

# PRÁCTICAS INCLUSIVAS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES CON ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos

Asesoría General Tutelar  
Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

ADESAM  
ASOCIACIÓN DE PERSONAS QUE SE PREOCUPAN POR LA SALUD MENTAL

Ministerio Público  
de la Defensa

ONG  
Comisión Nacional de SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

inadi Instituto Nacional  
contra la Discriminación,  
la Xenofobia y el Racismo

Secretaría de Derechos Humanos  
Ministerio de  
Justicia y Derechos Humanos  
Presidencia de la Nación

Ministerio de  
Justicia y Derechos Humanos  
Presidencia de la Nación

CELS  
CENTRO DE ESTUDIOS  
LEGALES Y SOCIALES





Primera edición  
1000 ejemplares

### **Edición**

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)  
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos – Presidencia de la Nación  
Dirección: Moreno 750, 1º piso. C.P. C1091AAP – Buenos Aires – República Argentina  
TE: (54-011) 4340-9400  
Asistencia gratuita: 0800-999-2345  
[www.inadi.gob.ar](http://www.inadi.gob.ar)

**Armado, edición y corrección:** Erica Almeida, Vanina Gallardo, Lorena Carignani y Virginia López Casariego del Área Salud sin Discriminación y Martín de Grazia de Comunicación Estratégica y Prensa

**Diseño:** Antonella Aimetta.

**COMPILADORES:** Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos coordinada por la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad; la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), integrada en conjunto con la Asesoría General Tutelar del Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; la Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa; la Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM); la Asociación argentina de ayuda a la Persona que padece Esquizofrenia y su Familia (APEF); la Red de Usuarios, Familiares y Voluntarios por la Salud Mental (Red FUV) y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), entre otros actores comprometidos con el derecho a la salud. Asimismo, la Mesa Federal cuenta con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Mouratian, Pedro.

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI

Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones con enfoque de Derechos Humanos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI, 2014. 244 p. ; 34x24 cm.

ISBN 978-987-1629-48-0

1. Salud Mental. 2. Derechos Humanos. 3. Discriminación.  
CDD 362.2

Fecha de catalogación: 12/11/2014

# **Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones con enfoque de Derechos Humanos**

## **AUTORIDADES NACIONALES**

Presidenta de la Nación  
Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Justicia y Derechos Humanos de la Nación  
Julio Alak

Interventor del Instituto Nacional contra la Discriminación,  
la Xenofobia y el Racismo  
Pedro Mouratian

## **AUTORIDADES DEL INADI**

Interventor del Instituto Nacional contra la Discriminación,  
la Xenofobia y el Racismo  
Pedro Mouratian

Directora de Promoción y Desarrollo de Prácticas contra la  
Discriminación  
Julia Contreras

Director de Políticas contra la Discriminación  
Pablo Roma

Director de Asistencia a la Víctima  
Julián Díaz Bardelli

Director de Asuntos Jurídicos  
Pacífico Rodríguez Villar

Director de Administración  
Miguel Racubian

*“Agradecemos a toda/os aquella/os que enviaron la crónica y sistematización de sus prácticas en el marco de esta convocatoria y a todos los actores sociales históricamente comprometida/os con los derechos humanos que hicieron y hacen posible el proceso de transformación por el derecho a la salud y la dignidad de todas las personas”*

## Índice:

- Prólogo ..... Pág. 09
- Presentación de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos ..... Pág. 11
- Introducción ..... Pág. 13
- Prácticas inclusivas:
  - Café Basaglia –Ciudad Autónoma de Buenos Aires ..... Pág. 18
  - Mujeres y Salud Mental - Cic Rural –Garuhapé, Misiones ..... Pág. 36
  - Prácticas relativas al derecho de defensa de las personas con discapacidad en procesos de determinación de capacidad jurídica - Curaduría N° 7 y N° 10 – Ciudad Autónoma Buenos Aires .. ..... Pág. 58
  - El Cisne del Arte: Casa de Pre Alta, Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn. –La Plata, Buenos Aires ..... Pág. 69
  - Hospital de Día. Hospital General San Martín – La Plata, Buenos Aires – ..... Pág. 85
  - La Casona de los Barriletes – Ciudad Autónoma de Buenos Aires – ..... Pág. 105
  - Frente de Artistas del Borda — Ciudad Autónoma de Buenos Aires ..... Pág. 127

- Grupo de mujeres Proyectándonos entre puntos, puntadas y pinceladas - Hospital SAMCo. Dr. Ricardo Nanzer –Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental -Santo Tomé, Santa Fe ..... Pág. 146
- Programa de Rehabilitación y Externación Asistida, Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred – Luján, Buenos ..... Pág. 162
- Programa de Rehabilitación y Externación Asistida Hospital Interzonal J. Esteves – Temperley, Buenos Aires ..... Pág. 182
- Programa Andrés – Rosario, Santa Fe ..... Pág. 202
- Radio Los Inestables – Córdoba ..... Pág. 219
- Unidad de Letrados Art. 22 Ley 26657, Defensoría General de la Nación – Ciudad Autónoma de Buenos Aires ..... Pág. 237



## Prólogo

El proceso de transformación que atraviesa nuestro país promueve la consolidación de un cambio de paradigma que implica el reconocimiento, la promoción y la protección de los derechos humanos como pilar fundamental en la diagramación de las políticas públicas implementadas por el Estado nacional, comprometido con el empoderamiento de toda la ciudadanía en igualdad de condiciones.

Desde el INADI alentamos el desarrollo de políticas públicas que tengan como objetivo principal el acceso a derechos sin discriminación, particularmente, el de aquellos grupos históricamente vulnerados, como una forma de reparación necesaria.

Este Instituto trabaja diariamente en pos de una profunda transformación social y cultural, que consiste en reconocer y respetar las diferencias y aprender a valorar la diversidad. En este marco, resulta sumamente necesaria la articulación entre las organizaciones sociales y el Estado no solo para garantizar el acceso al derecho, sino –y muy especialmente– para profundizar la democratización a través de la participación ciudadana.

La sanción de la Ley 26.657 de Salud Mental y su Decreto Reglamentario N° 603/2013 constituye un marco más que propicio para reforzar el compromiso de trabajar por la inclusión. La conquista de derechos de la última década, de la cual esta normativa es un ejemplo indiscutido, nos alienta a continuar promoviendo políticas públicas que hagan efectivo el derecho consignado por la ley.

En su condición de actor integrante de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, el INADI celebra la publicación de estos contenidos como una iniciativa de visibilización de prácticas inclusivas en salud mental y adicciones con enfoque de derechos humanos.

Estamos convencidos/as de que la difusión de estas prácticas constituye un insumo importante para la comunidad, y para que cada persona, desde el lugar que ocupa en el tejido social, pueda aportar en la construcción de una ciudadanía cimentada en el respeto por la diversidad, elemento enriquecedor de una sociedad más justa, más igualitaria y más solidaria.

**Pedro Mouratian**

**Interventor del INADI**

## Presentación de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos

La Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos (en adelante la Mesa) es un espacio de carácter intersectorial, coordinado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) y la Secretaría de Derechos Humanos, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Además, forman parte de este espacio la Asesoría General Tutelar del Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa, la Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM), la Asociación Argentina de Ayuda a la Persona que padece Esquizofrenia y su Familia (APEF), la Red de Usuarios, Familiares y Voluntarios por la Salud Mental (Red FUV) y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), entre otras organizaciones e instituciones. Asimismo, la Mesa Federal cuenta con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El principal objetivo de este espacio es el impulso de la formulación de políticas públicas en salud mental con perspectiva de derechos humanos, lo cual implica el abordaje integral y el trabajo intersectorial con la convocatoria a los actores comunitarios, a los familiares y usuarios del sistema de salud mental.

La Mesa se conformó en el año 2005 y en sus inicios

llevó a cabo encuentros locales y regionales que le permitieron conocer cuál era el estado de situación en el ámbito de la salud mental, así como poner en común propuestas y líneas de acción que contemplaran las especificidades y problemáticas locales.

Asimismo, la Mesa ha contribuido con el impulso, la sanción y la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 –hecho que marca un hito fundamental en el proceso de inclusión de las personas con padecimiento mental–, y actualmente está comprometida con el proceso de su implementación.

## Introducción

Sin duda alguna, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 ha conmovido profundamente las relaciones entre los distintos actores que forman parte del campo de la salud mental. Esta ley procura inaugurar un nuevo sentido, en el que sea posible el pasaje de una lógica tutelar a un enfoque de derechos no solo en términos teóricos, sino también prácticos, garantizando el reconocimiento y la construcción activa de cada persona como titular indiscutible de sus derechos, independientemente de cual sea su situación de salud.

En la medida en que dicho campo no está determinado exclusivamente por acontecimientos vinculados con situaciones de padecimiento mental, sufrimiento o malestar psíquico, es que debe reconocerse la multiplicidad y diversidad de las dimensiones de la vida cotidiana, tanto en sus aspectos singulares como colectivos.

No se trata de cosmética ni de retoques con la pretensión de ocultar los aspectos más oscuros de la lógica tutelar – determinantes de algunas de las prácticas vulneradoras de derechos construidas históricamente– sino de transformarlas.

En este marco, las instituciones estatales y las organizaciones de la sociedad civil que integramos la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos impulsamos la Convocatoria Nacional de Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones con el objetivo de promover y revalorizar prácticas inclusivas en salud mental y adicciones con enfoque de derechos humanos, orientadas por los principios

establecidos en la Ley N° 26.657 y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada en nuestro país en el año 2008.

Esta iniciativa consistió en un relevamiento exploratorio de las experiencias municipales, provinciales y nacionales con el fin de difundirlas y promover su réplica. La propuesta tuvo como corolario la selección de los trabajos que a continuación se presentan; estos constituyen prácticas en curso y conforman el objetivo central de esta publicación. Dicha selección se realizó tomando como referencia las normativas señaladas anteriormente, expresadas en los dispositivos y las acciones identificados en las producciones de los equipos participantes. En su gran mayoría, los trabajos presentados contienen los principios fundamentales de las normativas de referencia, que son los pilares que orientan sus prácticas.

Desde la Mesa intentamos dar cuenta, a la hora de la inclusión de experiencias, de la diversidad de ámbitos, contextos, recorridos y actores involucrados, así como de la representación de todas las jurisdicciones que participaron de la iniciativa. Es nuestro deseo que esta publicación permita hacer visibles las experiencias, muchas veces silenciosas, de efectores y prácticas comunitarias de salud, que –con la participación activa de las personas de la comunidad– están comprometidas en la transformación creciente del sistema de salud mental y en el reconocimiento pleno y efectivo de los derechos.

