al., 2019)
2. La presencia de padecimientos de salud mental graves preexistentes o psicosis, tales como trastornos delirantes, esquizofrenia y trastornos bipolares, reportados por quienes son parte del sistema socio-asistencial, aunque no se registran estudios epidemiológicos en América Latina y el Caribe (Padgett, 2020)[2]

3. Las exigencias psíquicas, sociales y vinculares para garantizar la subsistencia y supervivencia en el espacio público, así como para hacer frente a la discriminación, al rechazo social y la violencia institucional (Padgett, 2020; Sapey y Di Iorio, 2023)

Desde una perspectiva de salud mental con enfoque en derechos humanos, la situación de calle se configura como un fenómeno socio-político-afectivo de expresiones múltiples, producto de las vivencias sistemáticas y persistentes de violencias estructurales, físicas y simbólicas. No hay una única manera en la que dichas vivencias, que se expresan en comportamientos, pensamientos y afectos, son calificadas como padecimientos psíquicos. Son expresiones múltiples las que requieren de atención en salud mental, sin que eso signifique -aunque puede ser una posibilidad- que se traduzcan en padecimientos de mayor gravedad. Si bien no se registran estudios epidemiológicos en nuestro país que den cuenta de la prevalencia de padecimientos de salud mental en personas adultas en situación de calle, se pueden identificar tres grandes tipo de padecimientos que son reportados como prevalentes, tanto por las propias personas que experimentan y/o experimentaron la vida en calle como desde los equipos que intervienen, tal figura en la literatura sobre el tema: a) los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas; b) los efectos psicosociales producto de la exposición sistemática a múltiples formas de violencia; y c) la exposición a sucesos vitales estresantes (SVEs)[3] previo y durante a la vida en situación de calle (Lenta et al., 2022).

La presencia de expresiones afectivas, cognitivas, comportamentales susceptibles de comprenderse en el marco de algunos de esos padecimientos, son, en algunos pocos casos definidas por equipos profesionales, pero muchas otras no. Desde un enfoque centrado en el riesgo y modelos de la salud mental que se alejan de la perspectiva comunitaria, se demandan acciones sostenidas en lógicas manicomiales-asilares.

Salud mental es sentirse parte. Consideraciones finales

Sobrestimar y subestimar las relaciones entre salud mental y situación de calle, constituye una barrera de acceso a servicios y derechos. A la vez, reducirlas a la mera presencia o ausencia de habilidades individuales, es ocultar el impacto de factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como de las políticas de protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Es decir, se requiere incorporar una mirada de salud integral, abandonando las lecturas centradas en la enfermedad. Los mecanismos de segregación, estigmatización

y discriminación operan obstaculizando la exigibilidad, la justiciabilidad y la equidad en salud. El derecho a la salud (OMS, 2008; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2009) no se limita a la estar sano, sino que es un derecho transversal que obliga a los Estados a adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva para generar condiciones de vida lo más saludable posible, afirmando que la salud mental requiere especial atención (Zaldúa et al., 2017).

Desde una perspectiva de epidemiología social (Almeida Filho, 2020), esto requiere distinguir entre un **nivel individuales-singulares** que aluden a la iden-

Figura 1. Escenarios de emplazamiento de padecimientos de salud mental

Fuente: Di Iorio, 2023

tificación y caracterización de padecimientos subjetivos entre quienes experimentan la situación de calle, y que pueden requerir asistencia específica, un **nivel psicosocial-grupal** que implica reconocer la existencia de determinados modos de sentir y de estar en el mundo social, en tanto funcionamientos sociales esperables en determinadas condiciones de existencia, y un nivel **político-institucional** referido a las políticas públicas para situación de calle en general y a las políticas de salud mental en particular, las modalidades de atención y de respuesta en las que se expresan dichas políticas, así como las brechas de acceso y problemas asociados a esto.

Este esquema se presenta como una matriz psicosocial de comprensión de las intersecciones entre salud mental y situación de calle que permita (re)orientar la atención y garantizar el acceso a la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos. Es decir, implica pensar en una clínica ampliada, fuera de los muros hospitalarios, que dé cuenta de los aspectos plurales del enfermar, que incluya los saberes y experiencias de las propias personas afectadas, y no que no considere la *curación* a cualquier precio. Identificar y evaluar situaciones entre las PSC que impliquen riesgo para sí o para terceros y que requieran de una intervención restrictiva transitoria, de acuerdo con lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), no es lo mismo que afirmar que todos los riesgos a los que las personas en situación de calle están expuestas -violencias, criminalización, estigmatización, falta de apoyo social, estrés económico, entre otros- requieran de dicha intervención. Lo que sí podemos afirmar es que requieren de otras.

Lo vincular se configura como eje central de acompañamientos en salud mental desde una perspectiva psicosocial. En ese sentido, frente a un entramado asistencialista-asilar, se hace necesario construir otros posicionamientos de intervención mínima y de la forma menos restrictiva posible, intervenciones en salud mental sostenidas en la presencia, la permanencia y la paciencia (Di Nella, 2018). Lejos del *furor curandis*, tendencia profesional a imponer los tiempos y las formas del proceso de reversión de determinado cuadro, se impone el desafío de *inventar* otros acompañamientos que contemplen la espacialidad de la *intemperie*, la temporalidad de la *itinerancia* y la singularidad de las *intersecciones.*

Bibliografía

Ahmed, S. (2014). *La política cultural de las emociones.* Universidad Nacional Autónoma de México. Almeida Filho, N. D. (2020). Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Estudos Avançados, 34*, 97-118.

Avery, J. (2013). "Health, homelessness, and chronicity: Major findings and implications". En K. M. Fitzpatrick K. M. (ed.) *Poverty and health: A crisis among America's most vulnerable.* CA: Praeger.

Bachiller, S. (2009). Significados del espacio público y exclusión de las personas sin hogar como un proceso de movilidad forzada. R*evista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis), 128*(1), 125-137.

Di Iorio, J. (2021). Producción social de cuidados con personas en situación de calle en el escenario de la pandemia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Salud Mental y Comunidad, (8), 72-90. Disponible en https://bitly.ws/ZQQq

Di Iorio, J. (2022). Cartografía de las violencias hacia personas en situación de calle. *Ciudadanías. Revista De Políticas Sociales Urbanas,* (10). Disponible en https://bitly.ws/ZQQ6

Di Iorio, J. (2023). Intersecciones entre salud mental y situación de calle: una aproximación desde la perspectiva de derechos humanos, *Cuestión Urbana,* (13), 63-78. Disponible en https://bitly.ws/ZQPG

Di Iorio, J., Seidmann, S. y Rigueiral, G. (2019). "Padecimiento de personas en situación de calle y reconstrucción de las redes sociales" En *Memorias del XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, 52-56. Disponible en https://bitly.ws/ZQQz

Di Nella, Y. (2018). Ideas para un abordaje psicosocial de personas aislada en situación de calle (Estrategias de re-inclusión comunitaria desde el modelo de Clínica de la vulnerabilidad psicosocial). Mimeo. Disponible en https://bitly.ws/ZQQE

Flick, U. (2007). Homelessness and Health. Challenges for Health Psychology. *Journal of Health Psychology*, 12, 691.

Giano, Z., Williams, A., Hankey, C., Merrill, R., Lisnic, R. y Herring, A. (2019). Forty Years of Research on Predicts of Homelessness. *Community Mental Health Journal.* DOI: 10.1007/s10597-019-00530-5

Goffman, E. (2003). *Estigma. La identidad deteriorada.* Amorrortu.

Hernández, D. y Swope, C. B. (2019). Housing as a Platform for Health and Equity: Evidence and Future Directions. *Journal of Public Health, 109*(10):1363-1366. doi: 10.2105/AJPH.2019.305210.

Lenta, M., Di Iorio, J. y Vázquez, J. J. (2022). Stressful Life Events among Women Living Homeless in Argentina. *Journal of Loss and Trauma.* doi: 10.1080/15325024.2022.2115206.

Nilsson, S. F., Nordentoft, M. y Hjorthøj, C. (2019). Individual-Level Predictors for Becoming Homeless and Exiting Homelessness: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Urban Health, 96*(5), 741-750. doi: 10.1007/s11524-019-00377-x. PMID: 31388823

Oppenheimer, S. C., Nurius, P. S., y Green, S. (2016). Homelessness history impacts on health outcomes and economic and risk behavior intermediaries: New insights from population data. *Families in Society, 97*(3), 230–242.

Padgett, D. (2020). Homelessness, housing instability and mental health: Making the connections. *BJPsych Bulletin, 44*(5), 197-201. doi:10.1192/bjb.2020.49.

Padgett, D. K., Smith, B. T., Henwood, B. F., y Tiderington, E. (2012). Life course adversity in the lives of formerly homeless persons with serious mental illness: context and meaning. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(3), 421.

Paugam, S. (2008). "O enfraquecimiento e a ruptura dos vínculos sociais". En Sawaia, B. (org.). *As artimanhas da Exclusao*. Vozes.

Roca, P., Panadero, S., Rodríguez-Moreno, S., Martín, R. M., y Vázquez, J. J. (2019). Puerta giratoria" a la situación sin hogar. Influencia de la salud, consumo de alcohol y padecimiento de sucesos vitales estresantes en el número de episodios en la situación sin hogar. *Anales de psicología, 35*(2), 175-180.

SAMHSA. (2011). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Current Statistics on the Prevalence and Characteristics of People Experiencing Homelessness in the United States.*

Sapey, M. y Di Iorio, J. (2023). Entre la subsistencia y la supervivencia: intersecciones entre situación de calle y salud mental en la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones, XXXIX,* pp. 481-191. Disponible en https://bitly.ws/ZQSj

Notas

1. En relación con las violencias, desde 2021 se realiza el Registro Unificado de Violencias hacia personas en situación de calle, una herramienta colaborativa entre la Asamblea Popular por los Derechos de las Personas en situación de calle-CABA y el Equipo de Investigación UBACyT con sede en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Para conocer los informes: https://linktab.co/Ruv

2. Las psicosis constituyen un grupo de padecimientos psíquicos que fenomenológicamente se distinguen por alteraciones importantes en la percepción de la realidad. Estudios epidemiológicos en Estados Unidos revelaron que sólo entre el 25 y el 30% de las personas sin hogar padecen una enfermedad mental grave, como la esquizofrenia (SAMHSA, 2011). Aunque estos datos no son extensivos a la realidad de América Latina en general, ni de Argentina en particular, constituye un elemento que permite trabajar la distancia entre lo que se registra y lo que, en términos de construcción social, se cree que pasa.

3. Los sucesos vitales estresantes constituyen un

conjunto de experiencias que juegan un papel clave en la vida de las personas y que frecuentemente implican cambios significativos en el curso de vida. Inciden en las prácticas, decisiones y acciones de las personas, lo que incluye a los modos de relacionarse con sí mismas, con los demás y con el mundo que les rodea (Lenta et al., 2022).

No son sólo de naturaleza económica, sino vinculadas con la salud (padecimientos físicos, de salud mental, discapacidad, consumo de sustancias psicoactivas de las personas a cargo de la crianza, intentos de suicidio), con las relaciones sociales (falta de cuidados parentales, aislamiento, déficit en las redes sociales de apoyo) y otras experiencias tales como institucionalizaciones previas, violencia sexual, violencia física, encarcelamientos, es más numerosa entre personas que se encuentran en situación de calle, tanto durante la infancia como a durante su vida adulta (Vázquez, Panadero, y Rincón, 2010).

Los SVEs se configuran como precipitando la situación de calle, y además la situación sin hogar mantiene y retroalimenta el proceso favoreciendo el padecimiento de un mayor número de sucesos vitales estresantes (Muñoz et al., 1999; Lenta et al., 2022).

También condicionan el regreso a la situación de calle luego de períodos en los que se consiguió el acceso a algún tipo de alojamiento estable (Roca et al., 2019).

Concepción autogestionaria, construcción de ciudades y territorios democráticos y salud mental comunitaria en la experiencia del Movimiento de Ocupantes e Inquilinos de Argentina

RODRÍGUEZ, María Carla.
Doctora en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesora titular regular de la Carrera de Sociología sobre "Procesos sociales y urbanos". Investigadora del Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales (UBA) y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Militante del Movimiento de Ocupantes e Inquilinos desde 1990. Co-coordinadora de la Escuela Latinoamericana de Autogestión del Hábitat – SELVIHP.

Contacto: trebol1968@gmail.com

REINOLDI, Roxana Virginia.
Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Ex Coordinadora del Programa de Integración Comunitaria y cooperativista militante del MOI. Integrante del Equipo de Investigación Acción y Docencia en Desmanicomialización y Desastres (EIADES). Docente en Curso de Posgrado Internacional "Salud Mental, Legislación y Derechos Humanos", Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER).

Contacto: virdesmanicomia@gmail.com

Movimiento de Ocupantes e Inquilinos (MOI)
Web: www.moi.org.ar/

Tendencias generales del contexto situado de actuación

La etapa actual del capitalismo financiarizado -iniciada a mediados de los 70- ha potenciado *procesos de urbanización generalizada*, anticipados tempranamente por Henry Lefebvre (1972). En América Latina, esto ha profundizado el *desarrollo territorial desigual:* se exacerba la microsegregación de cercanía junto con la expansión desmesurada de las superficies urbanizadas. Como ha demostrado Samuel Jaramillo (2021), la *especulación inductiva,* sostenida por Estados nacionales y locales dirigidos por gobiernos tanto neoliberales como progresistas durante las últimas décadas, alentó operaciones de renovación urbana de alta gama con su secuela de gentrificación, urbanizaciones privadas amuralladas y extensos parques habitacionales que permanecen desocupados, porque ya no funcionan como viviendas sino como reservas de valor.

Al mismo tiempo, la inquilinización creciente, ante la acotada oferta de políticas públicas, se instaló como

un mecanismo privilegiado de extracción de rentas bajo esta lógica del capital financiarizado, que también penetró en los barrios populares. El emprendedurismo individualizante, campea como ilusión de escapar de la pobreza junto con la expansión de la economía ilegal (tráfico de drogas, armas y personas) que retroalimenta y conecta el circuito formal e informal de acumulación capitalista. Hacinamiento, precariedad, alquileres formales e informales cada vez más impagables, endeudamiento familiar que crece como contracara del endeudamiento externo, se vinculan con el proceso que la urbanista Raquel Rolnik (2017) denomina *colonización financiera del suelo y la vivienda*: bajo una lógica desregulada de facto y altamente expoliativa, los precios del alquiler se basan en su carácter de rentas de monopolio extraídas de amplias capas populares y medias -en gran medida mujeres jefas, migrantes y jóvenes- que no encuentran otras alternativas. Este panorama redunda en el feroz incremento de la alienación residencial, es decir, la pérdida creciente de control sobre las condiciones cotidianas del habitar por amplias mayorías de la población, creando una inseguridad estructural que afecta su salud mental y física.

La trayectoria del MOI en grandes trazos

El MOI es un movimiento sociopolítico y territorial que se ha desarrollado, principalmente, como Federación Autogestionaria de Cooperativas de Vivienda y Trabajo, transitando diversas coyunturas políticas desde sus orígenes, a fines de los años '80. El primer antecedente, fue la experiencia de organización cooperativa, elaboración participativa de un proyecto habitacional y de desarrollo local en la ocupación del ex Patronato de la Infancia (PaDeLaI) en el corazón del barrio San Telmo, área central de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). En esta experiencia confluyeron una centena de familias ocupantes, profesionales de una cátedra de la Facultad de Arquitectura de la UBA, un conjunto de ONGs (SEDECA, FVC, PROHA) y agrupaciones estudiantiles universitarias, hasta lograr la sanción de una ordenanza y escrituración del predio en copropiedad cooperativa-municipio, proceso políticamente truncado por el ejecutivo local (primero menemista y luego radical).

En 1990, la organización naciente del MOI, realiza un intercambio con la Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda de Ayuda Mutua (FUCVAM), que nutre la perspectiva cooperativista y autogestionaria con que se encausarán los primeros procesos cooperativos en edificios ocupados de distintos barrios de la ciudad de Buenos Aires. En 1996, ya transitada, desde las capacidades de sus militantes, una veintena de procesos organizativos con algunos logros y numerosos fracasos, se habían encausado favorablemente cinco procesos de

regularización dominial (de inmuebles públicos nacionales y municipales cada uno con su propia y artesanal trayectoria) y el primer reciclaje por autogestión realizado en Argentina con el apoyo parcial pero dinamizador de un programa habitacional nacional -el 17- (Cooperativa La Unión, en el borde San Telmo-Puerto Madero).

Con ese recorrido y en confluencia con otras organizaciones de la ciudad, el MOI participó de la redacción del Artículo 31º de la Constitución de CABA, que incluye la promoción de los planes autogestionarios. En 1998, promovió una mesa de trabajo multiactoral en la Legislatura, que dio a luz la Ley Nº 341/00 y al Programa de Autogestión de la Vivienda en el ámbito del organismo responsable (CMV y luego IVC).

Estos instrumentos, contexto de la crisis del 2001 mediante, canalizaron la creación de cientos de cooperativas de vivienda, la compra de 118 inmuebles en barrios consolidados de la ciudad y la transferencia directa a organizaciones populares de recursos públicos históricamente apropiados por sectores empresariales de la construcción asociados al Estado, para ejecutar sus conjuntos habitacionales, incluido el financiamiento de sus equipos técnicos interdisciplinarios.

En ese período, el MOI creó las "Guardias de Autogestión". Estos son dispositivos socioorganizativos de integración inicial, a partir de un proceso de enseñanza- aprendizaje con ciertos contenidos básicos compartidos, por el que transitan todas las personas (y progresivamente sus familias) que deciden incorporarse al movimiento. Estas Guardias de Autogestión, cuyo nombre alude a la época de las ocupaciones de edificios en las cuales se organizaban turnos para la defensa frente a posibles desalojos, son el primer espacio de Educación Popular dentro de la organización.

A partir de 2003, el MOI, profundizó el enfoque de integralidad, abordando otros aspectos de la vida cotidiana: trabajo (en primer lugar, para construir en los predios adquiridos por la Ley Nº 341), educación (donde a partir de necesidades comunitarias identificadas, se constituyeron el Jardín Construimos Jugando y bachilleratos populares) y salud mental. Más tarde (2018) se desarrolló él espacio de adultos mayores (centro de jubilados y ámbito de apoyo y formación).

Hacia 2008, la organización emprendió el proceso de la nacionalización, consolidando -y no pudiendo en otros casos- núcleos organizativos en las ciudades de Santa Fe, Rosario, Ushuaia y San Martín de los Andes, que sorteando enormes dificultades, impulsan actualmente experiencias piloto en sus respectivos contextos socioterritoriales.

En diciembre de 2016, repudiando el injusto e ilegal encarcelamiento de la dirigente Milagros Salas, junto a varios movimientos y federaciones de cooperativas

se constituyó el Colectivo Hábitat Popular. El objetivo fue impulsar la nacionalización de las políticas de producción autogestionaria del hábitat, dado que el manejo directo de los recursos estatales, se identificó como el rasgo más destacado de la experiencia de la TUPAC, que el poder establecido odia y criminaliza de manera creciente. Actualmente ya se llevan tres intentos de tratamiento legislativo y se plantea insistir, como el movimiento feminista lo hizo y federalizar la demanda, *hasta que sea Ley*.

En este tránsito, se lograron algunas modificaciones institucionales subnacionales: cambio de la Ley Nº 19 de creación del IPV de Tierra del Fuego incluyendo la autogestión, creación del Instituto de Vivienda de San Martín de los Andes con su Consejo Asesor integrado por las organizaciones sociales e inclusión de la propiedad colectiva, donaciones de terrenos municipales y convenios interjurisdiccionales provincia-municipio en las ciudades de Rosario y Santa Fe en torno a dos proyectos cooperativos y otras propuestas de ley provincial en Santa Fe, y ordenanzas municipales -que articulan con la Ley de acceso justo al hábitat- en los municipios de Junín y San Martín, provincia de Buenos Aires.

Este derrotero, a su vez, siempre buscó la articulación y pertenencia en organizaciones mayores, como la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA) a partir de la identificación como parte de la clase trabajadora (con sus enormes complejidades y altibajos) y partiendo de una perspectiva internacionalista y anticolonial, por la cual el MOI cofundó en 1991 y sostiene hasta la actualidad, la Secretaría Latinoamericana de la Vivienda y el Hábitat Popular (SELVIHP) y participa desde 1996 en la red global de la Coalición Internacional del Hábitat (HIC).

Imagen 1: Conjunto de hábitat. Cooperativa La Fábrica – MOI. Barracas, Buenos Aires.

Fuente: Pablo Jeifetz. EPI. MOI.

La concepción autogestionaria como prisma de un modo de vida

Como respuesta frente a los efectos locales del capitalismo en su etapa neoliberal financiarizada, la ex-

periencia del MOI es parte de la disputa y resistencia sentipensante, cuerpo a cuerpo y territorio a territorio, enraizada en la heterogeneidad de formas de producción y consumo populares del hábitat no mercantiles que caracterizan América Latina, orientando procesos de organización colectiva y comunitaria, explícita y políticamente, hacia la desmercantilización social y la gestación de nuevos comunes urbanos.

La concepción autogestionaria, implica asumir la vivienda y el hábitat como bien de uso, promover el trabajo sin patrones, encarar la recuperación histórica de las prácticas ancestrales de ayuda mutua y propiedad colectiva, y proponer una perspectiva de integralidad del abordaje de las necesidades, basada en la participación cierta de las personas y comunidades involucradas, contraponiendo a la ciudad mercantil financiarizada el horizonte de construcción de una ciudad y territorios democráticos.

Con ese enfoque, se vienen impulsando políticas de producción autogestionaria del hábitat popular a partir de experiencias prácticas concretas desarrolladas bajo modalidades cooperativas, entendiendo que no hay desarrollo cierto de la autogestión sin el Estado. Por ello, la pelea por marcos normativos y políticas públicas fue siempre una de las características centrales de la construcción del MOI, a partir de entender que su existencia asegura la supervivencia y continuidad de las experiencias, la redistribución de los recursos y la transformación de la institucionalidad estatal, desde una perspectiva participativa y universalista del enfoque de derechos.

El ejercicio cotidiano de la participación sustantiva constituye un eje rector de la experiencia, porque el control y la direccionalidad del proceso de producción del hábitat y sus componentes se ponen en manos directas de los habitantes/productores, con el objetivo de satisfacer específicas necesidades sociales, que no son ilimitadas -como plantea el ideario neoliberal tan en boga-, sino bien precisas, tal como lo ha fundamentado Manfred Max Neef basado en su amplia investigación histórico comparativa: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. El hábitat y el habitar desarrollados bajo la concepción autogestionaria, trabajan todos estos planos de un modo desafiante y complejo, desde la gestación de la imaginación inicial del futuro hábitat en común (construyendo sin ladrillo la grupalidad y encasando los planos de la organización interna, la propuesta, la gestión y la lucha), hasta su construcción material y el proceso cotidiano de habitar en comunidad. Y decimos complejo, porque la autogestión interactúa contradictoriamente con la institucionalidad vigente, tanto mercantil como estatal (Rodriguez y Ciolli, 2009). En este sentido, también se diferencia de la au-

toconstrucción, del emprendedurismo y otras formas de autoexplotación, precarización y explotación más o menos encubierta.

La concepción autogestionaria en la sectorialidad del hábitat, como la conceptualiza Néstor Jeifetz (2018), propone la gestación de un urbanismo centrado en la Vida que se construye de manera multiescalar desde lo regional a cada proyecto cooperativo en su contexto barrial situado. En escala regional, la SELVIHP ha desplegado un proceso particular y sostenido de movilidad de ideas, saberes y prácticas de transformación sociopolítica que acompaña, nutre y se alimenta del proyecto histórico de conformación del MOI y todas sus integrantes.

A su vez, cada cooperativa implica el ensayo práctico de formas de organización que desafían cotidianamente la lógica del capital, provocando constantes tensiones y desafíos contraculturales: a) por los arreglos e interacciones que se construyen para llevar adelante cada etapa del proyecto de hábitat, como por ejemplo la producción sin lucro a través del modelo de Unidad Social de Producción Autogestionaria (USPA), encadenado cooperativo de vivienda y trabajo con apoyatura profesional interdisciplinaria; b) por la promoción de la propiedad colectiva, campo nodal de disputa y reapropiación de la cosmovisión de nuestros pueblos originarios y la historia del movimiento obrero bajo el capitalismo; c) por la reunificación del divorcio entre trabajo manual e intelectual como premisa organizativa, acompañado de la perspectiva epistemológica del encuentro de saberes, sin demagogias, donde se pone en práctica la vigencia de la consigna "Obreros y estudiantes unidos adelante" y se visibilizan otros temas clave como la disputa de la orientación del sistema científico tecnológico y el rol de la Universidad Pública, en este caso, desde la sectorialidad del hábitat.

La producción autogestionaria del hábitat, finalmente, se diferencia de experiencias del emprendedurismo y sus variantes -que se mezclan en la bolsa de la economía social o popular- porque privilegian la gestación de una subjetividad centrada en el *ser en comunidad* y el escalamiento de las capacidades de planificación y producción colectivas de bienes de uso para la vida, versus la ilusión de *la inclusión social* producto de un esfuerzo individual y meritocrático, desenraizado del ser social e ignorante de la dinámica de producción social de la desigualdad y la exclusión provocados por los procesos concentradores del capital.

La salud mental comunitaria y el programa de Integración Comunitaria

El contexto e idiosincrasia de las cooperativas y espacios del MOI, en general, han sido propicios para el desarrollo de una experiencia de salud mental comuni-

taria que continúa siendo inédita. Sus inicios se remontan post 2002, enmarcada en un entramado de articulación intersectorial salud-vivienda, con el protagonismo por un lado, de diferentes dispositivos colectivos organizados -a modo de resistencia- dentro del sistema de salud en el Hospital Neuropsiquiátrico Borda (Frente de Artistas, Huerta y Pan del Borda), que propugnaban conjuntamente el ideario de prácticas antimanicomiales desde una postura crítica con el modelo asilar -en los que participaban personas trabajadoras y usuarias del sistema- y por otro, con el MOI como ámbito territorial organizativo de integración comunitaria, junto a su núcleo cooperativista y militante.

Se trataba de integrar en los procesos cooperativos de vivienda a personas que permanecían sin criterios reales de internación, en términos de Erving Goffman (1971) en *instituciones totales,* por haber atravesado procedimientos atemporales de cronificación, y no contar con un lugar adonde vivir en la comunidad, ni con trabajo, ni red comunitaria de apoyo socio afectiva y sanitaria que garantizará la continuidad de cuidados en el ámbito extramuros.

El derecho a vivir en la comunidad es uno de los postulados básicos del marco normativo existente a nivel local en la Ciudad de Buenos Aires, y posteriormente ratificado y puesto en valor a nivel nacional con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental del año 2010, que lo profundiza con planteos necesarios e ineludibles (pese a su incumplimiento) acerca del cierre y sustitución de las instituciones monovalentes por la existencia de una red de servicios de atención alternativos en la comunidad.