La convocatoria hace un expreso reconocimiento de experiencias que, desde antes de la sanción y reglamentación

de la Ley Nacional N° 26.657, vienen trabajando desde una lógica inclusiva, sostenida en estrategias y metodologías conformes con un enfoque de derechos. Estas experiencias (y otras tantas) constituyen, conjuntamente con leyes provinciales que ajustaron sus presupuestos teóricos y sus prácticas a la perspectiva de los derechos humanos, antecedentes inmediatos para la elaboración, sanción y reglamentación de dicha ley.

### ¿Qué consideramos una práctica inclusiva?

Tanto la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) como la Ley Nacional de Salud Mental se inscriben en el cambio de paradigma que reconoce a todas las personas como sujetos de derecho, cuestionando así la visión histórica tutelar.

La Ley Nacional de Salud Mental define principios y garantías para todas las personas en relación con el derecho a la salud mental. Uno de los ejes primordiales es la promoción de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, basados en la comunidad, entendiéndose por ello que la definición respecto de los cuidados necesarios en salud mental involucra la participación de usuarios/as y familiares.

De tal modo, dicha normativa es un punto de inflexión histórico para instalar una transformación progresiva en el sistema de salud mental sobre la base de considerar que no hay salud mental sin concreción de derechos humanos. En este sentido, desde la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos venimos trabajando intensamente con

el objetivo de impulsar, mediante diversas acciones, políticas públicas y prácticas inclusivas en salud mental, la reforma integral del sistema de salud mental en clave de derechos humanos.

Consideramos que estas prácticas son parte de este proceso transformador que involucra a todos los actores que inciden de uno u otro modo en la salud de las personas, tanto del ámbito estatal como del ámbito privado, ya sean del campo de la salud, del campo de la justicia o de la comunidad en su conjunto, y que tienen la responsabilidad de asistir a cualquier sujeto que se vea afectado en el libre ejercicio de su ciudadanía, por hechos o situaciones que afecten su salud mental.

Desde esta perspectiva, jerarquizamos el rol protagónico de la comunidad en la que se inscriben todos los ciudadanos e instituciones sociales en las que tiene lugar el devenir cotidiano de las personas. Porque a través de nuestras prácticas, desde el lugar que cada uno ocupa según sus responsabilidades, podemos incluir albergando la diversidad, fruto del reconocimiento del principio universal de dignidad humana, y generar alternativas para construir dispositivos que afecten lo menos posible las libertades individuales y alojen en toda su dignidad a quien transita una situación de padecimiento en su salud mental. Es en el devenir de la práctica donde se presenta su carácter inclusivo.

En este marco, este proceso requiere de la implementación progresiva, responsable y concreta de la Ley Nacional de Salud Mental con la creciente participación de toda la ciudadanía, y



alentar así todas aquellas prácticas que encuentran un enlace posible entre la salud y los derechos humanos.

En ese camino andamos, y esta convocatoria da visibilidad a algunas experiencias sumamente valiosas, que con sus particularidades trazan un andar posible en la diversidad de una red que permita la promoción y atención de una salud inclusiva.

## Café Basaglia

### -Ciudad Autónoma de Buenos Aires-

Nombre de la Institución: Café Basaglia

Domicilio: Humahuaca 3508

Localidad: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Correo Electrónico: claudiolopez@telecentro.com.ar

Representantes: Claudia López Mosteiro

### Descripción de la práctica

El propósito de quienes formamos parte del Café Basaglia consiste en construir y poner en práctica un dispositivo nuevo, por fuera de las instituciones psiquiátricas, bajo el modelo conceptual de la empresa social y de la salud mental comunitaria, diseñado especialmente con el fin de capacitar para la reinserción socio-laboral de personas usuarias de

los servicios de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires; personas que por su vulnerabilidad social tienen dificultades en su inserción laboral. A continuación se describirán los ejes que atraviesan la fundamentación del proyecto.

## Antecedentes normativos

En el marco de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657<sup>1</sup> y de la Ley de Salud Mental N° 448<sup>2</sup>, ya vigente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la comunidad es convocada a promover y ser partícipe de un cambio de paradigma que sustituya al asistencialismo por una atención definida desde un modelo comunitario atento a los derechos de las personas con padecimiento mental.

Asimismo, organismos internacionales como la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) han colaborado en el

1. **Artículo 9.** El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

**Artículo 11.** La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

2. **Artículo 14.** [Efectores] A los efectos de la conformación de la Red, se deben respetar las acciones y servicios, establecidos en los artículos precedentes, determinándose una reforma de los efectores actuales, e incorporando los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades. Para ello se establecen (entre otros) los siguientes efectores: centros de capacitación sociolaboral promocionales; talleres.

proceso de afianzar un nuevo sistema de salud pensado según estrategias comunitarias, con estándares internacionales a los cuales nuestro país adhiere como Estado parte, como el Consenso de Panamá y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en tanto instrumentos internacionales de derechos humanos y salud mental avalados por el Estado argentino.

En este sentido, el proyecto de inserción para la capacitación laboral que propone el Café Basaglia se presenta dentro de este marco legislativo como un punto de partida y un medio creativo para promover el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con padecimiento mental, partiendo de sus capacidades para aprender y desarrollar diferentes tareas.

## Estrategia de desmanicomialización

Tal como lo avala la reciente Ley Nacional de Salud Mental, el dispositivo de inserción laboral Café Basaglia nace como una iniciativa autónoma en un espacio dentro de la comunidad –y no dentro de un hospital– y se propone como un lugar de invención de salud y cultura; lugar de socialización, de expresión físico-artístico-cultural, de actividad y trabajo conjunto. Por consiguiente, el Café Basaglia se propone como un dispositivo que produzca nuevas tramas de relaciones sociales que actúen como estímulo y como red de contención.

La estrategia de desmanicomialización se basa en considerar que el proceso terapéutico puede desarrollarse

a través de múltiples efectores y desde diversos lugares que trascienden el hospital psiquiátrico. Asimismo, puede pensarse como una estrategia socioeconómica de transformación social. Este aspecto implica también pensar el lugar de la empresa social como un tensor entre la salud y el trabajo.

## Salud mental comunitaria

La salud mental comunitaria es un concepto abierto, en construcción, permeable a las nuevas formas de aparición de los problemas de salud mental de la población, y que promueve nuevas respuestas a estos problemas. Como campo de problemáticas, se propone además incluir diversos tipos de actores, no solo profesionales.

La perspectiva de la OMS/OPS (2009) acerca del modelo comunitario se vincula con la idea de integración de los servicios de salud mental en la atención general de salud, incluso en otros ámbitos como la educación, el trabajo, etc. Los actores que intervienen activamente en este modelo no solo están representados por los trabajadores de la salud y salud mental, sino por aquellos interesados y profesionales de otras áreas (organizaciones de usuarios y familiares, representantes de la justicia, etc.).

## La dignidad del riesgo

La empresa social implica crear condiciones que faciliten a la persona obrar con impulsos propios, lo cual supone asumir *la dignidad del riesgo*. Esta expresión está vinculada, por un

lado, al derecho de todas las personas de transitar el mundo con todas sus posibilidades y peligros, y por otro, al riesgo que se asume en el desafío de construir conjuntamente un proyecto que implica otro modo de pensar la salud y el trabajo.

## Economía social y solidaria

La finalidad de la empresa social no es el lucro. Como afirma Franco Rotelli (2012), es necesario asumir la noción positiva del mercado como lugar de intercambio que permite nuevas subjetividades. De este modo, invertimos sobre los recursos humanos, alejándonos de un concepto de beneficiarios pasivos y de la finalidad lucrativa de una empresa.

Como antecedente y orientador de nuestra práctica en el ámbito internacional, tomamos el aporte de la trayectoria italiana ligada a la empresa social; en tanto que en el ámbito nacional ha sido una referencia la Empresa Social de Salud Mental de El Bolsón, emprendimiento gastronómico iniciado en el año 2001, que continúa funcionando articulado desde sus inicios con el sistema público de la provincia de Río Negro.

Entendemos que la articulación con el sector público es un factor fundamental para potenciar este tipo de empresas, sin dejar de lado el empeño en lograr la calidad en los servicios y productos ofrecidos, que garanticen estar a la altura de las competencias del mercado.

## Contexto en el que se desarrolla la experiencia

En el mes de marzo de 2011, avalados por una coyuntura favorable para promover este tipo de emprendimientos a partir de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, un grupo de personas decidimos dar inicio al Café Basaglia – retomando y concretando un proyecto que venía siendo soñado desde hacía tiempo–, cuyo objetivo primordial fue la creación de un dispositivo comunitario que promoviera la inserción laboral.

Lo instituido hasta el momento suponía que el mejor lugar donde puede estar una persona con problemáticas mentales es en una institución especializada, depositando de este modo el saber en los técnicos, en los profesionales. La reforma epistemológica que propone el contexto actual implica pensar en la integración de recursos no convencionales en los equipos de salud mental, en la socialización del conocimiento y el empoderamiento de diferentes actores para que los referentes vinculares sean partícipes del abordaje de las problemáticas mentales, y para que la comunidad misma supere su tendencia excluyente (como manifestación del estigma, el miedo y la vergüenza) y pueda constituirse en un agente de inclusión. Los dispositivos laborales creados y gestionados desde la comunidad promueven no solo la inclusión laboral, sino que permiten la circulación de las personas con padecimientos mentales, favoreciendo su inclusión social y derribando mitos vinculados con la peligrosidad, la incapacidad, la cronicidad y la irreversibilidad de las problemáticas mentales.

Nuestro desafío apunta a sistematizar un campo de trabajo coherente con el cambio epistemológico actual y una

metodología para ponerlo en práctica; así la empresa social se plantearía como una vía regia de acción. La empresa social produce valores y bienes materiales, y su ámbito de intervención es prevalentemente el territorio.

La puesta en marcha del Café Basaglia se realizó por medio de la articulación con el centro cultural La Casona de Humahuaca, que desde hace más de diez años ha estado trabajando con la comunidad en el barrio del Abasto, como parte de una red más amplia de emprendimientos culturales con alta visibilidad en el barrio. El territorio que abarca la comuna perteneciente al Abasto comprende una zona tradicional de la Ciudad de Buenos Aires con gran afluencia de turismo, que posee una altísima actividad sociocultural, plasmada en una enorme cantidad de teatros, organizaciones sociales y culturales. Asimismo, es una zona que abarca importantes efectores de salud como lo son el CESAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria) N° 11, el Centro de Salud Mental Dr. Arturo Ameghino y la Casa Gorriti, dispositivo habitacional enmarcado en la reforma del sistema de salud mental.

¿Y por qué un café? Porque el café representa un espacio cotidiano de encuentro, trabajo e intercambio con otros, que ya forma parte de la idiosincrasia cultural de nuestra ciudad.