En lo que respecta a la creación y sostenimiento de dispositivos habitacionales en sus mejores versiones (dado que las políticas públicas de acceso a la vivienda son parte fundamental de las respuestas integrales del cuidado de la salud mental), queda ilustrado actualmente en la puesta en marcha de exiguas "casas de convivencia protegidas", "casas de medio camino", "residencias con mayores o menores niveles de apoyo", o con la noticia de construcción de "barrios inclusivos", en las que para ser moradorxs de las mismas el criterio es tener un padecimiento mental y la necesidad de externación: todas ellas propuestas que, si bien pueden verse como un avance para desisnstitucionalizar, no dejan de replicar espacios homogéneos en donde no hay lugar para la diversidad.

Precisamente, es mediante las diferencias palpadas en la convivencia cotidiana, que se construye el campo propicio para que acontezca una real integración, dado que se van deconstruyendo estereotipos, a la vez que se esclarecen necesidades compartidas que llevan a identificar a cada quien simplemente como una persona "semejante".

En este aspecto, cuando en la experiencia del MOI se explicita *integrar,* se alude a un proceso bilateral, donde se manifiestan relaciones de reciprocidad, de intercambio e interdependencia (en pos de un objetivo concreto).

Esto ocurre en los procesos cooperativos, con la puesta en marcha de la autogestión, la ayuda mutua y la concepción de la propiedad colectiva enmarcados desde una mirada integral; procesos en los que se van desdibujando las relaciones paternalistas y autoritarias propias de contextos en donde las normas son impuestas y se utiliza el disciplinamiento como instancia moralizadora.

Quienes se constituyen en cooperativistas ejercitan el derecho a disentir y a consensuar poniendo en juego su voz y voto; construyen, modifican y/o ratifican sus propias normas de convivencia, asumen diferentes roles y responsabilidades en la construcción del proyecto colectivo, potencian sus capacidades individuales en un interjuego permanente.

De esta manera, junto con el cambio de la situación habitacional de procedencia, se suceden modificaciones en diversos aspectos de la vida: en las prácticas, en las relaciones y en el proceso de construcción de la propia subjetividad. En este sentido, las personas provenientes de largas internaciones en hospitales neuropsiquiátricos dejan de tener su identidad cristalizada en un diagnóstico y en el único rol posible (auto)limitante de paciente, para devenir en cooperativistas-vecines-militantes-amigues.

En esta misma línea, es interesante destacar que según Saraceno "el derecho no es sólo la casa, sino también la adquisición como proceso de formación de la ciudadanía" (2003, p. 91), cuestión que aquí implica la formación y sostenimiento grupal del entramado humano y organizativo, la participación política como vía de reclamo y propuesta para el acceso a derechos, la puesta en obra y el habitar del inmueble.

A su vez, es totalmente significativo el cambio de percepción hacia la locura o padecimiento mental que acontece en el entorno comunitario, que deja paulatinamente de rechazar, discriminar y estigmatizar, por asociar la peligrosidad y la incapacidad con ello, dando lugar al aprendizaje y construcción de sociedades más igualitarias y democráticas en las que, lejos de ejercer la tolerancia, lo que se practica es la puesta en comunidad del sufrimiento, es decir, se procesa colectivamente y emerge el acompañamiento, la cercanía y el afecto, que ofician también como instancia terapéutica.

Imagen 2: Programa de Inserción Comunitaria MOI - 2007

Fuente: Comunicación MOI

Bibliografía

Goffman, E. (1971). I*nternados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu.

Jaramillo, S. (2021). Reorientación del gran capital hacia lo inmobiliario. *Punto Sur,* (4), 26-46. doi: 10.34096/ps.n 4.10401

Jeifetz, N. (2018). El horizonte autogestionario desde una apropiación práctica y cotidiana del marxismo. Una mirada desde SELVIHP, *Periferias, Revista de Ciencias Sociales, 23*(26), pp. 117–134.

Lefebvre, H. (1972). *La revolución urbana.* Alianza.

Rodríguez, M. C., y Ciolli, V. (2011). Tensiones entre el emprendedorismo y la autogestión: el papel de las políticas públicas en este recorrido. *Revista ORG&DEMO,* 12(1), 27-46.

Rolnik, R. (2018). *La guerra de los lugares: La colonización de la tierra y la vivienda en la era de las finanzas.* LOM ediciones.

Saraceno, B. (2003). *La Liberación de los pacientes psiquiátricos. De la Rehabilitación Psicosocial a la Ciudadanía posible*. Ed. Pax.

La accesibilidad a servicios de salud de las personas en situación de calle. La experiencia de hacer un lugar propio

GIGLIA, Silvia.
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA)

Contacto: gigliasb@gmail.com

MANOLIOS, Lorena.
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA)

Contacto: lorenamanolios@gmail.com

PITMAN, Sara.
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA)

Contacto: sararpitman@hotmail.com

Proponemos el presente escrito como un texto para debatir, con el anhelo de enriquecer las actividades puestas en marcha en los servicios de salud que trabajan con personas en situación de calle. Recordamos y recorremos las estrategias implementadas desde los equipos de Atención Primaria de la Salud frente a la emergencia de personas en situación de calle, haciendo eje en la accesibilidad a los servicios de salud. Tomaremos un recorte temporal de acciones que se pusieron en práctica en una zona céntrica de un municipio del Conurbano.[1] El período a trabajar va desde fines de agosto de 2017 hasta mayo de 2022, interrumpido el 20 de marzo de 2020 hasta febrero 2021, por el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en la pandemia por Covid 19.[2]

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, la Atención Primaria de la Salud es "un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su *distribución equitativa* mediante la aten-

ción centrada en las *necesidades de la gente* tan pronto como sea posible".[3] Concepto tan sencillo de enunciar, como complejo de sostener en la cotidianeidad; más cuando el padecimiento desborda los límites de nuestra práctica habitual, tal como relataremos a continuación.

Invisibles- Hipervisibles

"Quienes están en situación de calle se convierten en parte del paisaje urbano" (Di Iorio, 2023, p. 66). Ser parte del paisaje urbano enuncia la condición de invisibilidad de las personas en situación de calle. Sin embargo, "existen perspectivas que complejizan esta idea de la invisibilización, poniendo de relieve que son, a la vez, hipervisibilizadas por los sistemas de control social" (p. 64). En esta línea, afirmamos que las personas "invisibles" pasan a "hipervisibles" cuando algo del exceso se pone en juego: la muerte de una persona en situación de calle por frío, la intervención desmedida/inadecuada de parte de las fuerzas de seguridad, formas violentas de resolución de conflictos o cualquier otra de las tantas situaciones de riesgo que la calle impone. Agregamos que la hipervisibilidad también se expresa cuando aumenta el número "habitual" de personas en situación de calle.

Ver, leer, escuchar

Dado el incremento de personas en situación de calle en 2017, especialmente en las zonas céntricas del municipio, los vecinos comenzaron a manifestarse en las redes (que permiten una condición anónima y virtual) reclamando a las autoridades ocuparse del tema. La Dirección de Emergencias del municipio tomó esta demanda, refiriendo que, cuando el Servicio de la Línea 107 acude a asistir a las personas, la mayoría se rehúsa a ser atendida. Ante esta situación, desde las Direcciones de Salud Mental y Trabajo Social comenzamos a pensar la posibilidad de abordajes en conjunto.

En un primer movimiento, dos profesionales -psicóloga y trabajador social- recorrimos la zona para entrevistarnos con las personas en situación de calle, lo que resultó tanto en diálogos establecidos como en rechazos. Sin embargo, de este primer relevamiento, inicial y poco estructurado, pudimos registrar la existencia de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) trabajando con la misma población.

Tomamos contacto con estas organizaciones y formalizamos una reunión. A partir de esto, como un segundo momento y con más datos que aportó el Servicio de Emergencia, comenzamos a entender que el rechazo se expresaba muchas veces en la negativa a ser trasladados por la ambulancia en situaciones de enfermedad.

Teniendo en cuenta la actividad que realizaban las ONGs, concluimos, junto con ellas, que la problemática no cubierta ante la cual podía responder Salud Pública era la dificultad en el acceso a los servicios de salud.

Barreras, recursos y puesta en marcha de una respuesta

En las entrevistas con las personas en situación de calle encontramos variadas razones que impedían el acceso a los servicios de salud, entre ellas haber sido rechazadas en una primera consulta. En otros casos, deciden no regresar ya que no han "cumplido" con las indicaciones o tratamientos. Asimismo, hay quienes entienden que el hospital o el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) no es un "lugar para ellos", que no les corresponde, lo cual ilustra cómo las barreras para acceder a los servicios no pueden pensarse sólo desde la oferta de los mismos, sino como "una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios, y las condiciones y representaciones de los sujetos, y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios (Stolkiner y Otros, 2000, p. 282).

En cuanto a los recursos, contábamos con materiales municipales que entendimos debían ser adaptados respecto del personal. Se convocó a todos aquellos pertenecientes a la Dirección de Atención Primaria municipal que desearan participar de la experiencia fuera del horario de trabajo con el pago de horas extra. Entendimos esta oferta de trabajo como una respuesta laboral frente a un emergente y anhelamos que con el tiempo se constituya en trabajo genuino, esto es, en una relación laboral estable con la incorporación de nuevos cargos. Por otro lado, Salud Pública del municipio nos ofreció un tráiler, el cual alternativamente se situaba en diversos puntos del municipio para actividades de promoción y prevención de la salud. Sin embargo, vimos que la estructura del tráiler, que era voluminoso, llamativo, cerrado, con una sola puerta, ventanas pequeñas, con una escalera para ingresar y múltiples letreros que lo muestran como una dependencia estatal, no ayudaba a la accesibilidad que buscábamos. Decidimos entonces utilizar un gazebo y poner en marcha una respuesta a la situación.

Puesta en marcha de la respuesta

Entendimos al gazebo como un CAPS en la calle. El gazebo se armaba una vez por semana de 18 a 21 hs. en el lugar donde las ONGs brindaban la cena, como táctica para facilitar la accesibilidad en el territorio. Llegamos a contar con enfermeras, odontóloga, médico clínico, trabajadores sociales, psicólogos, obstétrica, técnico en electrocardiograma, administrativa y chofer. Queremos destacar los roles de estos últimos.

El rol del chofer a cargo de un móvil, fue transportar materiales, medicación, vacunas, etc., pero también colaboraba con el armado y desarmado de la estructura y permanecía durante toda la actividad atento a cualquier eventualidad de transporte o mantenimiento. En cuanto al papel de la persona que se encargaba de la administración, fue fundamental, responsabilizándose de armar y organizar las historias clínicas que se le confeccionó a cada consultante.

Los primeros acercamientos respondieron a la curiosidad de las personas y a nuestra oferta de conversar, controlar la tensión arterial, vacunación, curaciones etc. A partir de allí, las personas comenzaron a entrar en diálogo con nosotros y muchos de estos primeros encuentros derivaron en consultas e inicios de tratamientos en salud mental. De este modo, cada psicóloga fue organizando agenda para la atención semanal con horario fijo, procurando, si bien en la calle, algún espacio para resguardar la intimidad. Desde los trabajadores sociales se iniciaron gestiones respecto a la orientación y seguimiento de trámites para pensiones, documentos y medicación. La odontóloga se ocupó de actividades de prevención y la distribución de materiales para el aseo y la prevención. Se tomaron muestras para análisis de HIV y sífilis.

Finalmente, como sucede en los CAPS, en tanto puerta de entrada al sistema de salud, algunas de las situaciones requirieron de atención en el segundo nivel. En estos casos, las derivaciones se efectuaron tomando contacto telefónico con los profesionales de los CAPS y/o del segundo nivel, procurando siempre hablar con quienes tuvieran una recepción amigable. En resumen, el equipo de profesionales se ocupó de las mismas tareas que cada uno desarrolla en sus CAPS de origen.

Parte del paisaje de los martes, parte del perfil del centro de atención que se fue construyendo

Con el tiempo se fue configurando un perfil de centro de atención primaria. Comenzábamos a ser parte del cotidiano de las personas en situación de calle. Nos reconocíamos mutuamente y nos llamábamos por nuestros nombres. El equipo de profesionales en su conjunto estaba al tanto de cada situación. La historia clínica tuvo un lugar preponderante, entendiendo también su efecto en la subjetividad de las personas. No se trató de una atención casual o esporádica. Hubo registro y seguimiento. Respecto a lo dicho, creemos que nuestro aporte se constituyó en un intento de reconfigurar la representación de los sujetos (trabajadores y consultantes) en función de la utilización de los servicios del estado. Para los profesionales, correrse de un discurso hegemónico, y para los consultantes, comenzar a correrse de la idea de excluidos y acceder a los derechos que debieran tener garantizados

En cuanto a la figura del gazebo: un techo con cuatro columnas en la que personal y consultantes circulan, entran, salen, están en un adentro-afuera. Lo fuimos pensando como una metáfora de la propuesta que logramos ir armando conforme aprendíamos y reajustábamos el trabajo. Asimismo, en el territorio que se configuraba se dieron situaciones espontáneas, como cuando un grupo de niños formaron una rueda para conversar con una de las psicólogas, esta se sentó en el piso, luego ellos también se sentaron y a partir de allí cada martes se juntaron para hablar. No todas las situaciones espontáneas fueron agradables, dado que también hubo peleas que algunas veces terminaban con intervención policial. Este señalamiento nos surge a partir de la intención de no "romantizar" estas experiencias, sino problematizarlas en toda su complejidad.

Hacer propio un lugar

Es cierto que, en varias oportunidades, frente alguna situación de agresión, fueron los mismos pacientes (ahora nuestros pacientes) quienes intervinieron para diluir el conflicto: "acá no… acá no" se decían, dirigiéndose a quienes estaban peleando alguna vez.[4] Este fue para nosotros un claro indicador de que las personas empezaban a apropiarse del espacio.

En este sentido, no fueron pocos quienes, frente a la demora en una derivación al segundo nivel, manifestaron su protesta. Recordamos a un paciente de una de las psicólogas que dio cuenta de su disconformidad con la profesional por tomarse vacaciones. Ahora, aquellos que no se asomaban al hospital por sentir que no pertenecían, hacían valer sus derechos. Algo de la accesibilidad se había puesto en marcha.

Estas situaciones que recortamos, entre otras, nos hacen pensar que el espacio, la unidad sanitaria en la calle, fue en definitiva el resultado de una co-construcción. A partir de esto ponemos en cuestión una expresión que lamentablemente se escucha con frecuencia: "bajar al territorio". Entendemos que no tenemos que ir al territorio. Estamos en el territorio. Con las personas en situación de calle compartimos el cotidiano, están ahí como nosotros, van y vienen, acaso con la diferencia de saber que nuestro camino tiene al final un hogar que nos aloja.

El espacio se configura como lugar propio si nos sentimos como parte de un todo. Ese territorio es nuestro territorio, parte de nuestro cotidiano. El mismo cotidiano de las personas en situación de calle.

A modo de conclusión

Reclamos de vecinos en las redes sociales. Reclamos que nunca supimos si demandaban asistencia para las personas en situación de calle o la recuperación estética de una zona céntrica. Un servicio de emergencia sin

las herramientas adecuadas para no ser rechazados por las personas en situación de calle. Una multiplicidad de voces en un amplio abanico, desde la caridad al ocultamiento.

En un inicio no nos quedaba claro para qué nos convocaban: nuestra respuesta fue salir a entrevistarnos con los que NO demandaban.

Ofrecimos entonces lo que desde nuestro lugar teníamos para ofrecer. A quienes somos nombrados como del *campo psi* nos resuena la siguiente frase "he logrado, en suma, lo que en el campo del comercio ordinario quisieran poder realizar tan fácilmente: con oferta, he creado demanda" (Lacan, 1958/1987).

Hoy, con la distancia temporal de aquella experiencia, pensamos a la luz de algunos conceptos teóricos a los cuales accedimos en primer lugar desde la práctica, en particular, la accesibilidad a los servicios de salud. Entendemos que hay conceptos que debemos seguir pensando: territorio, dispositivo, inclusión, intervención, empoderamiento.

Creemos haber aportado al debate de las experiencias respecto de qué respuesta ofrecer cuando la demanda es difusa y viene de un lugar diverso al de los damnificados. Nos alienta seguir pensando cuestiones que surgen al escribir sobre esta actividad y preguntas que no paran de emerger ¿No caemos, los profesionales en sobreentendidos o lugares comunes al momento de dar cuenta de nuestro trabajo? ¿Cómo pensar, por ejemplo, la idea de inclusión si quien debe incluirse en una dinámica preexistente es el trabajador de salud? ¿Debemos arrogarnos la "virtud" de incluir? ¿Quién empodera a quién? ¿Desde qué lugar?

Revisar prejuicios, representaciones, no forzar los hechos para que cuadren con la teoría. Tal vez esta sea una de las claves.

Bibliografía

Di Iorio, J. (2023). Intersecciones entre Salud Mental y situación de calle: Una aproximación desde la perspectiva de derechos humanos. *Revista CUESTIÓN URBANA*, (13), 63-77.

Lacan, J. (1958/1987). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2,* (pp. 559- 616). Siglo XXI.

OMS y UNICEF. (s/f). *A vision foí píimaíy health caíe in the 21st centúy: lowaíds UHC and the SDG.* Disponible en: https://bitly.ws/ZRbm

Stolkiner, A. y otros. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En *La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales.* Dunken.

Notas

1. No consignamos la ubicación exacta de la zona a fin de preservar la identidad de las personas participantes de la experiencia.

2. Sabemos que la actividad que presentamos recortada en el tiempo sigue actualmente desplegándose, aunque quienes esto escribimos ya no pertenecemos a ella, por razones de jubilación en un caso y de cambio de funciones en otro.

3. El subrayado es nuestro.

4. Entendemos que el término adecuado es usuario. Nos permitimos esta licencia habida cuenta de la familiaridad que manejamos con el término. Agregamos que algo similar nos ocurre con el concepto CAPS, que a pesar del tiempo transcurrido, nos referimos a él como Unidad Sanitaria. Un ejemplo que ilustra que leyes y reglamentaciones son una parte del cambio en las prácticas.

"A diez años de la sanción de la ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible" de Silvia Faraone y Alejandra Barcala, publicado en Teseo Editorial

PAL, Tomás.
Psicólogo y editor. Ex residente en Salud Mental. Doctorando en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús. Integrante de la editorial Coloquio de Perros. Autor del libro *Institucióipatas. Ensayo sobre prácticas manicomiales en un hospital general.*

Contacto: tomas_pal@hotmail.com

A diez años de la sanción de la ley Nacional de Salud Mental es un libro atípico, poco convencional en nuestro ámbito. Es preciso, su bibliografía funciona como un archivo de prácticas situadas y sabe aprovechar las virtudes de la gimnasia académica. Pero además, las ideas aparecen plasmadas en una narración construida "desde la memoria", cuyo estilo coloquial y cinético —"rutero", según las autoras— permite trasladarse con ligereza de un tema al otro. Incluso alterar el orden de la lectura no ofrece ninguna resistencia.

Respecto al método, es imperioso destacar el valor que adquiere la "perspectiva particularmente situada" (p. 21). "Una cartografía posible" indica sin rodeos que podría haber otras. Se requiere humildad intelectual para incluir un subtítulo así.

Que la perspectiva sea "situada" permite, entre otras cosas, desembarazarse del recurso a la propia experiencia como certeza auto-engendrada, con los riesgos que conlleva. Que nadie se engañe: escribir de esta forma

puede parecer sencillo, pero no lo es. Para quitarse la duda alcanza con intentarlo.

A diez años de la sanción de la Ley... visibiliza y describe las victorias, los retrocesos y las contradicciones que se objetivan en la lucha por la legitimación jurídica y simbólica del campo. Es decir, del relevamiento de la psiquiatría clásica como campo autónomo, cuyos efectos deshumanizantes ya han sido suficientemente descritos por usuarios, psicólogos, sociólogos, antropólogos, psiquiatras, organismos de derechos humanos, novelistas, poetas, etc., aunque no zanjados.

El índice está organizado en tres grandes apartados, conforme a los trazos cartográficos correspondientes: iniciales, pendientes e imprescindibles. El primer apartado está destinado a un análisis multidimensional de la sanción en 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental, reglamentada en 2013. El segundo apartado versa sobre el terreno propiamente dicho de lo que llamamos "campo de la Salud Mental". Por último, el tercer apartado —quizás el más importante— está brindado a la caracterización y el relevo de los actores emergentes. Faraone y Barcala lo resumen así: "Sus experiencias y sus luchas antimanicomiales propician la necesidad central de resignificar las prácticas" (p. 23).

Por estar tejido el libro con una hebra disciplinaria mixta, la interdisciplina merece una atención particular. Cuando se habla de interdisciplina, de lo que se trata fundamentalmente es de la redistribución del poder. Esto último es muy importante, ya que el poder es en gran medida algo que se experimenta, no únicamente algo que circula. En el trabajo interdisciplinario, la distancia entre la teoría y la práctica —que muchos juzgarán un problema a resolver— deviene una condición necesaria para salir de la autosuficiencia solipsista de los estudios disciplinarios. Y tiene sentido, si uno acuerda con la idea de que siempre llevamos cierto retraso respecto a las prácticas, lo cual no es ningún defecto, sino una condición para sortear el vicio protocolar que reniega del situacionismo. El buen trabajo de Silvia Faraone y Alejandra Barcala colabora en su elucidación retrospectiva.

Siempre conviene seguir las huellas de la historia de las prácticas. "Se trata de recuperar los posicionamientos ético-políticos de una generación que nos antecede", aclaran las autoras, pero entonces, ¿qué se perdió y cómo? La pregunta permanece abierta. Remito al lector a los textos de Emiliano Galende y Vicente Galli, sus (nuestros) referentes generacionales.

Como mapa, este libro resulta fundamental para comprender los límites siempre difusos del campo y sus actores involucrados. Reconozco un gesto conflictivo en el afán de revalorizar desde afuera la perspectiva y la voz de los usuarios. Rápidamente, pareciera tratarse de una emancipación sostenida en la asimetría de siempre.

Habría que dejar que cada quien haga su juego. Sin embargo, ¿cómo sería eso posible sin invitar al otro a que apueste sus fichas? La clave, entonces: permitir jugar.

El libro constituye un aporte fundamental para quienes se dedican a tareas asistenciales en instituciones de salud mental, donde se bascula entre el heroísmo sacrificial y el pesimismo celebratorio, como supo plantearlo con brillantez el historiador Ignacio Lewkowicz. Resulta imprescindible recomponer el problema en términos de trayectorias. Una de las ambiciones metodológicas del texto y su razón de ser.

Nuestra misión como trabajadores de la salud mental no es reemplazar al Estado, a los padres o al Espíritu Santo. Y bien sabemos sobre los efectos degradantes que produce la inversión de la demanda, con la desilusión que trae aparejada cuando el otro, por suerte, no está a la altura de ciertas expectativas. Los recursos son limitados, pero eso no significa que sean escasos; y de serlo, se requiere "convertir la queja en protesta", como dijo Emiliano Galende.

Limitarse a recomendar la lectura de este libro sería un gesto corto. Más aún tratándose de un trabajo dispuesto a ocupar un lugar vacante. Los libros también pueden tomarse a la ligera, como en cualquier otra actividad. Nada garantiza que pasen grandes cosas.

Aconsejo entonces estudiarlo. Que se estudien sus alcances, por tratarse de un libro tentacular.

Prácticas comunitarias de cuidado de la salud mental desarrolladas a través de organizaciones sociales y políticas. Un estudio desde la perspectiva de los participantes en el Barrio Villa 20, Ciudad de Buenos Aires, entre 2019 y 2020

IARUSSI, Natalia Daniela
Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Ex residente y jefa de residentes de Psicología Clínica-Salud Mental (Hospital General de Agudos P. Piñero, CABA). Psicóloga de planta (CeSAC 43, CABA)

Contacto: natalia.iarussi@gmail.com

Presentación de Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria
Año de defensa: 2023

La presente tesis surge del recorrido realizado a lo largo de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). El objetivo central de la investigación realizada consiste en explorar y caracterizar las prácticas comunitarias de cuidado de la salud mental desarrolladas por la población de Villa 20 a través de sus organizaciones, y movimientos sociales y políticos. Se plantea como problema principal de investigación cuáles son las características centrales de dichas prácticas y, a partir de allí, cuáles pueden ser consideradas como Prácticas de Cuidado de la salud mental desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria y desde las propias valoraciones de sus participantes.

Se eligió la Villa 20 del barrio de Lugano como ámbito de realización del estudio en la medida en que la

misma se erige como exponente de problemáticas comunes a todas las villas y asentamientos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, una de las características que hacen de Villa 20 un lugar de particular interés para este trabajo es su historia de movilización, organización y lucha en torno a las necesidades y vulneraciones de derechos que presenta su población.

Como antecedentes de esta investigación se incluyen los desarrollos de autores como Galende (2015) y de la Aldea (2005, 2013, 2019) quienes subrayan las significaciones, valoraciones y prácticas de la comunidad como parte del campo de la Salud Mental. En esta misma línea se destacan los aportes del movimiento Salud Colectiva/Medicina Social Latinoamericana que reconoce a los sujetos de la comunidad como productores de cuidados y propone las formas instituidas de "respuesta social" como fuerzas productoras del proceso-salud-enfermedad-cuidado. En este marco, constituyen también valiosos antecedentes las tesis doctorales de Freytes Frey (2007) y Bang (2016), y el proyecto de investigación a cargo de Zibecchi (2014) que dan cuenta de diversas estrategias que desarrollan las poblaciones objeto de estudio para el cuidado de la salud/salud mental. En esta línea, se ubican a su vez las investigaciones realizadas por Chardón (2008), Zaldúa (et al., 2006) y sus respectivos equipos de investigación en torno a las nociones de participación y cuidados.

En estrecha relación con los antecedentes referidos y considerando las sinergias creadas con este proyecto, se estiman referencias fundamentales de esta investigación el trabajo realizado por la Red Internacional de Prácticas y Experiencias de Cuidado en Salud Mental Comunitaria (siendo la UNLa una de las instituciones participantes), así como también el Proyecto de Investigación "Covid 19, Salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia" realizado a partir de la Convocatoria PISAC-COVID-19 del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación (Bottinelli et al., 2020).

Tomando como referencia el mencionado estado del arte, se introduce un marco teórico amplio acorde a la complejidad del problema de investigación. El mismo, sometido a revisión permanente, incorpora una diversidad de nociones, conceptos y autores de relevancia respecto a los objetivos mencionados y a partir de nuevos emergentes y nudos problemáticos identificados. Así se incluyen nociones como Salud Mental y sufrimiento mental desde una perspectiva comunitaria, la noción de Cuidados en Salud aludiendo a una perspectiva relacional y una ética de los cuidados, asociadas a la reciprocidad, la empatía y el reconocimiento del otro como tal. Asimismo se incorporan los aportes de

los estudios de género y la economía de los cuidados que plantean a los plantea como trabajo, identificando críticamente una división sexual del trabajo y una correlativa feminización de los mismos. Por otra parte, se incorporan también las nociones de comunidad, participación, redes y promoción de la salud en su carácter polisémico, dinámico e histórico.