## Objetivos de la práctica

- Construir y poner en práctica un dispositivo, por fuera de las instituciones psiquiátricas, bajo el modelo conceptual de la empresa social y de la salud mental comunitaria, diseñado



especialmente para personas que por su vulnerabilidad social tienen dificultades en su inserción laboral.

- Constituir un colectivo que, a través de mecanismos de autogestión y en articulación con otros efectores de salud comunitaria del sistema público, gestione acciones de inclusión fundamentadas en las leyes de salud mental vigentes.
- Promover y facilitar la capacitación para la inserción laboral de personas con vulnerabilidad sociolaboral y dificultades relacionales.
- Crear un espacio de trabajo e inclusión social que posibilite la capacitación en tareas gastronómicas, de atención al público y administración dentro del café.
- Ofrecer un servicio de calidad, con criterios de competitividad en el mercado y de rentabilidad para todos los emprendedores que lo integran, sustentado en el modelo conceptual de la empresa social.
- Articular con otras empresas sociales que produzcan insumos relacionados con el café – ofreciéndolos como productos que pueden ser comercializados en el espacio del Café – a fin de promover el fortalecimiento de las redes de la economía social y solidaria.
- Lograr una progresiva visibilidad y sustentabilidad del proyecto.
- Producir eventos culturales que puedan ser la ocasión para el encuentro e intercambio entre espacios afines.

## Descripción de la experiencia

En una primera etapa, La Casona de Humahuaca ofrece

al Café Basaglia la posibilidad de utilizar su infraestructura para iniciar el proyecto; de esta manera, el Café comenzó a funcionar de lunes a viernes, de 9 a 15 horas, franja horaria en que la Casona se encontraba cerrada.

Las entrevistas para la inclusión en el dispositivo fueron enfocadas hacia el deseo de formar parte de un proyecto de trabajo en grupo, apuntando a sus desempeños anteriores, a sus capacidades y a sus anhelos personales; intentamos despegarnos de la historia de la enfermedad o de la constitución de un diagnóstico. Podríamos decir que se asemejaban más a una entrevista de trabajo que a una entrevista psicológica, aunque reunieran un poco de ambas.

¿Qué decían?: “yo ya trabajé dentro del Moyano, ahora quiero trabajar afuera”; “quiero conocer gente nueva”; “yo ya tengo la pensión, tal vez los otros muchachos lo necesiten más que yo”; “quiero aprender, capacitarme”. Palabras que hablan del afuera, de relaciones nuevas, de dinero con el que contar para ser más independientes, del aprendizaje como reconocimiento de que faltan herramientas para la autonomía.

Se propuso un programa de capacitación en tareas de todos los roles necesarios para el funcionamiento de un café (mozos, cocineros, adicionistas, bacheros, etc.). El programa fue coordinado por un técnico gastronómico y un operador en salud mental junto con diez usuarios del sistema público de salud mental. Se realizó a puertas cerradas de septiembre a noviembre de 2011, momento en que el Café abrió sus puertas al público.

Los usuarios se fueron perfilando en cuanto a sus fortalezas y dificultades. A algunos les resultó más accesible desarrollar tareas prácticas en el espacio de la barra y de las mesas, presentando más dificultades en la dimensión relacional con el otro, cliente o compañero de trabajo; otros mostraron más limitaciones en el trabajo operativo, pero se manejaron con mayor facilidad en las relaciones personales y en el trato con los clientes. De todos modos, todos expresaron opiniones y propusieron ideas y alternativas de trabajo para el Café. Así se fueron distribuyendo durante los cinco días de la semana; a su vez, la organización posibilitó que cada uno tuviera un día libre en función de sus necesidades particulares.

Cada jornada contempló actividades centradas en el servicio que se ofrecía: el funcionamiento práctico del café (abastecimiento de productos, limpieza, organización del espacio y el tiempo) y la atención a los clientes. Las tareas realizadas se dividieron en aquellas más relacionadas con el trato con los clientes (saludar, recibir, indicar la mesa, proponer promociones, aconsejar productos, tomar pedidos) y las operativas (armar y desarmar las mesas, llevar platos, reponerlos, servir las mesas, preparar los productos de cafetería y los platos de almuerzo del día).

Una vez por semana se proponía un dispositivo grupal de asamblea, que comprendía a los usuarios y a parte del grupo de promotores (responsables de la ejecución del proyecto), en el cual se trataban los temas relativos al funcionamiento del café y del grupo de trabajo: se compartían experiencias y se discutían los eventuales problemas organizativos y relacionales, las

propuestas y soluciones en una óptica horizontal y compartida del proyecto.

El objetivo ha sido el de facilitar la circulación de la palabra, la expresión de los problemas cotidianos que el grupo enfrenta y los modos de resolverlos, favoreciendo la adquisición de herramientas prácticas, sociales e interpersonales para promover una mayor autonomía tanto personal como grupal. Este proceso promueve la progresiva adquisición de responsabilidad, pertenencia e implicación dentro del proyecto.

A su vez, se realizaron semanalmente reuniones de promotores, en las que nos ocupamos de favorecer el mejor funcionamiento del Café, buscando financiamiento, tratando de solucionar los problemas prácticos y legales que iban surgiendo, difundiendo el proyecto en red y acompañando a cada usuario en comunicación con sus equipos tratantes.

Asimismo, realizamos un seminario de capacitación en empresa social dirigido a usuarios y promotores a fin de profundizar nuestra formación en dicha temática.

## **Personas a quienes está dirigida la experiencia**

Los destinatarios de esta práctica son personas mayores de 18 años que sean o hayan sido usuarias del sistema público de salud mental, y que por su condición se encuentren en situación de vulnerabilidad sociolaboral y desventaja relacional.

Al inicio del proyecto formaron parte de la capacitación

en tareas a puertas cerradas diez usuarios del sistema público de salud. Es importante señalar que, luego de la conformación del equipo original, realizamos entrevistas periódicas para la incorporación de nuevos usuarios en vistas a un paulatino crecimiento del proyecto.

Con el transcurso de dicha etapa formativa, se fue conformando el grupo más estable de trabajo, que en la actualidad cuenta con seis usuarios que desempeñan tareas específicas (mozo, bachero, cocinero, adicionista, etc.).

En este recorrido fuimos aprendiendo que esta incorporación debía ser paulatina, acordando un mes de prueba, a fin de poder evaluar conjuntamente su integración al proyecto. También diseñamos otro modo de participar, que es la figura del tallerista (concurriencia de dos días por semana), para aquellos que por diversas razones no pueden asumir la responsabilidad de una asistencia diaria.

## Equipo responsable de la ejecución

El equipo de trabajo responsable de la ejecución del proyecto contempló al inicio la función de técnico gastronómico y operador en salud mental, con roles fijos y funciones específicas. El resto de las funciones, con el correr del tiempo, se fueron delineando en áreas: difusión y promoción, gestión de recursos, comercialización, articulación con efectores públicos de salud para la incorporación de nuevos usuarios y su seguimiento con los equipos tratantes, docencia, articulación con universidades y espacios de educación no formal, articulación con otros

emprendimientos sociales. Estas áreas han sido llevadas a cabo por los distintos miembros del equipo en función de las necesidades del proyecto, las aptitudes y el deseo de cada integrante.

## Fuentes de financiación

Al inicio contamos con fondos de la Cooperación Internacional a través del ARCI (Asociazione Recreativa e Culturale Italiana) de la ciudad de Trieste, Italia; la Asociación Ecco (En Camino con Otro por la Integración Sociolaboral) como contraparte nacional en el proyecto ISOLE (Integración Socioeconómica y Lucha contra la Exclusión Social en Áreas Prioritarias de la Argentina) a partir de una gestión asociada entre el Estado y el Tercer Sector cofinanciado con la Cooperación Italiana a través de la Organización no gubernamental Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popolo (CISP); y becas del Programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo –línea de actividades asociativas de Interés Comunitario– del Ministerio de Trabajo de la Nación.

## Articulación con otros emprendimientos

Se encargaron remeras con el logo del Café Basaglia al emprendimiento social Viva Estampa; panes, pizzas y dulces, al emprendimiento Delicias y Hierbas y Especies; ensaladas al emprendimiento de la Red FUV; los individuales, porta azúcar y servilleteros que se presentaron en las mesas, a Artesanías Urbanas; La Huella hizo la pizarra y realizó la reparación de sillas y mesas. El emprendimiento Ciclopapel ofreció sus productos

los días que se realizaron los eventos culturales.

### Aspectos que facilitaron la ejecución de la experiencia

- Articulación con la Casona Cultural de Humahuaca, disponiendo de su infraestructura y ofreciéndola en alquiler al Café en una franja horaria de 9 a 15 horas, de lunes a viernes.
- Disponibilidad de financiamiento que posibilitó el inicio del desarrollo de la actividad.
- Haber contado con cargos rentados, de las dos técnicas gastronómicas y operador en salud mental, para las tareas de capacitación.
- El trabajo voluntario del grupo de promotores/emprendedores.
- Diseño de una primera etapa de capacitación de los usuarios, previa a la apertura del Café, que posibilitó el afianzamiento del grupo y el espacio de trabajo, y la incorporación paulatina de pautas y objetivos; continuidad en el acompañamiento.
- Capacidad de articulación con otros emprendimientos y asociaciones, tanto del ámbito privado como del público y del tercer sector.
- Ejercicio de la tolerancia a la incertidumbre, a la convivencia con las tensiones que van surgiendo, a las responsabilidades con múltiples y diversos requerimientos de gestión.

### Aspectos que obstaculizaron la ejecución de la experiencia

- El trabajo voluntario, si bien fue un facilitador al inicio del proyecto, por momentos configura también un obstáculo para el sostenimiento de la práctica a largo plazo.

- El grupo de promotores está conformado en su mayoría por profesionales de la salud que carecen de formación y experiencia en empresas sociales y gestión de negocios.
- Dificultad de incorporar el rol de administrador/contador.
- Tensión entre la autogestión y la heterogestión.
- La multiplicidad de acciones y funciones que se distribuyen entre pocos emprendedores, lo cual muchas veces implica una carga difícil de gestionar.

## Logros, aprendizajes y desafíos

- Integración de los usuarios en el proyecto y conformación de un grupo de trabajo, lo cual permitió el aprendizaje de las tareas específicas dentro del Café, al potenciar las capacidades previas de cada uno.
- Conformación de un equipo de trabajo, autónomo y autogestivo, de promotores comprometidos con la ejecución de un dispositivo de inserción laboral en la comunidad.
- Progresivo desarrollo de autonomía e implicación en la toma de decisiones del grupo de promotores y usuarios.
- Formación del grupo de promotores en un seminario interno en empresas sociales, dado que este dispositivo requiere que los que lo conformamos nos capacitemos en esta temática específica.
- Acercamiento de universidades (UBA, Maimónides, etc., para ofrecer pasantías de alumnos); requerimientos de diversas cátedras para realizar trabajos de formación dentro de la cursada de sus alumnos (carrera de Comunicación Social, Facultad de Psicología (cátedra de Psicología Institucional, Psicología Preventiva).