Desde esta perspectiva, a partir del problema planteado, en esta investigación se parte del supuesto que las personas generan acciones y prácticas para el cuidado de su salud/salud mental y que las respuestas que brinda el sistema formal de salud no constituyen la única alternativa de abordaje existente. Se propone que dichas prácticas surgen sostenidas en las potencialidades y recursos de los miembros de la comunidad y también en respuesta a vacíos del Estado. En este sentido, la participación comunitaria, heterogénea y dinámica, opera como motor de salud/salud mental en comunidad en tanto las personas se erigen como sujetos activos capaces de tomar decisiones en lo referente a los propios procesos de salud-enfermedad-cuidados, poniendo en juego su creatividad y propiciando la conformación de vínculos, redes de contención y la transformación de sus realidades.

En concordancia con el problema de investigación, se opta por realizar un estudio exploratorio-descriptivo adoptando una metodología de trabajo de tipo predominantemente cualitativo. El análisis de los datos se centra en las perspectivas y valoraciones de las y los referentes de las organizaciones, así como de la población entrevistada, ofreciendo a su vez una lectura del material a la luz del entramado teórico utilizado. De acuerdo a la metodología utilizada, el proceso de selección, codificación y análisis de los datos fue permanente, dando lugar así a la redefinición y ampliación del marco teórico y ejes de indagación planteados.

En el trabajo de campo, en primer lugar se realizaron entrevistas dirigidas a referentes de 24 organizaciones sociales y políticas del área a estudiar. Dichas entrevistas permitieron caracterizar, empleando un criterio de saturación teórica, las organizaciones del barrio en dimensiones tales como: objetivos, recursos que utilizan, actividades que desarrollan, formas de participación de la población, redes de articulación, entre otros ejes. En segundo lugar, se realizaron entrevistas en profundidad a personas que residen en Villa 20 y que participan de prácticas generadas por la comunidad a través de sus organizaciones y movimientos sociales y políticos, de acuerdo a un tipo de muestreo teórico intencional y empleando una guía orientativa de preguntas. Tales entrevistas permitieron conocer las formas de participación de la población de Villa 20 en las actividades previamente identificadas, relevar sus concepciones de salud y salud mental, indagar en torno a las formas de

lazo que desarrollan, las herramientas y aprendizajes adquiridos mediante su participación, y las formas en que esto incide en el cuidado de su salud mental, entre otros aspectos. Cabe mencionar que, considerando el contexto temporal de realización de la presente investigación y versando la misma sobre cuidados en salud, se decidió obviar la observación participante como fuente de datos.

Así, finalizado el proceso de investigación se arriba a las siguientes conclusiones y reflexiones finales: la población de Villa 20 implementa acciones en búsqueda de su bienestar y de mejorar su calidad de vida. En este sentido, la participación en las actividades y propuestas de las organizaciones sociales y políticas del barrio constituye un eslabón en la cadena de estrategias de cuidados desplegadas, mayormente asociadas al acceso a alimentación, educación y trabajo como necesidades, existiendo una correspondencia entre los objetivos de las organizaciones y la búsqueda de la población.

Ahora bien, dicha participación, como se presumió desde el inicio de esta investigación, dista de ser unívoca. Se encontraron diversas maneras de participar en las organizaciones sociales y políticas, así como de nombrar las mismas. En algunos casos, dicha participación implica la verbalización de una experiencia u opinión personal, la contribución en el desarrollo de una actividad, el aporte de un espacio u otros recursos. En otros, la inserción inicial deviene en un interés de formar parte activa del funcionamiento de la organización social, sus actividades y luchas; objetivo que también es señalado por las y los referentes entrevistados al aludir a sus iniciativas y convocatorias.

Así, sin desconocer el carácter dinámico de la participación y sus múltiples condicionamientos, en función de lo relevado, se destaca y ratifica el potencial transformador de estas experiencias participativas y por tanto, su caracterización como prácticas de cuidado.

De todos modos, cabe señalar que no se halló por parte de la población una búsqueda intencional de cuidar su salud mental por medio de su participación en las organizaciones del barrio. Inicialmente se trata más bien de su incorporación en actividades que obedecen a la búsqueda de ayuda y contención ante los problemas y sufrimientos de la vida diaria, muchos de ellos asociados a las condiciones materiales de vida y la escasa red socio-familiar, siendo mayormente mujeres quienes forman parte de estas propuestas. Se encuentra así que la participación mayoritaria de mujeres en las bases de las organizaciones barriales contribuye a la configuración del ámbito comunitario como espacio de cuidado para sí y para otros y otras con sus consecuentes retribuciones y cargas.

Así, a la luz de la investigación realizada, se sostiene que es en el marco de estrategias de cuidado más am-

plias que la población encuentra efectos sobre su salud mental. De esta manera, se concluye y reafirma que son necesarias políticas e intervenciones complejas, integrales e intersectoriales para dar respuesta a las necesidades de la población. La integralidad implica tener en cuenta que la salud mental "no es patrimonio de los especialistas" (Freytes Frey, 2007, p. 226) y está estrechamente relacionada con las condiciones materiales de vida y el acceso a derechos. Las organizaciones sociales y políticas son un actor fundamental para y en la generación de respuestas en los barrios en este sentido. Por ende, resulta fundamental que sea también con ellas con quienes se construyan respuestas futuras, sin renunciar al lugar de las y los técnicos quienes, desde sus diversas inserciones e incumbencias, podrán constituirse como facilitadores de estos procesos gestando nuevos puentes.

Bibliografía

Bang, C. (2016). *Creatividad y salud mental comunitaria. Tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva*. Lugar editorial.

Chardón, M.C. (2008). Representaciones sociales de cuidado: entre las prácticas y la noción de alteridad. *Arquivos Brasileros de Psicología, Revista de la Universidad Federal de Río de Janeiro*, (60), 10-19.

de la Aldea, E. (2005). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias. En A. Gallini (coord.) *Los talleres. Cuidar al que cuida.* Editorial Los talleres.

de la Aldea, E. (2013). El arte de cuidar. La importancia del cuidado de equipos profesionales del ámbito psicosocial, familiar y escolar. Ponencia presentada en *Escuela de Verano ONG PAICABI*, Viña del Mar, enero de 2013.

de la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido*. LOM Ediciones.

Freytes Frey, M. I. (2007). *Estudio sobre las estrategias de la comunidad para el cuidado de la salud mental: redes autogestivas y articulaciones con el sistema.* Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria.

Galende, E. (2015). *Conocimientos y prácticas de Salud Mental*. Lugar Editorial.

Zaldúa, G. (comp.). (2016). I*ntervenciones en Psicología Social Comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales.* Editorial Teseo.

Zibecchi, C. (2014). Cuidadoras del ámbito comunitario: entre las expectativas de profesionalización y el 'altruismo'. *Revista de Ciencias Sociales, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales,* (50), 129-145.

Salud mental, inimputabilidad y medidas de seguridad en Argentina. Trayectorias jurídicas e institucionales a partir de un estudio de un caso (2016 – 2017)

POBLET MACHADO, Mariano Andrés.
Licenciado en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magister en Derechos Humanos y Doctor en Salud Mental Comunitaria Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Integrante del Equipo Interdisciplinario de Ejecución Penal, del Cuerpo de Peritos y Consultores Técnicos del Ministerio Público de la Defensa. Docente de grado y posgrado de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y Universidad de Buenos Aires (UBA)

Contacto: marianopoblet@gmail.com

Presentación de Tesis del Doctorado de Salud Mental Comunitaria
Año de defensa: 2021

Desde hace más de 15 años he transitado diferentes unidades penales, buscando la posibilidad de realizar intervenciones desde el trabajo social que problematicen las lógicas penitenciarias y los efectos que genera esta institución en las personas privadas de la libertad. Con dichos objetivos, en el año 2011, me incorporé como parte del equipo interdisciplinario de salud mental del Proyecto de Reforma de la Unidad Nº 20. Dicho proyecto fue creado a partir de las múltiples denuncias de violaciones de derechos humanos de las personas que se encontraban allí alojadas, las cuales presentaban algún padecimiento mental y se encontraban en conflicto con la ley penal. Posteriormente, y a partir de un trágico incendio donde perdieron la vida dos personas que se encontraban detenidas en dicha unidad, se crea el Programa PRISMA (Programa Interministerial de Salud Mental Argentino) dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, y el Ministerio de Salud de la Nación.

Con el trabajo en dicho programa, surgió la necesidad teórica, ética y política de profundizar mis conocimientos para poder abordar las particularidades jurídicas y prácticas relacionadas al entrecruzamiento del campo de la salud mental con la justicia penal, condensadas en la figura de la persona declarada inimputable con medida de seguridad.

Pese a la creencia que la persona declarada inimputable es quien puede eludir algún tipo de responsabilidad y la pena por haber cometido una conducta tipificada como ilegal, por el contrario, se puede aplicar un castigo aún más severo, por su desproporción, que implica un encierro por mayor tiempo que la condena impuesta. Esto se debe a la indeterminación temporal que tiene la medida de seguridad, el cual se encuentra posible de dictaminar en nuestro marco legal vigente.

A su vez, mediante la intervención profesional en PRISMA, he podido conocer una multiplicidad de casos en los cuales las personas fueron declaradas inimputables, pudiendo haber aplicado una medida de seguridad o no. Cada una de estas diferentes ocasiones presentaron sus propias particularidades, dinámicas, formas, mecanismos y resultados diversos del trámite judicial, los cuales tienen, consecuentemente, impactos en la subjetividad de las personas, como también en sus derechos.

A partir de reconocer la complejidad de la intersección entre lo penal y la salud mental, comencé a realizar diferentes posgrados a fin de poder obtener herramientas analíticas con el fin de abordarlas. Fue así que, luego de haber finalizado la Maestría en Derechos Humanos de la UNLa, donde tuve el honor de ser dirigido por la Dra. Alejandra Barcala para la tesis correspondiente, comencé el Doctorado en Salud Mental Comunitaria en la misma casa de estudios. Mi incorporación a este posgrado, me posibilitó abordar en profundidad otros aspectos que nutrían la problematización de mis temas de interés, tanto en clave de investigación como de intervención profesional, el cual se encuentra condensado en la tesis que se comenta en el presenta escrito. Quiero destacar que este estudio fue dirigido excepcionalmente por la Dra. Eugenia Bianchi y la Esp. María Graciela Iglesias. Además de los comentarios, sugerencias y aportes sustanciales que me han realizado, también destaco su acompañamiento en el duro y complejo proceso de su elaboración.

En esta investigación me propuse como objetivo general analizar discursos y prácticas jurídicas y sanitarias, que se despliegan a lo largo de los diferentes espacios que atraviesa una persona declarada inimputable a la que se le impone una medida de seguridad.

A partir de dicho objetivo general, establecí una serie de objetivos específicos que abordan distintos pla-

nos y aspectos a analizar. Entre estos, se encuentran los de describir y analizar el marco normativo y jurisprudencia sobre salud mental e inimputabilidad vigente, tanto nacional como internacional; analizar las figuras de inimputabilidad y de medidas de seguridad existentes en dicho marco normativo a partir de las concepciones de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad; identificar y analizar los actores, mecanismos, la conformación de juntas periciales, la forma de realización de estos peritajes, etc., de los procesos de declaraciones de inimputabilidad; conocer en profundidad cuáles son las trayectorias institucionales, en el ámbito penitenciario y sanitario, que se llevan a cabo para efectivizar las medidas de seguridad; identificar y analizar las contradicciones, solapamientos jurídicos existentes en diferentes procesos de declaración de inimputabilidad y las formas en que son llevadas a cabo a partir de la legislación vigente; e identificar y analizar las prácticas que se llevan a cabo en las declaraciones de inimputabilidad. Para lograr estos objetivos, diseñé una estrategia metodológica enmarcada en los lineamientos de la investigación cualitativa (Forni, Gallart y Vasilachis de Gialdino, 1992; Kornblit, 2007; Vasilachis de Gialdino et al., 2006), utilizando un conjunto articulado de diferentes técnicas. A su vez, siguiendo la clasificación de Hernández Sampieri, se trata de una investigación no experimental (2010).

Para realizar esta investigación, utilicé la estrategia de estudio de caso, en relación a una persona que residía en Tierra del Fuego, el cual fue imputado por un delito en dicha provincia. En esta jurisdicción se llevó un proceso judicial donde se lo declaró inimputable, a partir de pericias realizadas, y se resolvió también la aplicación de una medida de seguridad, la cual se ordenó que se cumpla en el Programa PRISMA. A su vez, a partir del accionar de su defensa oficial, con el paso del tiempo se logró levantar la medida de seguridad impuesta, generándose un dispositivo post penitenciario específico, a partir de la voluntad política del poder ejecutivo de la gobernación de la provincia.

El estudio de casos resultó un enfoque que me permitió analizar diferentes aspectos en este proceso, permitiendo generar nuevos conocimientos a partir de un caso particular (Flyvbjerg, 2004; Simons, 2011; Valles, 1999; Yin, 1994).

Para realizar la investigación he utilizado diferentes fuentes de información, entre ellas; entrevistas, documentos, informes, oficios judiciales, etc. La variedad de fuentes utilizadas buscaban dar cuenta de la complejidad del tema de investigación, las particularidades de un contexto específico y, teniendo en cuenta la multiplicidad de aspectos y miradas sobre el tema y del caso específico, de los diferentes actores involucrados (Vasilachis de Gialdino et al., 2006).

Es necesario aclarar que el caso de análisis fue uno en donde he intervenido en diferentes instancias como trabajador social del equipo tratante asignado durante la detención de esta persona en PRISMA, participando también en lo relacionado a su trayectoria post penitenciaria. Por ello, en la investigación realizada, doy cuenta de mi rol como profesional que interviene en el caso.

Como introducción de la tesis, realizo un desarrollo sobre cómo tomo contacto con la persona del caso de estudio, las particularidades de la sentencia como versión de los hechos, una caracterización demográfica de las políticas públicas de salud mental, del sistema penitenciario y del sistema de administración de justicia de la provincia de Tierra del Fuego. A su vez, analizo las trayectorias penales previas de la persona del caso de estudio, particularidades del rol de su defensa penal y como definió su estrategia defensiva.

En el primer capítulo, realizo señalamientos metodológicos y profundizo una serie de decisiones que he tomado para poder llevar a cabo la investigación, desarrollando los diferentes elementos de análisis que utilizo en la misma.

Posteriormente, realizo conceptualizaciones sobre el sistema penal y la cárcel, partiendo de una mirada crítica de esta última, destacando su funcionalidad de producción y reproducción de un orden social (Daroqui, 2000). Se hace hincapié en la selectividad penal como elemento propio de esta, destacando los procesos de prisionización que se están produciendo continuamente a lo largo de los años en nuestra sociedad. A su vez, analizo los paradigmas vigentes en relación a la función social de la cárcel, y cómo los discursos de resocialización y defensa social atraviesan diferentes actores. Entre ellos, señalo el rol de las diferentes disciplinas y profesionales que intervienen en la ejecución de la pena. Posteriormente, realizo un análisis de la intersección entre la salud mental y lo penal, y como se construyen categorías como la de "loco peligroso", sujeto que, a partir del rol de los medios de comunicación, se transforma en un nuevo objetivo del populismo penal (Castel, 1986; Castel, 2004; Sozzo, 2015; Urios, 2018).

En el capítulo tres y cuatro, realizo un análisis del programa PRISMA desde su creación en el 2011, y el desenvolvimiento del mismo, como así también, un señalamiento de sus principales aportes como política pública de abordaje de problemáticas de salud mental de personas privadas de la libertad por encontrarse en conflicto con la ley penal. Para ello, retomo las resoluciones de su creación como también el análisis de producciones propias (Poblet Machado, 2016; Poblet Machado y Martin, 2016) y de otros autores (Lombraña, 2016, 2017; Mouzo, Galvani, y Ríos, 2017; Mouzo y

Ríos, 2018; Rojas Machado, 2018, 2019, 2020a, 2020b, 2020c, 2021). También realizo múltiples entrevistas a personas que tuvieron un rol destacado en la planificación, ejecución y puesta en marcha del programa. Toma un rol relevante la resoluciones de su modificación del año 2018, la cual cristaliza los cambios en las políticas públicas que se venían llevando a cabo a partir de la administración de la Alianza Cambiemos, caracterizado por una disminución y/o achicamiento de aquellas políticas sociales y de salud, y en paralelo, un aumento y endurecimiento de políticas de seguridad y represivas.

En el capítulo cinco, realizo un análisis normativo sobre salud mental, y la figura de la inimputabilidad y la medida de seguridad de nuestro código penal. Para ello, señalo a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad como un elemento central que posibilita problematizar la inimputabilidad y las medidas de seguridad. Destaco que, pese a los avances relacionados al marco normativo nacional e internacional que abordo, la figura de la inimputabilidad y las medidas de seguridad permanecen inalteradas desde 1921, la cual refleja las concepciones teóricas, éticas y políticas propias de la época.

También realizó, en el capítulo seis, un análisis comparado de cómo la inimputabilidad y las medidas de seguridad se definen en otros países de América Latina. Esto lo abordo desde la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. También recopilo la jurisprudencia internacional (Casos Ximenes Lopes c/ Brasil, Congo c/Ecuador, Porco c/Bolivia, Shtukaturov c/Rusia y Medina Vela c/México) y nacional ("RJM", "Tufano", "Antuña", "C., J. C. c/Ejército") sobre el cruce entre la salud mental y la justicia. En cada uno de ellos, recojo elementos que buscan garantizar derechos de las personas con problemáticas de salud mental y su relación con el sistema de administración de justicia. Por último, analizo las propuestas sobre inimputabilidad y medidas de seguridad que efectuaron los últimos dos grandes proyectos de reforma del código penal, realizados por la "Comisión Zaffaroni" (2012) y la "Comisión Borinsky" (2017).

En el capítulo siete, analizo la pericia realizada en el caso de estudio. Para ello, comienzo a reconocer su función social y sus particularidades como dispositivo de poder (Castel, 2009). Diferentes aspectos de la pericia realizada son abordados teóricamente a partir de la perspectiva de Michael Foucault (1996, 2000, 2002, 2007). Es así que examino la pericia realizada en el caso, en función de su rol en la construcción de subjetividades, su intención clasificatoria de los sujetos, el discurso ubuesco que poseen estos documentos, el rol que tienen aspectos morales en lo pericial, la construcción del "médico-juez" como figura que define el destino de los sujetos, y la vigencia de la peligrosidad y la anormalidad

como categorías analíticas utilizadas. También, y a partir de las particularidades que posee la pericia realizada, problematizo el uso de legajos criminológicos de la persona imputada en el análisis realizado por el perito.

En el octavo capítulo, analizo la sentencia del caso y el devenir de esta persona durante el encierro en PRISMA, lugar donde se lo derivó para cumplir la medida de seguridad impuesta. Resulta interesante abordar las discusiones que se recogen en la sentencia del caso, ya que a partir de un "revisionismo histórico" sobre la vida de este sujeto, se utilizan documentos como la historia clínica del efector de salud local, del legajo criminológico y la reconstrucción de su último periodo en libertad. A su vez, la sentencia reconstruye cómo se determinó la medida de seguridad y el lugar donde efectuarlo. En este sentido, este caso tuvo la particularidad que se llevó un diálogo inter poderes provinciales, donde analizaron y definieron qué hacer con la persona, a partir de las políticas públicas sanitarias y locales existentes en Tierra del Fuego.

El capítulo nueve recorre el periodo desde el ingreso de esta persona a PRISMA hasta que recuperó la libertad. En este proceso, además de la estrategia judicial conducida por su defensa penal, se destacaron particularidades del caso, relacionada con las dificultades de regreso de esta persona a su comunidad, a partir del deterioro de sus lazos sociales, como también del estigma que poseía en la misma. Abordo en este apartado las estrategias realizadas por su defensa y como el poder ejecutivo provincial realiza un dispositivo post penitenciario específico para que se pueda levantar la medida de seguridad impuesta. También planteo, a modo de duda, si esta estrategia no termina siendo una forma de continuar con un destierro de la provincia de esta persona.

Cabe destacar que, en diferentes momentos de la tesis, señalo particularidades propias de la intervención del trabajo social. Esta puede ser relacionada al rol profesional en la cárcel, en el campo de la salud mental, en PRISMA, como también a su posible rol en lo pericial.

Por último, planteo conclusiones para cerrar la investigación, a partir de la multiplicidad de aspectos abordados. La investigación tiene como objetivo poder incorporar y analizar la multiplicidad de aspectos que se ponen en juego en un caso concreto de una persona que es declarada inimputable y se le ha impuesto el cumplimiento de una medida de seguridad. Este caso puntual, da cuenta de lo complejo del tema, complejidad que se pone en juego en cada situación en que se determina a una persona declarada inimputable y se dictamina una medida de seguridad. Es decir, no hay un procedimiento habitual, sino que dependerá de las propias particularidades del caso y una multiplicidad de aspectos, como los abordados en la tesis.

Por último, quiero señalar que mi interés fue poder incorporar las discusiones legales y jurídicas sobre la inimputabilidad y la medida de seguridad, sumando también otros elementos que entran en relación en cada situación concreta, como lo son las políticas públicas de salud, de salud mental, penitenciarias y propias del sistema de administración de justicia de las jurisdicciones locales. Todos estos elementos, son los que cotidianamente tienen un impacto en la subjetividad de las personas con padecimiento mental en conflicto con la ley penal y con sus derechos.

Bibliografía

Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En F. Álvarez-Uría y J. Varela (Eds.), *Materiales de sociología crítica* (pp. 119–127). Editorial La Piqueta.

Castel, R. (2004). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?*. Ediciones Manantial.

Castel, R. (2009). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Editorial Nueva Visión.

Daroqui, A. (2000). La Cárcel en la universidad: el discurso penitenciario en la normativa y prácticas interinstitucionales. En A. Fabre y M. M. Nari (Eds.), *Voces de mujeres encarceladas*. Catálogos.

Flyvbjerg, B. y Casado, M. T. (2004). Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante los estudios de caso. *Reis*, (106), 33. JSTOR.

Forni, F. H., Gallart, M. A., y Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos Cualitativos II: La Práctica de la Investigación*. Centro Editor de América Latina.

Foucault, M. (1996). *La vida de los Hombres Infames*. Editorial Altamira.

Foucault, M. (2000). *Los Anormales*. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.

Hernández Sampieri, R., Fernandez Collado, C. y Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la Investigación. Metodología de la investigación* (Quinta Edi.). McGraw-Hill.

Kornblit, A. L. (2007). *Metodologías Cualitativas en Ciencias Sociales*. Editorial Biblos.

Lombraña, A. N. (2016). Territorios psiquiátricos de la prisión: los servicios de salud mental en cárceles federales desde una perspectiva etnográfica. *Revista de Historia de las Prisiones*, *3*, 35–52. Disponible en https://bit.ly/3wzV8oC

Lombraña, A. N. (2017). También es una cárcel esto, aunque más tirando a lo terapéutico: prácticas, discursos y sentidos penitenciarios en torno a los servicios psiquiátricos del SPF. *Vox Juris*, *33*(1), 53–68. Disponible en https://bit.ly/3eamcVf

Mouzo, K., y Ríos, A. L. (2018). Programas de atención psiquiátrica y gobierno del espacio carcelario en el Servicio Penitenciario Federal Argentino. *Revista Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (53), 13–37. Disponible en https://bit.ly/3i2rWRV

Mouzo, K., Galvani, M., y Ríos, A. L. (2017). *Muertes en contexto de encierro bajo la custodia del Servicio Penitenciario Federal : salud, justicia y violencia del sistema penal: informe de investigación*. Defensoría General de la Nación.

Poblet Machado, M. A. (2016). *La relación entre la salud mental y justicia penal. El impacto de la incorporación de normativa de Derechos Humanos en Salud Mental en el sistema de administración de justicia penal del Poder Judicial de la Nación*. Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Buenos Aires, Argentina. Disponible en https://bit.ly/3k5nSD8

Poblet Machado, M. A., y Martin, E. D. (2016). Salud Mental, sistema penitenciario federal y Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. Tensiones e intervenciones en problemáticas sociales complejas. *Margen - Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, *82*(6). Disponible en https://bit.ly/3yM5sLN

Rojas Machado, M. (2018). Territorios, fronteras y permeabilidades. Un análisis espacial de las relaciones sociales dentro de un pabellón psiquiátrico-penitenciario de la República Argentina. *PUBLICAR. En Antropología y Ciencias Sociales*, (25), 63–84. Disponible en https://bit.ly/3i5xhrs

Rojas Machado, M. (2019). Cuerpo y socialización: entre la cárcel y el hospital psiquiátrico. *Avá. Revista de Antropología*, (34), 75–100. Disponible en https://bit.ly/3AXQFPO

Rojas Machado, M. (2020a). Los padecimientos mentales al interior de la prisión. Abriendo un campo de experiencias. *Revista del Ministerio Público de la Defensa de la Nación*, (15), 137–149. Disponible en https://bit.ly/3ySyr0e

Rojas Machado, M. (2020b). Mas allá de los criterios disciplinarios. Un estudio etnográfico sobre las decisiones de admisión en un pabellón psiquiátrico-penitenciario en la República Argentina. *Papeles de Trabajo. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*, (39), 94–134. Disponible en https://bit.ly/2TUd8Nl

Rojas Machado, M. (2020c). Inimputables en contextos penitenciarios argentinos. La tensión entre asistencia y estado de excepción desde una lectura de Giorgio Agamben. *Question/Cuestión*, *2*(66), 30. Disponible en https://bit.ly/3wBk5ji

Rojas Machado, M. (2021). *Entre la cárcel y el hospital psiquiátrico. La atención de la salud mental en un establecimiento penitenciario federal de la provincia de Buenos Ai-*

res. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.

Simons, H. (2011). *El estudio de caso: teoría y práctica.* Ediciones Morata.

Sozzo, M. (2015). *Locura y crimen: nacimiento de la intersección entre el dispositivo penal y psiquiátrico*. Ediciones Dibot.

Urios, R. A. (2018, noviembre). *La construcción de la figura del "loco peligroso" en los medios de comunicación impresos diario El Día y diario Hoy*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Periodismo y Comunicación Social, La Plata, Argentina. Disponible en https://bit.ly/3yQ2ea1

Valles, M. S. (1999). *Reflexión Metodológica y Práctica Profesional* (Primera Re.). Editorial Síntesis.

Vasilachis de Gialdino, I., Ameigeiras, A., Chernobilsky, L., Giménez Béliveau, V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., Neiman, G., et al. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa.* Editorial Gedisa.

Yin, R. K. (1994). *Investigación sobre estudios de caso*. SAGE Publications.