- Muy buena experiencia de construcción de la convivencia con La Casona y las personas que allí trabajan.
- La articulación con diferentes emprendimientos sociales públicos, privados y del tercer sector.

## A modo de conclusión

Iniciar esta experiencia ha implicado saber que existen otras tantas, locales e internacionales, en las que nos podemos referenciar. Pero esto no elimina ni el vértigo ni su contrapartida de entusiasmo, propio de esta manera de emprender, con un elevado grado de autonomía y autogestión.

El Café Basaglia, ya podemos decirlo, está produciendo un conjunto de relaciones sociales, de recursos y sinergias antes inexistentes o solo potenciales. No sin atravesar numerosos desafíos organizativos, barreras sociales, culturales y disciplinarias que debemos reconocer para poder superar. De hecho, una de las dificultades con las que nos encontramos es cómo darle forma –formalizar, organizar– a algo que a veces se nos escapa.

En la actualidad se nos presentan dos grandes desafíos, la visibilización del Café Basaglia como empresa social y la sustentabilidad del mismo. En este tiempo se han ido acercando diversos grupos de trabajo, voluntarios, equipos de acompañantes terapéuticos, organizaciones de la economía social, universidades, cátedras, grupos que festejan un cumpleaños o despiden el año en este espacio; comienzan a ser parte de este proyecto a la vez que devienen clientes,

soporte económico de un consumo responsable e inteligente socialmente, produciendo inclusión social y salud. Se genera así una trama de diversos actores sociales y se multiplica el protagonismo de los socios, promotores y vecinos.

A esta altura del recorrido, nos encontramos muchas veces sorprendidos por la potencia de lo que este modelo propicia, lo cual contribuye a atenuar el temor a la “irracionalidad” de toda experiencia innovadora. La solidaridad local e internacional nos va dando avisos del apoyo generado para la sustentabilidad del Café en el tiempo; lo cual contribuye a evitar el riesgo de quedar como experiencia fragmentada e inconclusa.

Estamos convencidos de que lo que sucede muchas veces cuando estamos juntos es algo del orden de las pasiones alegres, como algo que vitaliza, que abre, que proyecta, que entusiasma, que contagia; lo encontramos en las ganas que se generan cada vez que otros proyectos se acoplan, se interesan en hacer algo juntos, por un tiempo, compartir algo de este recorrido incierto. Y también, como todo proyecto en permanente construcción, aparece a veces el peligro de las pasiones tristes, como algo que cierra, que detiene, que amenaza, que resta fuerzas.

Nuestro gran reto sigue siendo animarnos a sostener estas tensiones, lo que abre y lo que cierra, lo que vitaliza o lo que detiene, llenando nuestras mesas de personas que, junto con el almuerzo o el café, “tomen” también noción del valor social de esta otra economía, a la vez que de su propia condición ciudadana.

## Bibliografía

- OMS/OPS. (2009). *Salud mental y derechos humanos: Vigencia de los estándares internacionales*. Recuperado de [http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS\\_ARG/pub65.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub65.pdf)
- Rotelli, F. (2012). *Por una empresa social*. Recuperado de [http://conferenciabasagliargentina.org/para-una-empresa-social\\_](http://conferenciabasagliargentina.org/para-una-empresa-social_)

## Mujeres y Salud Mental

### -Garuhapé, Misiones-



Nombre de la Institución: CIC Rural de Garuhapé-Mi

Domicilio: Pareja San Miguel, Garuhapé-Mi

Localidad: Municipio de Garuhapé

Provincia: Misiones

Correo Electrónico: [cic.garuhape.mi@gmail.com](mailto:cic.garuhape.mi@gmail.com)

Representantes: Licenciada María Elsa Vásquez y psicopedagoga Marcela Marina Beuter, Equipo de Salud Mental CIC Garuhapé Mí

### Descripción de la práctica

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (artículo 8), se conforma el Equipo de Salud Mental de Garuhapé-Mí, Misiones, en el ámbito de la prevención en salud mental y a través del trabajo territorial que lleva adelante la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. En el

artículo 11 de la citada ley, se establece la importancia de la implementación de acciones de inclusión social y laboral, y de atención en salud mental comunitaria; de los servicios para la promoción y prevención en salud mental, y de centros de capacitación sociolaboral y emprendimientos sociales.

Respecto de la salud comunitaria como condición de salud de la población, coincidimos con lo que apunta Mamaní (2009) en cuanto a abordarla desde condiciones positivas, entendiendo que hablamos de *salud*, no de mala salud o enfermedad.

Al tratarse de una comunidad signada fuertemente por la crisis de la década del noventa, creemos conveniente atender al concepto de vulnerabilidad psicosocial que propone Domínguez Lostalo (citado en Di Nella, 2009):

Grado de fragilidad psíquica que la persona tiene por haber sido desatendida en sus necesidades psicosociales básicas: seguridad afectiva, económica, protección, educación, tiempo de dedicación; como así también, comida, agua potable, trabajo y salud. La situación de vulnerabilidad se juega predominantemente frente a lo social, ya que genera como una falla en la contención (grupal y comunitaria, al no poder garantizar el efectivo acceso a los derechos humanos fundamentales). (p. 32)

Desde el inicio de nuestra actividad en el Paraje Garuhapé-Mí, fueron mayoritariamente mujeres las que participaron de las actividades llevadas a cabo. Estas mujeres, como otras millones

del mundo, son pilares fundamentales en las que se apoya la familia y la sociedad. Incansables en su cotidiano andar, asumen las responsabilidades del mantenimiento y cuidado de sus hijos, marido, adultos mayores. Sin desatender ninguna de estas responsabilidades, luchan por integrarse en el mercado de trabajo para mejorar la situación en la que se encuentran.

Es por eso que para nuestra práctica incorporamos la perspectiva de género en el trabajo con estas mujeres como sujetos sociales activos y diseñamos un proyecto basado en las necesidades de esta población. Definimos las acciones y los criterios de salud mental pensados desde las mismas mujeres como protagonistas de su bienestar, centrados en actividades de concientización y de transformación de sus condiciones de vida, especialmente de sus vidas cotidianas, teniendo en cuenta además aquellos factores que constituyen modos de vida enfermantes.

La presente práctica está basada en los resultados del diagnóstico realizado por el equipo en la localidad, donde se han identificado como factores de riesgo:

1. El número y la edad de los hijos: tres o más niños en edad escolar y dos o más menores de cuatro años por hogar.
2. La inestabilidad y condición laboral de los hombres: son changarines y se trasladan a otras localidades a trabajar, ausentándose de sus hogares muchas veces por semana, otras hasta uno o dos meses. Durante ese lapso, es la mujer la que enfrenta todas las situaciones

del hogar.

3. Trabajo temporario y falta de trabajo, sobre todo para las mujeres. La mayoría solo trabaja en épocas de tarea (cosecha de la yerba mate); el resto del tiempo no saben como resolver la economía del hogar, contando con la Asignación Universal por Hijo (AUH) o alguna pensión no contributiva como recurso para la obtención de ingresos mensuales.
4. Explotación laboral: el vivero de plantines de pino de una empresa es el único lugar donde se emplean las mujeres de la localidad (alrededor de 12), con una carga horaria de 9 horas y más por día, sin las protecciones laborales y con un salario de 10 pesos por hora trabajada.
5. Falta de documento de identidad: se observa una cantidad importante de mujeres que no cuentan con DNI –a pesar, en ocasiones, de haber nacido en el país, sus padres (extranjeros sin documento) no lo tramitaron–, lo que impide el acceso a cualquier plan social, como la AUH, aunque sus hijos ya están documentados. Proviene de localidades fronterizas de la hermana República del Paraguay.
6. Los fenómenos de violencia intrafamiliar, causados por el excesivo consumo de alcohol de los varones los fines de semana cuando regresan a sus hogares.

Estos son algunos de los factores que consideramos riesgosos para la salud mental de estas mujeres. A través del proyecto que estamos ejecutando, intentamos crear factores de protección –basados en el derecho– que actúen como una red de contención y solidaridad mutua que contemple su

desarrollo y el fortalecimiento de la autoestima, las conductas de autocuidado, la autonomía en la toma de decisiones; en definitiva, del proyecto personal de las mujeres.

La modalidad de trabajo es el abordaje grupal, a través de talleres como espacios de reflexión, para incorporar y analizar temas que tienen que ver con lo cotidiano en un ambiente de respeto, escucha y apoyo mutuo.

## Contexto actual en el que se desarrolla la experiencia

Como toda comunidad, la población de Garuhapé-Mí se encuentra atravesada por procesos sociohistóricos. Entendiendo la importancia y la necesidad de intervenir en acciones de promoción, prevención y reorganización de la vida cotidiana, realizamos un diagnóstico que conlleva el conocimiento de la población, las personas, su familia y su contexto inmediato.

## Garuhapé-Mí: un poco de historia para comprender su presente

A fines de la década del cuarenta, la empresa Arriazu, Moure y Garrasino, Obrajes y Aserraderos SRL, construyó una fábrica de terciados de madera a unos 12 kilómetros de la zona urbana de Garuhapé, en el paraje que se denominó posteriormente como Garuhapé-Mí.

El 29 de septiembre de 1950 se inició un importante crecimiento habitacional cuando la fábrica comenzó a funcionar



con alrededor de 550 empleados que vinieron con todas sus familias desde distintas colonias de la zona y del Paraguay.

La realidad de las décadas del cincuenta, sesenta o setenta fue sustituida por otra muy distinta desde el 4 de mayo de 1998, cuando la fábrica de maderas terciadas y laminadas Garumí cerró definitivamente sus puertas, dejando sin su principal y casi único sostén laboral a este paraje. Allí unos 200 operarios dependían directamente de la fábrica y otros tantos lo hacían en forma indirecta. La falta de trabajo estable tras el cierre de Garumí produjo el quiebre de la cadena socioeconómica de Garuhapé-Mí, por lo que los ex trabajadores de esa empresa peregrinaron en busca de asistencia de toda especie, lapso que se prolongó un par de años debido a la crisis desatada en el 2001 que extendió el quebranto en el asentamiento.

La historia de este pueblo, ubicado a 160 kilómetros de Posadas, se conoció en 2007 a nivel nacional a través de un noticiero televisivo de un canal de aire. A 14 años del cierre de la fábrica, a los actuales habitantes de Garuhapé-Mí les llegó la noticia de que a raíz de la quiebra de la fábrica Garumí hay un remate pendiente de casi 107 hectáreas que conforman parte del pueblo, la cancha de fútbol, el club social y deportivo San Miguel, los terrenos y las casas de 90 familias que no existen en los papeles, porque en el expediente el lugar figura como desocupado. Sin embargo, quienes viven allí afirman ser dueños de las casas y lo prueban con papeles, en los que constan que compraron sus terrenos a los propietarios de la fábrica.

Un pequeño grupo que vivió y estudió en Garuhapé-Mí

se organizó con rapidez para salvar a la comunidad y llevó el tema hasta la gobernación, y a principios de abril del 2011 el problema de las tierras de Garuhapé-Mí que iban a remate quedó resuelto: el Gobierno de la provincia adquirió unos 47 lotes (ocupados por familias oportunamente relevadas) en proceso de escrituración e inscripción registral a favor del Iprodha (Instituto Provincial de Desarrollo Habitacional); una vez concluido se espera la regularización dominial a favor de los ocupantes relevados. Esta situación fue corroborada a través del gobernador de la provincia el 21 de Marzo de 2012, durante la inauguración de la escuela secundaria.

Aunque hoy Garuhapé-Mí vive un nuevo escenario que da cuenta de viviendas construidas y entregadas a sus adjudicatarios, cordón cuneta y calles empedradas que le dan un nuevo impulso a la vida comunitaria, la realidad es que el 52 % de las familias habitan viviendas construidas con el terciado de la época descrita precedentemente (o madera), y sin título de propiedad.

En la actualidad funcionan en la localidad: un CAPS (Centro de Atención Primaria de Salud) con un médico y dos enfermeros; la Escuela Provincial N° 344; el Bachillerato con Orientación Laboral (BOLP) N° 34 (colegio secundario); la Biblioteca Popular San Miguel; el Club Social y Deportivo San Miguel; la Fundación Familia Kolping; la Cooperativa de Agua San Miguel; el Centro de Jubilados y Pensionados; una fábrica de muebles y aberturas del IFAI (Instituto de Fomento Agropecuario e Industrial del Gobierno de la Provincia de Misiones), recientemente reinaugurada, que empleará alrededor

de 20 personas (hombres jóvenes); y un CIC rural (Centro Integrador Comunitario).

Respecto del transporte público, existe una empresa de transporte urbano con una frecuencia de uno cada hora, por la mañana, y cada dos horas, por la tarde, que conecta con Garuhapé (12 km) y Puerto Rico (18 km), donde se encuentran todos los servicios: banco, hospital, registro de las personas, municipalidad, supermercados, talleres, comercios especializados, etc.

El paraje cuenta con 2.000 habitantes aproximadamente y se encuentra conectado con la Ruta Nacional 12 por un camino asfaltado de siete kilómetros. Presenta una estructura de edad joven: es decir, una alta proporción de niños y jóvenes y una baja proporción de edad avanzada. Los menores de 14 años representan el 39,1 % de la población. En las edades potencialmente activas (15-64 años) el porcentaje es del 54 %. En las edades avanzadas (65 años y más) la proporción es del 6,9 %.

Luego del cierre de la fábrica, muchas familias debieron emigrar en busca de nuevos horizontes. Otras quedaron afincadas en el lugar, y los jefes de hogar y otros miembros se trasladaron a otros territorios en busca de trabajo.

En cuanto a la condición de actividad, el mayor porcentaje de los trabajadores se encuentran en el sector privado. En su gran mayoría, son empleados de una empresa y su trabajo lo desarrollan fuera de la localidad. El 68,2 % de los trabajadores

carecen de aportes jubilatorios en sus trabajos, lo que da cuenta de la precariedad laboral y coincide con el tipo de trabajo que desarrollan.

El 70 % de las familias se dedican a la autosubsistencia a través del aprovechamiento del espacio libre que les queda en el terreno, utilizándolo como huerta o para la cría de animales de corral.

Algunos datos:

- 50 % de la población tiene menos de 20 años
- 45 % primario incompleto
- 60 % sin cobertura de salud a través de obra social y/o medicina prepaga

En este marco social de falta de trabajo, precariedad laboral, baja escolarización, escasa cobertura de salud, el Equipo de Salud Mental promueve el trabajo como herramienta de inclusión social, para lo cual se hace necesaria la capacitación y la formación.

Advertimos la situación de discriminación y dependencia que viven muchas mujeres de Garuhapé-Mí, con el consecuente malestar en sus vidas cotidianas, por lo que nuestro trabajo se desarrolla a nivel grupal para intentar mejorar la calidad de vida de las mujeres, favorecer su desarrollo personal y promover una sociedad más justa, democrática y equitativa. Organizamos espacios de reflexión sobre los modos de vida analizándolos desde una perspectiva de género con el fin de dinamizar los

procesos de transformación.

## Objetivo general de la práctica

Promover la formación de las mujeres de Garuhapé-Mí en situación de vulnerabilidad social, posibilitando el acceso a un nivel de vida más digno, en el marco de sus derechos, e impulsando su participación activa y organizada en la generación de empleo como herramienta de inclusión social.

## Objetivos específicos

- 1) Generar espacios de organización con propuestas educativas alternativas a la formal (talleres) basadas en un enfoque de derechos humanos, que faciliten la generación de vínculos y lazos sociales.
- 2) Potenciar las capacidades de las mujeres de Garuhapé-Mí a partir del desarrollo de la autoconfianza, construyendo proyectos de vida personal sobre bases de solidaridad mutua y autocuidado.
- 3) Fortalecer a las mujeres como referencia afectiva y sostén de la familia para el pleno goce de sus derechos.
- 4) Incorporar, promover y desarrollar la metodología de trabajo en redes sociales.
- 5) Construir organización y poder desde temáticas específicas de participación.

## Descripción de la experiencia

Advertimos, observando el desarrollo del programa Primeros Años, que básicamente las mujeres se reunían para “aprender” alrededor de alguna tarea convocante como las manualidades.

Es esta la acción que utilizamos como dispositivo para realizar los talleres propuestos por Grela y López Gómez (2000) sobre diferentes temáticas –Autoestima, Sexualidad, Autocuidado, Tiempo Libre, Relaciones Significativas (Madre e Hija y Amigas), Crisis Vitales, Violencia Intrafamiliar y de Género, Límites, Organización Comunitaria, entre otros que fueron surgiendo de los grupos– que apuntaron a la promoción y la prevención de la salud mental, entendida desde Burin et al. (1990) como el bienestar de las personas.

Estos talleres se realizaron en las zonas trabajadas por el programa Primeros Años, utilizando los mismos espacios y los mismos grupos (e incorporando a otras mujeres): zona sur, zona norte, zona centro 1 y 2, y zona centro 3. Mientras se desarrollaban estos temas, en cada zona se fue realizando una actividad manual elegida por las participantes:

- Zona sur: confección de bufandas para el día del padre en tela polar con detalles en crochet, almohadones, cortinas, ropas de bebé, mantillas.
- Zona norte: confección de bufandas para el día del padre en tela polar; almohadones en telas de trapo de piso; crochet.
- Zona centro 1 y 2: bordado, confección de bufandas

y almohadones.

- Zona centro 3: crochet.

Los talleres son espacios creados para la escucha y la contención. Se han dado en los diferentes barrios, en la casa de una de las participantes:

- Zona sur: vivienda particular de Nivia.
- Zona norte: vivienda particular de Luisa.
- Zona centro 1 y 2: salón del Centro Integrador Complementario (CIC).
- Zona centro 3: vivienda particular de Shirley.

Cada grupo fue convocando a sus vecinas, parientes y amigas a participar de los talleres para explicarles en qué consistían. Esta modalidad dio muy buenos resultados.

Nuestro objetivo inicial fue la creación de instancias que pudieran ser una herramienta de prevención de situaciones más críticas, así como espacios donde entender y superar situaciones difíciles que, las más de las veces, se expresan en el mundo de lo doméstico–familiar.

Conectadas con la Municipalidad, desde la Dirección de Cultura invitaron a participar de jornadas de exposición de trabajos artesanales en las distintas localidades de la región: Plaza de Garuhapé, Paseo Puerto Rico, Región de las Flores en Ruiz de Montoya y Festival de la Gruta India en el municipio de Garuhapé. El Municipio facilitó el traslado de las mujeres para dirigirse a otros eventos en los que mostrar el trabajo realizado.

Iniciamos los encuentros con el 1.<sup>er</sup> Taller sobre Autoestima, cuyo objetivo fue contribuir a redimensionar el valor de sí misma. En este primer taller, se decidió confeccionar bufandas como regalo del día del padre. Las mujeres propusieron realizar actividades con el objetivo de recaudar fondos para la compra de los materiales, y organizaron una feria de platos. La tela, hilos y agujas fueron comprados en Encarnación (Paraguay) para mejor aprovechamiento de los recursos por la diferencia de precio.

El 2.<sup>do</sup> Taller “Primero están los demás: ¿dónde y cómo lo aprendí?” tuvo como objetivo contribuir a redimensionar el valor de sí misma e identificar el papel que juega la culpa y el deber ser, la autoaceptación y la aceptación de los otros, el temor al rechazo y al castigo, y buscar nuevas formas de apuntalamiento y construcción de sí misma.

En esta instancia, se puede identificar el deseo “de que el grupo crezca, siga trascendiendo”, para lo cual manifiestan “es necesario que seamos unidas, que se convierta en un grupo fuerte e importante” y “que no quede acá, que se pueda seguir con el proyecto hasta llegar a la meta”, proponiendo “dar lo mejor de nosotras”.

En el 3.<sup>er</sup> Taller, “La historia de nuestra autoestima”, ya habían confeccionado las bufandas y empezaron a venderlas a vecinos, en los comercios, y un grupo participó en la Feria de Garuhapé, donde llevaron los primeros trabajos de los grupos de las distintas zonas.



Luego de esta experiencia, se plantean la necesidad de capacitación para mejorar los trabajos y estar a la altura de los presentados por otros grupos participantes. No obstante, exteriorizan que deben “ser positivas y aprender; no dejarse estar; salir adelante”, y que “el trabajo nos hace sentir importantes; saber que podemos hacer con nuestras manos y desarrollarnos”.

Para los talleres 4.<sup>to</sup> y 5.<sup>to</sup> –“De madres e hijas: revisitando y recuperando una relación significativa” y “Equilibristas en la familia”, respectivamente– se proponen aprender a hacer un proyecto participativo, para lo cual se trabaja “la participación comunitaria”.