Sentipensares a propósito del II Encuentro de la Red Latinoamericana y Caribeña de Salud Mental Colectiva y Buen Vivir

GONZÁLEZ, Natalia.
Psicóloga (Universidad Nacional de Córdoba). Especialista en Salud Mental (Universidad Nacional del Nordeste, Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco). Psicóloga del equipo del Servicio Integral Amigable para Adolescentes en Salud Pública (SIAPA-Pcia. Roque Sáenz Peña, Chaco). Co-coordinadora de la Comisión Nacional de DDHH de la FePRA (Federación de Psicólogas y Psicólogos de la República Argentina). Integrante de la coordinación general de la Red Latinoamericana y Caribeña de Salud Mental Colectiva y Buen Vivir

Contacto: nataliamlg2@gmail.com

El 18 de julio del 2023 la Red Latinoamericana y Caribeña de Salud Mental Colectiva y Buen Vivir (red temática de Salud Mental, de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva [ALAMES]) celebró en Argentina su II Encuentro, en el marco del XVII Congreso de ALAMES, el cual tuvo por lema "Sindemia, reconfiguración en el mundo y lucha por el buen vivir", en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, entre el 17 y 21 de julio del 2023.

Este encuentro reunió a personas trabajadoras, profesionales, investigadoras, usuaries, referentes de organizaciones comunitarias y referentes históricos del campo de la salud mental de 11 países de Latinoamérica. Compañeres con quienes al encontrarnos vamos construyendo tramas, habitando otros modos de hacer. Al decir de Analía Zelaya (2023), psicóloga compañera de la red:

Cuando unx decide andar los caminos del hacer en Salud desde una mirada contra hegemónica y comuni-

taria se encuentra con esas voces militantes, creadoras, propulsoras, motores incansables de una propuesta de humanización en las prácticas en salud. Soñadores revolucionarios que insisten en la perspectiva de derechos y comunitaria como campos que posibilitan la salud mental en nuestros pueblos. Encontrar con quién acompañarte en esos movimientos necesarios para continuar estos caminos. (Zelaya, 2023)

Red Latinoamericana y Caribeña de Salud Mental Colectiva y Buen Vivir

La Red comienza a gestarse poco antes de la pandemia de COVID-19 en el año 2019 a partir de la propuesta de los cursos abiertos y gratuitos de *Salud Mental Colectiva y Buen Vivir* promovida por José León Uzcátegui, médico psiquiatra referente de la lucha por el derecho a la salud en Venezuela. Se constituye como Red temática de ALAMES, en la Asamblea llevada a cabo en noviembre del 2021, en el XV Congreso celebrado en República Dominicana.

Los cursos son llevados a cabo de manera virtual, autogestionada, en forma de encuentros, conversatorios y actividades creativas. Uno de sus objetivos es la búsqueda de la necesaria reconceptualización en el campo de la salud mental, a partir del diálogo de saberes y del bagaje teórico de variados referentes tales como; la Medicina Social, que implica la Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica; la Cosmogonía Indígena Andina Ancestral, con su propuesta del Buen Vivir/Vivir Bien; el Pensamiento Complejo y su planteamiento de la Transdisciplinariedad; y el Pensamiento Decolonial, que asume la perspectiva de la Colonialidad del Poder, del Saber y del Ser y devela el carácter ideológico del pensamiento eurocéntrico. Por otra parte, busca articular saberes y prácticas a partir de un hacer que se va construyendo de manera colectiva y situada entre trabajadores, comunidades, colectivos, estudiantes, docentes, profesionales, activistas, organizaciones sociales y personas de Latinoamérica que nos sentimos convocadas por la propuesta.

Durante el recorrido del curso, que para el 2024 irá por su 5ta edición, nos encontramos personas de diferentes países de Latinoamérica y el Caribe (Chile, Ecuador, Venezuela, Uruguay, Paraguay, Argentina, Colombia, Brasil, República Dominicana, Perú, Bolivia y México) con quienes compartimos e intercambiamos diversas experiencias, prácticas, saberes, problemáticas y preocupaciones en torno a lo que venimos llamando salud mental colectiva y buen vivir. Buscamos visibilizar otros modos de pensar y hacer, promoviendo una salud mental alternativa a lo largo y ancho de nuestra Abya Yala (América).

Tal como refiere José León Uzcátegui, en un material interno de la red escrito en 2021 titulado *Coronavi-*

rus: Salud Mental Colectiva, crisis civilizatoria y Buen Vivir:

Salud Mental Colectiva y Buen Vivir forman parte de un nuevo paradigma que comienza a senti-pensarse, a escribirse y practicarse a lo largo y ancho de nuestra Abya Yala (bautizada durante el genocidio como América). La desmanicomialización, la despsiquiatrización, la desbiologización, la desmedicalización, la desmercantilización, la descolonización, la despatriarcalización, forman parte de este proceso en marcha en nuestro Continente. Ante la crisis civilizatoria, crisis del capitalismo que estamos viviendo, se trata de proponerse la construcción de contra-hegemonía cultural; es plantearse una nueva manera de vivir, de pensar, de hacer, de organizarse, que enfrente el proyecto tanático, el proyecto de muerte, del neo-liberalismo que amenaza con imponerse a sangre y fuego, con guerras convencionales y no convencionales en nuestros países.

Organizando el II Encuentro

Previo al XVII Congreso de ALAMES, resultaba importante poder encontrarnos por país, por región, por provincia. Poner en común las problemáticas y desafíos en nuestros territorios, intercambiar miradas, saberes, sentidos, experiencias, estrategias, en qué andábamos, qué propuestas para el abordaje del malestar singular y colectivo, con quiénes, con qué políticas públicas y normativas contábamos, con cuáles no, cuáles fueron los avances y retrocesos en la transformación del sistema de atención de la salud en nuestras regiones, qué aprendizajes y saberes necesitamos para nuestras luchas, para el buen vivir.

Es así que, en el caso de Argentina, durante el mes de mayo del 2023, organizamos dos experiencias de Pre-Encuentro, una de ellas realizada en Buenos Aires en la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), y otra en la Ciudad de Córdoba, en la sede de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE). Dos propuestas distintas para hablar de la situación de la salud mental en nuestra ciudad, localidad, barrio, provincia, país y región, incluyendo diversidades de voces, en clave de Salud Mental Colectiva y Buen Vivir.

De los encuentros participamos trabajadores de la salud, estudiantes, investigadores, docentes, profesionales, usuaries de salud mental, familiares de usuaries, referentes de organizaciones sociales y comunitarias.

De estas discusiones, intercambios y debates, recuperamos algunos elementos para la elaboración del informe que fue presentado durante el II Encuentro, sobre el estado de situación de la salud mental en Latinoamérica, pero también, y fundamentalmente, construimos lazos.

Al mismo tiempo, fue necesario crear la Comisión Organizadora del encuentro: pensar el programa, las

actividades, las instancias de intercambio, los recursos disponibles y distribuir tareas. En esta instancia fue necesaria la participación de la Comisión Organizadora del Congreso de ALAMES, de la Coordinación General de la Red (grupo de referentes por país) y de compañeres principalmente de Argentina. Al respecto, es preciso señalar que organizar un encuentro de estas características no es tarea sencilla, implica un proceso de construcción, horas de intercambio de ideas, opiniones, de generar acuerdos, lo común en la multiplicidad. Se hicieron presentes distintas dificultades de tipo organizativas, económicas, metodológicas, teóricas, relacionales, entre otras. Dificultades que se convirtieron, luego, en desafíos para la red.

Disponerse al encuentro. Ceremonia de Bienvenida

El frío del invierno en pleno julio se trasmutó en la calidez de los abrazos y miradas sin pantalla, palabras, sensaciones, texturas y reencuentros. La ceremonia de bienvenida inició por la mañana, mucho tiempo después de lo pautado, algunas actividades del programa no pudieron llevarse a cabo, quedando el desafío de pensar y habilitar otro tiempo en próximos encuentros.

Desde la entrada al aula, al delicioso aroma a sándalo lo acompañó un tendal de palabras que invitaba responder a la pregunta ¿qué es para nosotres el buen vivir? Al ingresar se escuchaban tímidamente conversaciones y música caribeña. Se hizo presente el contacto y tacto, las sonrisas, el cansancio del viaje, las idas y vueltas previas. Algunxs íbamos y veníamos, de aquí para allá, circulando por el nuevo espacio, simbolizado, afectivo y significativo haciéndolo un lugar (Marc Auge, 1998).

Para desestructurar el ámbito en el que está acostumbrada a transitar la academia, fue necesario mover, abrir, ampliar, hacer lugar a las diferentes voces, sacudir el cuerpo, disponernos a la noble y ardua tarea de construir lo común.

Casi al centro del aula se ubicaba una mesa larga, otro escenario por donde transcurriría parte de la jornada del día. Allí armamos una suerte de altar simbólico para convocar a la memoria, para agradecer, honrar y resistir. Sobre este se fueron ubicando cuidadosamente semillas, frutas, agua, pañuelos verde y blanco, especias, velas, sahumerios, coca, ofrendas, intenciones y la Wiphala, símbolo que representa a la Pachamama, el cosmos, los animales, las plantas, las piedras, los runas (ser humano), la vida en armonía (Kantuta Killa Mayu y Wari Rimachi Mayu, 2017). Gesto que, en solidaridad con los pueblos indígenas originarios, reivindica su existencia, su historia, su cosmogonía, sus saberes, la visibilización de su lucha cotidiana contra el genocidio histórico y silenciado, el repudio ante la violencia del

Estado y el apoyo al 3er Malón de la Paz que el 25 de julio de 2023, 77 años después del primer malón, partió desde La Quiaca, Jujuy, hacia Buenos Aires, bajo la consigna *Arriba los Derechos, Abajo la Reforma, Arriba la Wiphala* para reclamar contra la represión, la explotación del litio y la reforma inconstitucional de la Constitución de Jujuy por parte del gobernador Gerardo Morales. Ante la indiferencia del Estado y de algunos sectores de la sociedad, el malón llegó el 1 de agosto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y permanece allí hasta el día de hoy (noviembre de 2023).

La bienvenida continuó con les compañeres de la Red de Psicología y Pueblos Indígenas. En sus palabras, es una red de articulación nacional y regional, formada por psicólogos, psicólogas y psicólogues de todo el país que actúan y construyen, en alianza con los pueblos de la tierra, una psicología comprometida con su realidad social y con sus demandas históricas.

La invitación fue a movernos, circular y recorrer tanto fuera como dentro del aula, a encontrarnos con nuestra singularidad y con les otres, con las diferencias, a conectar con la ancestralidad que nos habita; a través de consignas dinámicas y participativas sensibilizaron, abrieron, habilitaron el intercambio, provocaron preguntas y reflexiones sobre nuestra propia experiencia de colonialidad.

Siguió en esta ceremonia, una conmovedora canción cantada a capela en portugués, por la compañera Maísa Melara de Brasil. Cerrando este momento de apertura, Kantuta Killa y Wari Rimachi, compañerxs pertenecientes a la Comunidad Ayllu Mayo Wasi, compartieron para vivenciar una ceremonia ancestral en su idioma.

La bienvenida aportó a la construcción de un espacio de confianza, cálido, respetuoso, que alojó las diferencias, una multiplicidad de sensaciones, formas e intensidades conviviendo al mismo tiempo. Ceremonia significativa, potenciadora de corporalidades dispuestas a la escucha, la conversación y el debate. Como refiere Byung Chul "los rituales y las ceremonias son actos genuinamente humanos que hacen que la vida resulte mágica y festiva. Su desaparición degrada y profana la vida reduciéndola a mero trabajo" (2020, p. 21).

Recorriendo el Encuentro

Luego de la potente ceremonia de bienvenida, el encuentro se desarrolló con matices. A la alegría de encontrarnos se sumaron algunas interrupciones e irrupciones, dificultades e incomodidades.

Posterior al Foro Inaugural denominado *La salud mental colectiva y buen vivir en la coyuntura política Latinoamericana actual* en la cual participaron Alicia Stolkiner (Argentina), Paulo Amarante (Brasil), José León Uzcátegui (Venezuela), César Castellanos (República

Dominicana) y Kantuta Mariel (pueblos originarios), siguieron los informes sobre la salud mental en nuestros países, donde compañeres de Colombia, Uruguay, Brasil, Uruguay, Chile, Paraguay, Argentina, Venezuela y República Dominicana, compartieron sobre algunos asuntos previamente convenidos: políticas en salud mental (plan, programas, recursos), Ley de Salud Mental (historia y enfoque de derechos), características del modelo manicomial, incorporación de salud mental en Atención Primaria de la Salud (APS), problemáticas en salud mental, formación, organizaciones sociales y comunitarias, entre otras.

Homenajear como acto de reconocimiento y memoria

Entre las actividades propuestas para el encuentro se encontraba la actividad de reconocimiento y homenaje. Reconocer es también un acto de memoria. En esta oportunidad las personas que fueron homenajeadas son referentes históricos, inclaudicables e indiscutibles en la lucha por el derecho a la salud y la desmanicomialización, por la transformación de los sistemas de atención y en la defensa de los derechos humanos en Argentina: Alicia Stolkiner, Emiliano Galende, Vicente Zito Lema y Alfredo Moffat. Esta decisión se fundó en sus trayectorias, en sus posicionamientos, éticos y políticos para pensar el sufrimiento humano y bregar por la promoción y cumplimiento de los Derechos Humanos. Trabajo que sin dudas incidió en el proceso de creación y sanción en Argentina de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Grandes transgresores, luchadores, comprometides con la realidad y necesidades del pueblo.

Mercedes Rattagan, compañera de la red, en relación a los maestros que ya no están pero dejaron un profundo legado, compartía lo siguiente:

> Vicente Zito Lema y Alfredo Moffat, ambos discípulos de Pichón Riviere, y al decir de Alfredo -sin dinero y sin pedirle permiso al sistema- mostraron con su práctica transformadora que otra salud es posible, que se pueden hacer las cosas de otra manera, que no se puede ser servil y funcional a una sociedad capitalista, extractivista… con una ética de apuesta a la vida, creando -la mañana- al decir de Vicente Zito Lema, nos dejaron un legado invalorable, un faro que nos orienta a situarnos y a saber qué hacer con el dolor de les que más sufren. Sin lugar a dudas ellos son los imprescindibles.
> Hay hombres que luchan un día y son buenos / Hay otros que luchan un año y son mejores / Hay quienes luchan muchos años y son muy

buenos / Pero hay los que luchan toda la vida / Esos son IMPRESCINDIBLES / Bertolt Brecht. (Rattagan, 2023)

Otra salud es posible, caminando hacia el buen vivir

Nuestro continente, América Latina, vive una situación de forma homogénea y al mismo tiempo desigual. Nos hermana el pasado, el colonialismo y el sometimiento por la fuerza y la imposición de la cultura del opresor. Esa deuda no ha sido saldada de ninguna manera y su latencia está presente. La forma de producción capitalista y su versión neoliberal han normalizado la desigualdad, la inequidad, el sufrimiento y la condena a la pobreza como una situación inevitable. Los estallidos sociales que se han experimentado en nuestros países, nos han mostrado la disposición a no aceptar esta normalidad beneficiosa sólo para algunes y una intencionalidad del pueblo, no siempre organizado, a avanzar en reivindicaciones sociales, para la vida como la merecemos, en salud como la anhelamos.

El cambio climático continuará evidenciando situaciones imprevistas que atentarán contra la salud y la vida, ya lo sabemos, será desigual la forma de enfrentar estas dificultades producto del devenir económico de esta civilización.

En esta época encontrarnos no fue fácil, pero era necesario. Nos reúne la intencionalidad política de transformación, la alegría de estar con otres, la convicción de seguir adelante, de ayudarnos a repensar, de visibilizar otros modos de vivir, de vivir bien, de traspasar las fronteras y distancias de nuestros territorios.[1] La Asamblea General de nuestra Red de Salud Mental, que se reúne cada dos años durante las actividades Pre-Congreso de ALAMES, máximo organismo de decisión de la red, nos permitió, aunque de manera breve, intercambiar, debatir, visibilizar, analizar y proponer. Comparto a continuación algunas de las reflexiones, críticas, análisis e interrogantes que circularon en el Encuentro:

En los sectores populares se manifiesta la herida colonial... hay poblaciones racionalizadas, personas -marrones-... hay que darle más importancia, más espacio al intercambio. ¿Cuál es nuestro rol acompañando a sectores populares? Brindar herramientas para que los saberes que ya están se visibilicen, se fortalezcan.

Hay que hablar más de los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes, porque si no los invisibilizamos, la salud mental no está para todos, no está para los pueblos indígenas, no estamos contemplando los sufrimientos de estas poblaciones.

Ellos nos están acá para hablar, tampoco está el espacio para hablar de eso, el espacio sigue invisibilizando. Intentemos hacer este diálogo intercultural, sino estamos actualizando el colonialismo.

Por cuidar las instituciones, muchas veces traicionamos eso que las instituciones supuestamente cuidan, patinamos cuando algo de lo institucional se juega, como miedo a perder algo.

Estamos haciendo resistencia porque los espacios institucionales están siendo intervenidos... los servicios están siendo sostenidos por los trabajadores precarizados. Este espacio alienta para proyectos nuevos.

Lo más difícil es salir del espacio académico, el espacio de la gestión e institución donde no hay tanta libertad. Xenofobia, racismo, no podemos atender la salud mental si estamos limitados. En la institución hay abuso de poder, precarización, desde que iniciamos la práctica nos enfermamos, quien recién arranca no tiene libertad, no tiene poder.

Acá hubo un acto de locura, una compañera comenzó con la guitarra y nos pusimos a bailar, tenemos que comenzar a mirarnos más como americanos, mirar para adentro. Reconstruir desde la alegría, armonía entre los opuestos, dejemos de dividirnos. Recuperar la historia, desocultar lo que quisieron ocultar.

Nos arrasa la demanda, acá pasa lo mismo, ¿qué pasa con los espacios/tiempos institucionales? Hay que proponer otra dinámica para que el debate tenga más lugar. Los recursos quizás están, el tema es cómo los distribuimos. No depender tanto de la especialización y que el abordaje en salud mental esté en salud.

No hay que separar la medicina originaria de la occidental, hay que romper con esa división, hablar de salud intercultural.

Hay que pensar los sistemas de salud desde las personas que usan el sistema de salud. Romper con la asimetría profesional-usuario.

¿Cómo continuamos? Siempre tiene que haber una cuestión de lo espiritual y lo teórico. Cómo queremos traer al pueblo, a la gente, si no nos miramos, no nos reímos, no sabemos los nombres. Tenemos que conservar el espíritu comunitario.

Nos queda, entonces, el desafío de conservar el espíritu comunitario, de seguir preguntándonos, de seguir debatiendo y construyendo con y desde las comunidades, de descolonizar nuestras prácticas y saberes, incluyendo la diversidad en todos los aspectos, en los encuentros, pero también en los desencuentros; nos queda el gran desafío de buscar y de seguir luchando por una salud otra, integral e intercultural, desde nuestros pueblos y a través del intercambio de experiencias, apelando a la biodiversidad y al anhelo de un mundo mejor, donde quepamos todes, donde nadie quede afuera, donde todes podamos vivir bien.

Bibliografía

Augé, M (1992). *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la de la sobremodernidad.* Gedisa.

Byung Chul, H. (2020). *La Desaparición de los rituales. Una topología del presente.* Herder Editorial.

Kantuta Killa Mayu & Wari Rimachi Mayu (2017) https://www.argentina.gob.ar/noticias/wiphala-simbolo-de-la-vida-en-armonia

Rattagan, M. (2023). (19 de julio de 2023). Vicente Zito Lema y Alfredo Moffat, ambos discípulos de Pichón Riviere, y al decir de Alfredo -sin dinero y sin pedirle. [Publicación personal]. Facebook. https://bitly.ws/ZhvV

Zelaya, A. S. (2023). (19 de julio de 2023). #CONGRESOALAMES2023 #SegundoCongresoLatinoamericanoRSMCyBV #BuenosAires Cuando unx decide andar los caminos del hacer en Salud desde una mirada contra hegemónica. [Publicación personal]. Facebook. https://bitly.ws/Zhuo

Notas

1. Extracto obtenido del Documento de Bienvenida elaborado por la Comisión Promotora de la Red en el marco del I Encuentro, en el año 2021.

Diplomatura Universitaria Superior en Salud Mental Comunitaria

WILNER, Alejandro Daniel.
Docente Investigador de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Director de la Especialización en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Coordinador General de la Diplomatura Universitaria Superior en Salud Mental Comunitaria

Contacto: alejandro.wilner@gmail.com

El 27 de septiembre del corriente comenzó la implementación de la Diplomatura Universitaria Superior en Salud Mental Comunitaria. Este programa académico de posgrado fue requerido a la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) por el Ministerio de Salud de la Nación para el fortalecimiento de las capacidades de las trabajadoras y los trabajadores del campo de la salud mental, que se desempeñan en los servicios públicos de las provincias de nuestro país. Cabe aclarar que, si bien, la mayoría de las inscriptas y los inscriptos desarrollan sus actividades en el sector salud, también incorpora estudiantes de otros sectores como justicia, niñez, desarrollo social, entre otros. La matrícula inicial de la Diplomatura, entonces, es de más de 600 estudiantes.

De manera de promover la dimensión federal de la iniciativa, desde la UNLa se propuso que la implementación de la Diplomatura se realizara incorporando universidades de cada región del país, de manera que los procesos de aprendizaje y de reflexión sobre las prácticas se desarrolle en forma situada, es decir, in-

corporando las dimensiones propias de cada uno de los territorios, asumiendo a estos como espacios sociales donde se contextualizan tanto los padecimientos como los abordajes que se producen para dar cuenta de ellos. De esta manera, se constituyó una Red de Universidades[1] que integra a 10 casas de altos estudios nacionales y una provincial, y que propone más de 50 docentes tutoras y tutores que son responsables del proceso de enseñanza y aprendizaje en el marco de grupos que integran estudiantes con diferentes experiencias y pertenencias disciplinarias.

En este sentido, la propuesta académica tiene un carácter excepcional ya que no se registran antecedentes de un programa de grado o de posgrado en el campo de la salud mental donde 11 universidades acuerden las condiciones de implementación de una iniciativa de capacitación en servicio.

La Diplomatura se contextualiza en la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental, política pública nacional que, justamente, tiene entre sus acciones la implementación de acciones de capacitación con la finalidad de promover una transformación del modelo de atención coherente con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

En este marco, la Diplomatura Universitaria Superior en Salud Mental Comunitaria, se propone problematizar herramientas y promover el desarrollo de competencias en las y los trabajadores que producen cuidados en salud mental con el fin de transformar, no sólo el modelo de atención, sino también, el de gestión. Ese movimiento de fortalecimiento de competencias exige la incorporación de saberes, conocimientos, habilidades, actitudes y valores, no ligados a una disciplina específica sino en función de un enfoque global, contextual y situado. El desarrollo de competencias críticas y situadas es en función de la problematización de la práctica contextualizada y pensada, no de manera aislada, sino en el marco de un trabajo con otras y otros actores.

Este programa académico de educación permanente se propone, entonces, los siguientes objetivos:

- Contribuir al desarrollo de capacidades en las trabajadoras y los trabajadores para la plena implementación de la Ley Nacional 26.657 en los diferentes niveles jurisdiccionales del país
- Promover la problematización de los modelos de atención y de gestión en los servicios de producción de cuidados sanitarios y sociales referidos a Salud Mental.
- Incentivar la transformación de los modelos de gestión de las diferentes jurisdicciones del país, tendientes a la implementación ple-

na del modelo de atención de la Salud Mental Comunitaria

- Promover y fortalecer equipos intersectoriales, interdisciplinarios productores de cuidados integrales para el abordaje del padecimiento psicosocial.
- Problematizar las prácticas individualizantes y patologizantes que se implementan cotidianamente en los servicios y que promueven la fragmentación de los procesos de atención y producción de cuidados

El programa de la Diplomatura se desarrolla en forma virtual en el Campus del Ministerio de Salud de la Nación y cuenta con actividades sincrónicas y asincrónicas, tiene una dinámica de acompañamiento tutorial cercano y se propone – en sus 250 horas de extensión– promover actividades individuales y grupales tendientes a, finalmente, producir abordajes concretos sobre problemas del campo de la salud mental que ocurren en los territorios de las y los participantes.

La Diplomatura se organiza en seis módulos que desarrollan diferentes problemáticas prevalentes en el campo de la salud mental:

1. Fundamentos de la salud mental comunitaria
2. Estrategias para el abordaje comunitario de las problemáticas de salud mental
3. Abordajes transversales de salud mental a lo largo de la vida

   1era parte. Infancias, Adolescencias

   2da parte. Aspectos psicosociales de las Personas Mayores y procesos de envejecimiento
4. Abordajes de los consumos problemáticos
5. Des/Institucionalización: procesos de externación. Dispositivos intermedios y de promoción de salud mental comunitaria
6. Planificación, gestión y evaluación en salud mental

Se produjeron materiales específicos para este programa académico, tales como, el libro *Praxis en Salud Mental. Abordajes y Procesos de cuidado* (2023), compilado por Alejandro Wilner y Flavia Torricelli, el cual contiene capítulos escritos por reconocidas autoras del campo como: Alicia Stolkiner, Alejandra Barcala, Silvia Faraone y Cecilia Ros, entre otras, así como se han compilado producciones audiovisuales realizadas previamente por diferentes autores y colectivos, tanto desde el Estado como desde la Sociedad Civil.

Una vez finalizada la diplomatura, hacia fines del mes de mayo de 2024, los y las estudiantes obtendrán

el Diploma Universitario Superior en Salud Mental Comunitaria. Esperamos que sea una experiencia de aprendizaje y reflexión, que promueva la transformación del modelo de atención que propone la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Notas:

1. La Red de Universidades está integrada por las siguientes universidades nacionales: de Lanús, de Buenos Aires, de La Plata, de Mar del Plata, de Rosario, de Córdoba, de Tucumán, de Entre Ríos, de Río Negro, de Misiones y una provincial, la de Chubut.

Martín Candia,
acrílico
120 x 88 cm
2019

Martín Candia,
tiza sobre lienzo
100 x 120 cm
2021

Lolo Pérez,
acrílico
60 x 90 cm
2022

Fabian Zarza,
Acrílico
60 x 90 cm
2022

Cre-Arte desarrolla actividades educativas no formales para personas con discapacidad. El Centro -a través de la educación artística- permite el desarrollo de sujetos con herramientas para la comunicación, la participación social y el desarrollo de una vida digna y autodeterminada. Al tiempo que genera estrategias de promoción comunitaria, visibilizando el potencial y la necesaria conciencia social de las diferencias y las desigualdades. Los aspectos formativos del arte son concebidos, desde una apuesta a desentrañar y reconstruir una estética política del colectivo de personas con discapacidad. Construcciones que expresan y magnifican capacidades favoreciendo la inclusión social y laboral sobre la base de una equidad de oportunidades.

Diseño de publicación
Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa
Directora Andrea Michel
Coordinadora Luciana Schiavi
Equipo Iñaki Bolón García | Macarena Estévez
Edición de este número - Germán Falke

Correspondencia
saludmentalycomunidad@unla.edu.ar