Asimismo, se realizan evaluaciones generales de los talleres:

- Surge la necesidad de capacitación en crochet, costura, pintura sobre tela y bordado en cinta.
- Se realiza un listado de necesidades para la capacitación: hilos, telas, máquinas de coser, agujas, pintura para tela, etc.
- Se reconocen importantes con las charlas, pues se crea confianza.
- “Tiene que ver el dinamismo del grupo, entenderse y, principalmente, que la risa es un remedio infalible”.
- “Aprendo cosas para sentirme mejor y puedo trabajar sin dejar mi beba” (una mamá que viene a los talleres con su bebé).

Con el 6.º Taller “Recreación y tiempo libre: los permisos para el disfrute”, se organizó una caminata aeróbica realizada un domingo, con apoyo del grupo de jóvenes con quienes hemos trabajado el proyecto “El deporte es salud: No hay salud sin salud mental”.

Además, con este grupo de mujeres se organizó el día del niño: se realizó una ludoteca en la plaza del pueblo, donde participaron activamente desarrollando actividades en los diferentes rincones.

Con la mirada puesta en el objetivo de alcanzar la consolidación de un emprendimiento, expresaron la necesidad de contar con máquinas de coser y materiales para llevar adelante la capacitación, como asimismo con las capacitadoras. Es así que, conociendo de la existencia de dos máquinas de coser en poder de Gregoria Ramírez (82 años), que le habían sido entregadas en el año 1988 como parte de un proyecto sin concretar, se decidió recuperarlas. Una vez aceptada la solicitud, se firmó un convenio de comodato entre la señora Ramírez y la Coordinadora de la Mesa de Gestión del Centro Integrador Comunitario. Como las máquinas estaban en desuso durante mucho tiempo, fueron entregadas al municipio para el *service* y la fabricación del mueble. En forma simultánea, el Equipo de Salud Mental gestionó la obtención de fondos para la compra de materiales y pago a las capacitadoras. Estas gestiones fueron realizadas ante el Instituto Provincial de Loterías y Casinos de la Provincia (IPLyC).

El tiempo transcurrido (tres meses), tiempo de la

burocracia municipal que no coincide con los tiempos de las mujeres que esperan la capacitación, hace que sigamos con los talleres y realizando actividades propuestas por las mujeres.

Es importante resaltar que en estos espacios las mujeres han empezado a denunciar situaciones que vulneran los derechos de las personas o a plantear demandas que se presentan en sus barrios, como denuncia de abuso, abandono de adultos mayores, falta de vivienda y violencia intrafamiliar.

### **Personas a quienes está dirigida la experiencia**

Las destinatarias de la experiencia son alrededor de 20 a 35 mujeres que participan en forma efectiva. Se trata de mujeres rurales, semirurales y urbanas, de escasos recursos, con baja escolaridad, pertenecientes en su mayoría a familias numerosas. Un número importante de las participantes (entre 7 y 10) son tareferas (cosechadoras de la yerba mate, de carácter estacional).

### **Tiempo de ejecución de la práctica**

- Fecha de inicio: abril de 2012.
- Fecha de finalización: 21 de diciembre de 2012.

### **Fuente de financiación**

Al inicio de los talleres se trabajó con materiales sobrantes del programa Primeros Años. Luego, se reunieron fondos provenientes de actividades (feria de platos). Estos

recursos fueron incrementándose con la venta de los productos (en pequeña escala) y, asimismo, con la cantidad de material para trabajar. Las ganancias obtenidas (aunque a la fecha pueden ser pequeñas) han servido para cubrir necesidades de miembros del grupo.

Para los talleres, luego de dos meses de trabajo, se obtuvo a través de la SENNAF (Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia) materiales como: hojas A4, biromes, papel madera, afiches, fibrones, etc. El aporte más importante fue recibido de parte del Instituto Provincial de Lotería y Casinos (IPLyC), con el que se solventó la compra de material para continuar con el trabajo.

### Aspectos que facilitaron la ejecución de la experiencia

- La previa conformación de los grupos (programa Primeros Años).
- La necesidad de las mujeres de un espacio de contención y escucha.
- La organización para la futura formación de un emprendimiento productivo como herramienta de inclusión social.
- Los espacios de talleres pensados como construcción de redes de contención y de reconstrucción de los lazos sociales de las participantes y la comunidad.
- El respeto del Equipo de Salud Mental por los tiempos de las mujeres coadyuvó a entender nuestra práctica desde lo que existe, lo que está en movimiento, lo que tienen las mujeres y la comunidad, lo que pueden y quieren;

y no desde lo que nosotros traemos de afuera, desde nuestros tiempos, sino desde sus tiempos.

- El rescate de la territorialidad o el trabajo en territorio que nos permitió descubrir y descubrirnos, observar y observarnos más allá de las profesiones que exhibimos.

## Aspectos que obstaculizaron la ejecución de la experiencia

Entre las situaciones o factores que obstaculizaron el desarrollo de las actividades, podemos mencionar:

- Las tareas en la tarea desarrolladas por la mayoría de las mujeres de la zona centro 3. Este trabajo estacional comenzó al inicio del proyecto lo que dificultó un día de reunión fijo en el que pudieran participar todas. Por este motivo los talleres no fueron semanales sino cuando ellas nos convocaban. Es importante destacar el interés y entusiasmo con el que nos recibían luego de cada intensa jornada laboral y el empeño que ponían en buscar espacios para poder encontrarnos.
- Falta de recursos económicos para llevar adelante los talleres. Si bien al principio varias mujeres contaban con algunos materiales adquiridos a través del programa Primeros Años, las que se acercaban por primera vez tuvieron que comprarse todos los elementos que por su situación económica implicó retrasos en algunos grupos y ausencias, ya que algunas veces al no tener los elementos no venían.
- El sistema patriarcal que predomina en la comunidad: varias mujeres que comenzaron a participar con entusiasmo en los grupos, abandonaron expresando

a sus vecinas que no continuaban debido a que sus maridos no les permitían participar.

- El “lugar” que ocupa la mujer en la comunidad y el lugar que “debe” ocupar, siendo otro rasgo de esta cultura patriarcal da cuenta que el lugar de la mujer es lo privado, su hogar. En este marco, nos encontramos con participantes que comenzaron a ser víctimas de especulaciones y murmuraciones de sus vecinas al “andar por la calle cuando el marido no está”, y nos plantearon que para prevenir problemas con sus parejas preferían dejar de venir.
- Las distancias: tres de los barrios están alejados, con caminos de tierra de difícil acceso los días de lluvia, además del desarrollo de los talleres en viviendas particulares, por lo que hubo veces en que no se pudo desarrollar los talleres y/o encuentros.

## Logros, aprendizajes y desafíos

### Se realizaron:

1. Entre 7 y 11 talleres o encuentros en cada una de las zonas delimitadas para el proyecto.
2. Dos eventos para procurar fondos y sostener la compra de materiales.
3. Gestión ante organismos provinciales para la obtención de recursos económicos, cuyo fin es la compra de materiales y un reconocimiento económico a las capacitadoras en crochet, bordado en cinta y pintura sobre tela.

## Logros:

1. Treinta mujeres fueron fortalecidas en su autoestima y capacitación para superarse, y lograr un mejor nivel de vida para sí mismas y sus familias.
2. “Caminata aeróbica para mujeres”. En la práctica cotidiana se entiende que el tiempo de las mujeres debe ser usado solo en tareas “productivas” y de resultado inmediato. Logramos desestructurar la obligación, y darle tiempo a la risa, encontrando gratificaciones personales que forman parte de la salud mental.
3. Recuperación de dos máquinas de coser para las tareas de capacitación de las mujeres.
4. La participación en una feria artesanal en Garuhapé.
5. Aunque tímidamente, circulan los productos artesanales realizados por las mujeres en el medio local.

## Aprendizajes:

1. La posibilidad de capacitarse fortalece las habilidades, a la vez que repercute en forma positiva en la autoestima y en la calidad de vida de las mujeres que participan del proyecto.
2. El dispositivo de los talleres nos permitió participar en numerosas acciones que compartimos con las mujeres y la comunidad.
3. Estar en dichos espacios, sentir y hacer con ellas nos permitió conocerlas mejor, conocer sobre sus barrios y sus problemas cotidianos, sus aspiraciones y proyectos, sus historias de vida, sufrimientos y alegrías. Nos permitió, asimismo, conocernos a nosotras mismas

- desde otras dimensiones profesionales y personales.
4. Al escuchar en los espacios de taller comentarios sobre situaciones de violencia, en muchas ocasiones nos sentimos tentadas de intervenir profesionalmente; pero aprendimos a manejar nuestras ansiedades y esperamos el pedido de ayuda, respetando sus procesos.

### Desafíos:

1. Grupo de mujeres organizadas, conocedoras de sus derechos, capacitadas para emprender una actividad productiva que les permita mejorar su calidad de vida y la de sus familias.
2. Un emprendimiento productivo conformado por mujeres.
3. Trabajo articulado con organismos públicos y privados y la comunidad toda.



## Bibliografía

- Burin, M. et al. (1990). *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Di Nella, Y. (2009). *Desarrollo humano en comunidades vulnerables: el método de la clínica de la vulnerabilidad social*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Grela, C. y López Gómez A. (2000). *Mujeres, salud mental y género*. Recuperable de <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/musa.pdf>
- Mamaní, V. H. (2009). *En-red-ando: Salud y calidad de vida*. Buenos Aires: Lumen.

## Prácticas relativas al derecho de defensa de las personas con discapacidad en proceso de determinación de capacidad jurídica -Ciudad Autónoma de Buenos Aires-

Nombre de la institución: Curaduría Pública N° 10, Defensoría General de la Nación; ante los Juzgados Nacionales de Primera Instancia en lo Civil-Familia N° 12, 81 y 87 Curaduría Pública N° 7, Defensoría General de la Nación; ante los Juzgados Nacionales de Primera Instancia en lo Civil-Familia N° 4, 88 y 106

Domicilio: Montevideo 477, piso 1°

Localidad: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Correo Electrónico: mmele@mpd.gov.ar;

pgoizueta@mpd.gov.ar

Representantes: Fernández Mele, Soledad, secretaria (cont.), cargo de la Curaduría Pública N° 10; Goizueta, María Perla, curadora pública a cargo de la Curaduría Pública N° 7

### Descripción de la práctica

**Práctica A.** Producir encuentro entre curador provisorio –defensor– con la persona con discapacidad (en adelante, PCD) en forma inmediata y posterior a la designación judicial del cargo de curador provisorio y antes del dictado de sentencia, como mínimo. La invitación a la entrevista se realiza por carta o en forma telefónica. Se ofrece a la PCD toda la información sobre cuestiones vinculadas al proceso, y la posibilidad de transmitir lo que desee al juez actuante. En otra época, el contacto personal

entre curador provisorio y defendido se realizaba por intermedio de radiograma policial asimilándose más a una imposición.

**Práctica B.** Destacar en todos los dictámenes que el proceso es adversarial y que la posición de la Curaduría Pública es de defensa de la capacidad jurídica de la PCD. En la práctica, esto se traduce en que la Curaduría Pública no formula peticiones contrarias a la voluntad de la PCD, reflejadas en cualquier parte del expediente judicial.

**Práctica C.** La producción de informes sociales es dispuesta en todos los casos. En menor medida, por la disponibilidad de recursos humanos, se realizan informes psicológicos o interdisciplinarios –con trabajador social, psicólogo y médico psiquiatra–. En todos los casos, la consigna de trabajo y la oportunidad es decidida en forma estratégica por el curador provisorio y de manera que coadyuve a la defensa de la capacidad.

**Práctica D.** Acompañamiento a la PCD para la obtención de los distintos recursos que el Estado brinda en materia de derechos sociales (vivienda, alimentación, subsidios, documentación de identificación, etc.). Esto implica comunicaciones telefónicas con las distintas reparticiones, concurrencia personal del curador provisorio, trabajador social u otro agente de la Dirección General de Tutores y Curadores Públicos (DGTCP) y realización de diligencias escritas (libramiento de oficio, artículo 59 de la Ley 24.946).

**Práctica E.** Los dictámenes que se realizan en forma

previa al dictado de sentencia se formulan en los términos del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Por esto se solicita la desestimación de denuncias con fundamento en los artículos 141 y 152 bis del Código Civil y, en su caso, se requiere la fijación de un sistema de apoyo.

## Fundamentación de la práctica

**Práctica A.** El encuentro en forma inmediata y posterior a la designación de curador provisorio, que generalmente ocurre con el auto de apertura a prueba, permite despejar dudas respecto del alcance del proceso. De esta manera, la PCD tiene conocimiento de los actos procesales que se irán sucediendo, los efectos de cada uno de ellos y las decisiones que ella puede tomar al respecto: cuestionar, impugnar peritaje, etc.

En definitiva, estos encuentros garantizan también el derecho a ser oído. En todo momento la PCD es invitada a pensar y transmitir la elección de las personas de su preferencia para el acompañamiento/apoyo a peticionar ante el Juez.

Por último, esta práctica también encuentra sustento en las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad, las cuales destacan la relevancia del asesoramiento técnico-jurídico para la efectividad de los derechos de ese universo vulnerado, entre ellas las PCD, y en condición de pobreza (numerales 3 y 7, Sección 2.<sup>a</sup>, Capítulo 1 y Sección 2.<sup>a</sup>, Capítulo 2).

**Prácticas B y C.** El antecedente normativo de esta práctica está dado por el principio de legalidad del artículo 18 de la Constitución de la Nación Argentina, que garantiza el derecho de defensa en juicio; y por los artículos 8, número 1, de la Convención Americana de Derechos Humanos; artículo 14, número 1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y los artículos 12 y 13 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Resulta necesario enfatizar en todo momento en los procesos judiciales en los que interviene la Curaduría Pública que el esquema adversarial de los procesos civiles resulta también aplicable a los procesos de determinación de capacidad jurídica.

En el proceso de verificación fáctica, una de las garantías epistemológicas mínimas es la posibilidad de contraprueba o confutación. La garantía de la defensa consiste en la institucionalización del poder de refutación. Este requerimiento reafirma, ahora desde una perspectiva epistemológica, el eminente valor de la antigua separación procesal de los roles de parte (actor y demandado; acusador y reo), por un lado, y de juez, por el otro.

La *resignificación del contradictorio* implica un diseño del procedimiento que posibilite la refutación de las hipótesis principales y secundarias, que estimule la comparación, que atenúe los riesgos de prejuicios, que favorezca la formación de un juicio ponderado (Meroi, 2006). Ello puede parecer sofisticado para un proceso –como en el que intervenimos los curadores

públicos—, pero es el esquema que debe seguirse, sobre todo a partir de la entrada en vigencia de la CDPD. Se trata de uno de los ajustes de procedimiento que menciona el artículo 13.1 de la CDPD.

La CDPD nos obliga a repensar las instituciones en relación con la capacidad de las personas. En esa empresa, es necesario comenzar a vislumbrar en el curador un defensor del reconocimiento de la capacidad jurídica de la PCD, y en los auxiliares, sus asistentes técnicos.

Esto impone que se facilite el desempeño de sus funciones efectivas en el proceso. De este modo, además de que la PCD pueda desarrollar cualquier rol en un proceso, se logrará que este no sea solo nominal, sino que tenga reales alternativas de eficacia en su gestión jurídica. La defensa técnica que brinda la Curaduría Pública es una de esas alternativas.

Gerard Quinn y Theresia Degener (2002) señalan que la invisibilidad en que se ha sumido a las PCD ha generado una tendencia a dejar de lado las protecciones jurídicas ordinarias para la promoción de la libertad humana que damos por sentadas. Es como si las protecciones jurídicas existentes no se aplicaran o se aplicaran con mucho menos rigor en el caso de las personas con discapacidades. Una de las principales tareas del sistema internacional de derechos humanos, a este respecto, es hacer que las sociedades sean conscientes de la contradicción entre los valores que profesan y su aplicación (o, más bien, su falta de aplicación o su aplicación incorrecta) en el contexto de la discapacidad.

Esto sucede en algunos procesos. El derecho de defensa, que corresponde a todas las personas por igual, es flexibilizado y debilitado cuando se refiere a una PCD, que además es pobre.

El derecho de defensa, derecho incuestionado e intangible en cualquier otro proceso de naturaleza civil, penal, administrativo, etc., no se aplica con tanta estrictez en el proceso de capacidad y hasta es aceptable que el estándar de defensa sea menguado. Esto es resistido sistemáticamente por las Curadurías Públicas que aplican la práctica.

**Práctica D.** La obtención de los diferentes recursos durante la sustanciación del proceso posiciona a la PCD en un lugar de mayor autonomía, en la medida de lo posible. Esto permite que, a la hora de realizar el pedido de sentencia, las necesidades básicas estén cubiertas y que el análisis verse únicamente sobre la capacidad jurídica. Se observa que, en muchos casos, lo que subyace en el proceso judicial son necesidades básicas que no han sido satisfechas por otros organismos del Estado. Al resolverlas, la Curaduría Pública se encuentra en mejores condiciones para defender la capacidad.

**Práctica E.** El fundamento de esta práctica radica en la clara recepción del artículo 12 de la CDPD. La defensa de la capacidad se realiza aun en los casos en los que la deficiencia sea muy severa y pueda ameritar, entonces, un apoyo intenso o total.

## Contexto actual en el que se desarrolla la experiencia

La práctica se lleva a cabo en las Curadurías Públicas N°7 y N°10 de la Dirección General de Tutores y Curadores Públicos, dependiente del Ministerio Público de la Defensa.

## Objetivo de la práctica

Resignificar a las personas asistidas como sujetos de derecho con acceso pleno al asesoramiento jurídico público y gratuito durante el proceso en el que se cuestiona su capacidad.

## Descripción de la experiencia

Se encuentra una gran resistencia en diferentes ámbitos de actuación, a diferencia de la garantía institucional brindada por la Defensoría General de la Nación.

## Equipo responsable de su ejecución

- Curador público: abogado que ejerce el rol de curador provisorio; defensor de la PCD en procesos de insania/inhabilitación/artículo 152 ter del Código Civil.
- Asistente de curador público.
- Profesionales técnicos/equipos interdisciplinarios que dependen de la Curaduría Pública (asistentes sociales, psicólogos/as, médicos/as psiquiatras).



## Personas a quienes está dirigida la experiencia

Esta práctica se aplica a los procesos de insania/inhabilitación, artículo 152 ter del Código Civil, en los que interviene cada Curaduría Pública. Las prácticas son aplicables a un universo de 709 casos.

## Tiempo de ejecución de la práctica

- Fecha de inicio: los primeros esbozos de las prácticas se comenzaron a delinear con la aprobación de la CDPD, en el 2008. No obstante, se señala que las entrevistas personales son convocadas desde mucho antes. Se han enfatizado desde la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental.
- Duración de la práctica: las prácticas continúan implementándose hasta el presente.

## Fuente de financiación

El desembolso dinerario proviene de la Defensoría General de la Nación y está destinado a aumentar los profesionales técnicos que asisten a cada curador.

## Aspectos que facilitaron la ejecución de la experiencia

- El primer elemento determinante es el convencimiento personal de cada funcionaria.
- La capacitación continua de cada funcionaria.
- El respeto a los otros saberes, disciplinas de la salud

mental.

- El consecuente aprendizaje del trabajo en equipo.
- El contacto personal con la PCD.
- El apoyo institucional.

## Aspectos que obstaculizaron la ejecución de la experiencia

La resistencia al nuevo paradigma se presenta en algunos ámbitos, tanto en el sistema de salud como en el sistema judicial. En algunos casos, la asunción por parte del curador de un rol de defensor más parecido al del proceso civil ordinario –en el que prima la voluntad de la persona asistida– ha generado una movilización en otros operadores, puesto que el curador sirve ahora, fundamentalmente, a la voluntad de la persona y no a otras necesidades del proceso: producción de medidas de prueba, seguimiento de caso a requerimiento del Ministerio Público de Menores e Incapaces, producción de informes requeridos por órganos jurisdiccionales para habilitar la intervención de organismos internos (por ejemplo, informe social previo a la intervención del Cuerpo Médico Forense).

## Logros, aprendizajes y desafíos

Los logros han sido significativos. El mayor logro es la respuesta de las personas asistidas. En muchos casos, refieren sentirse oídos “por primera vez”. Lamentan a veces que esta posibilidad “haya llegado tarde”. Esto se debe a que, cuando un caso se judicializa, ya tocó muchas puertas en la comunidad sin obtener una respuesta favorable. Expresan, asimismo, sentirse a gusto con la posibilidad de que “alguien” pueda hacer oír su

VOZ.

El desafío es personalizar aún más la labor de la Curaduría Pública, en su carácter de curador provisorio, que se dificulta por el número de casos. La cantidad de casos no es inocua, sino directamente proporcional a la calidad de la defensa.

### **Aspectos y artículos de la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) con los que se articula la práctica**

La práctica se vincula con el artículo 152 ter del Código Civil, incorporado por la Ley 26.657, en cuanto impactó en los procesos que versan sobre capacidad jurídica (insania, inhabilitación, artículo 152 ter Código Civil); con el artículo 12 de la CDPD, que reconoce la personalidad plena de las PCD, y con el artículo 13 de la CDPD, en cuanto dispone que debe garantizárseles el acceso a la justicia de las PCD. En las cuestiones vinculadas con la vida personal de la PCD, se utilizan los artículos 13, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 29 y 30 (CDPD). En las cuestiones patrimoniales y las vinculadas con la práctica d), se citan en particular los artículos 12. 5 y 28, CDPD; en las cuestiones relativas a la salud, se utilizan los artículos 15, 25 y 26.

## Bibliografía

- Meroi, A. (2006). *Resignificación del “contradictorio” en el debido proceso probatorio*. En Grupo de Investigaciones en Derecho Procesal (Eds.), *Controversia procesal* (pp. 69 y ss.). Medellín: Universidad de Medellín.
- Quinn, G., Degener, T., et al. (2002). *Derechos humanos y discapacidad: Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas.

## El Cisne del Arte -La Plata, Buenos Aires-

Nombre de la Institución: Taller El Cisne del Arte, dispositivo cultural del Centro de Salud Mental Comunitaria Casa de Pre Alta, Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn

Domicilio: Calle 56, N° 707 e/ 9 y 10

Localidad: La Plata

Provincia: Buenos Aires

Correo electrónico: [elcisnedelarte@hotmail.com.ar](mailto:elcisnedelarte@hotmail.com.ar)

[lago\\_laura@hotmail.com](mailto:lago_laura@hotmail.com)/ Sitio Web: [elcisnedelarte.com.ar](http://elcisnedelarte.com.ar)

Representante: profesora Laura Lago, coordinadora general

### Fundamentación de la práctica

El Cisne del Arte se fundamenta en el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como personas con plenos derechos, y de la dimensión cultural del hombre y los pueblos como parte integrante de los derechos humanos. En

consonancia con la Ley 26.657, que introduce la perspectiva de los derechos humanos en el campo de la salud mental, esta iniciativa propone un abordaje interdisciplinario e intersectorial, y caracteriza la salud mental como un proceso en el cual la dimensión de la cultura y el lazo social se consideran en relación dialéctica con los procesos de salud.

El término *dispositivo cultural* nos permite abarcar distintas prácticas que suceden en El Cisne del Arte: actividades artísticas, artesanales, comunicacionales, editoriales, etc. Todas comparten en sus bases la estructura del juego, que es el antecedente y el sustento de la cultura, y requieren la marca de la subjetividad para realizarse. Estas prácticas son el núcleo específico de un taller cultural que no es reductible a otros campos del saber.

El concepto de cultura supone reconocer distintos estilos y modalidades humanas en relación con la supervivencia y el desarrollo comunitario. Abarca el análisis de las complejas tramas que relacionan lo orgánico, lo simbólico y lo imaginario. Es un campo complejo y heterogéneo donde distintas maneras de pensar y sentir el mundo conviven en tensión, contradicción o mixtura. Los objetos y representaciones sociales que les asociamos circulan y se resignifican en cada contexto de recepción. El Cisne del Arte es un espacio, entre otros, para trabajar sobre las representaciones sociales, los recursos simbólicos de usuarios, familiares, profesionales y allegados, con la finalidad de favorecer los lazos sociales por fuera de estigmas, estereotipos o paternalismos.

## Orientación de la práctica

El Cisne del Arte toma una dirección diferente de la llamada “rehabilitación de los enfermos mentales”. No está para corregir, reabilitar o adaptar al paciente a los cánones de una normalidad, según la cual falla. Piensa al sujeto como sede de un saber. Saber que hace lazo o que aún no ha encontrado su modo de entretenerse. El que viene al taller es alguien que ha hecho algo con su malestar y su circunstancia. Desde esa singularidad se intenta alojar la diferencia, pero sin idealismos de ningún tipo. Proponemos un proceso de trabajo que evita los imaginarios negativos sobre la locura, así como las idealizaciones románticas, porque en definitiva ambas posiciones no representan necesariamente a los usuarios de los sistemas de salud mental y dejan al sujeto allí donde lo encuentran: “si es un menos, no hay nada que apostar allí; si es un más, no hay ninguna necesidad de apostar”.

Trabajamos con individuos o comunidades que se sienten afectados por su padecimiento, situación que retorna muchas veces en ruptura o dificultad para establecer lazos sociales. El lugar del arte, de lo cultural, de lo recreativo puede ser una herramienta para acompañar al sujeto en la construcción de sus recursos simbólicos, condición para que el lazo se establezca.

## Contexto actual en el que se desarrolla la experiencia

El Cisne del Arte funciona en el contexto del Centro de Salud Mental Comunitaria Casa de Pre Alta, que pertenece al Servicio de Externación del Hospital Dr. Alejandro Korn del partido de La Plata, provincia de Buenos Aires. La Casa

de Pre Alta se inauguró en 1987 y se ha especializado en la atención de personas con padecimiento subjetivo en proceso de externación de internaciones manicomiales. Brinda una atención personalizada de acuerdo con el requerimiento de cada uno de los usuarios, para lo cual establece un tratamiento sobre la base de un diagnóstico interdisciplinario. El taller El Cisne del Arte funciona en la Casa de Pre Alta desde el año 2006.

## Objetivos generales de la práctica

- Aportar a los procesos de externación de los participantes y su sostén en el tiempo.
- Alojar y propiciar el desarrollo de los recursos subjetivos de los participantes.
- Propiciar lazos sociales mediados por el discurso del arte, la artesanía, la comunicación social y otras disciplinas afines, sus objetos y los circuitos propios de esas actividades.
- Transmitir una orientación y referenciar un modo de trabajar desde la interdisciplina.
- Contribuir al conocimiento y abordajes dignos en salud mental.

## Objetivos específicos

- Producir objetos que tengan estatuto de obra (calidad en la presentación pública) y circulación en el campo cultural.
- Crear los contextos de circulación de las producciones, que orienten la recepción comunitaria hacia los valores



- intrínsecos de estos objetos producidos en el taller.
- Favorecer en cada integrante la invención para establecer lazos sociales vivificantes.
  - Transmitir las dimensiones técnicas de cada disciplina que se aborda. La exploración de los procedimientos está al servicio de la expresión, el juego y el desarrollo de un saber-hacer.
  - Capacitar a las personas de la comunidad académica, cultural y de la salud para la replicación de dispositivos afines y para el trabajo interdisciplinario.
  - Propiciar identificaciones no estigmatizantes ni deficitarias.

## Descripción de la experiencia

La finalidad de El Cisne del Arte es promover el lazo social a través de prácticas artísticas, artesanales, recreativas y comunicacionales. Trabaja fuertemente articulado con el equipo de salud de manera interdisciplinaria y en concordancia con las estrategias personalizadas de tratamiento integral de cada participante. El Cisne del Arte no tiene una finalidad terapéutica, los efectos en la subjetividad y en los vínculos de los participantes se retoman en sus espacios individuales de tratamiento o en el espacio interdisciplinario del equipo de salud.

El Cisne del Arte está destinado a los usuarios que se atienden en la Casa de Pre alta y en consultorios externos del Hospital, o que están internados en alguna de las salas del mismo. Su inclusión puede ser sugerida por uno de los profesionales de referencia para el usuario o por el usuario

mismo. El tallerista coordinador se entrevista con el usuario y con el profesional referente. Se comunica la posible inclusión en la reunión del equipo interdisciplinario en la que se analiza la propuesta y se define una primera estrategia de intervención.

El Cisne del Arte es una práctica compleja que no se agota en el tiempo específico del encuentro, jornada o clase, sino que abarca la planificación de las clases, jornadas o encuentros; la elaboración de estrategias disciplinarias; la participación en la elaboración de las estrategias interdisciplinarias; el registro documental o etnográfico de las prácticas, las producciones y los recorridos de los participantes; el archivo y resguardo de las producciones, la formación, supervisión y capacitación; la puesta en público de las producciones conceptuales y artísticas; la elaboración de proyectos; los festejos y celebraciones propios de las trayectorias grupales.

Trabaja con la modalidad de taller que supone una dinámica grupal entendida como potencialidad de encuentros desde lo singular de cada uno. La participación de los usuarios es voluntaria y las personas pueden dejar la actividad cuando lo requieran.

Los coordinadores son responsables de planificar los talleres a mediano plazo y por cada encuentro, así como de realizar las crónicas o relatorías de estos. El ejercicio de la crónica permite sostener o renovar los objetivos que se han planteado y reorganizar los espacios de taller donde los mismos sujetos participantes van configurando tendencias, intereses, gustos, dificultades, habilidades, necesidades y propuestas.

Las actividades de paseos, festejos o producción –como, por ejemplo, el armado artesanal de un libro– se planifican entre todos y se deciden responsables operativos cada vez, siempre teniendo en cuenta intereses y posibilidades.

La didáctica aplicada es de base lúdica. Esto no significa que las actividades tengan que ser juegos ya establecidos, sino que la estructura misma de la actividad debe propiciar un clima y una dinámica lúdica. Las premisas de trabajo son las siguientes: la participación e indagación activa de materiales, soportes y lenguajes; la actividad como estructurante de la tarea acotada a un tiempo y espacio; la valoración de los saberes previos y puntos de vista de todos los participantes; y el clima festivo de los encuentros.

El rol del coordinador es complejo y múltiple acorde con los objetivos que se propone el dispositivo. Su rol tiene varios aspectos o dimensiones:

- Facilitar el conocimiento de conceptos, procedimientos y actitudes propios de cada disciplina.
- Crear canales de circulación social.
- Resguardar la modalidad lúdica y el clima placentero de trabajo.
- Dar lugar a la creatividad de los participantes, soportando que anuden en las producciones de objetos (por ejemplo, un cuadro) y de procesos (por ejemplo, un torneo) algo de su cosmovisión y/o malestar subjetivo; esto supone trabajar en el doble sentido de hacer de soporte material y conceptual

de la actividad creativa y de alojar la diferencia del sujeto propiciando su localización en una producción artística, corporal o comunicacional.

## Actividades

En todas las instancias participan los usuarios según sus intereses, la pertinencia respecto de las estrategias de tratamiento (valorando que esa participación no lo perjudique a él o a otro participante) y la capacidad operativa de que se disponga. Las actividades son múltiples, la experiencia nos demuestra que, para que los lazos se sostengan en el tiempo, el trabajo del coordinador debe abarcar otras actividades, no solo las que se llevan a cabo durante el encuentro o clase. La cotidianidad de El Cisne del Arte abarca actividades de taller (clases, encuentros, jornadas de distintas disciplinas: literatura, expresión corporal, comunicación social, etc.), tareas editoriales, organización y armado de presentaciones artísticas, difusión en los medios y comunicación social, diseño y ejecución de proyectos puntuales, festejos y paseos, documentación y archivo, registro de las clases y encuentros, reuniones de estudio, planificación o consulta, capacitación y supervisión.

## Equipo responsable de su ejecución

- Laura Lago: instructora en Artes y Oficios, Hospital Dr. A. Korn, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; profesora de Juegos Dramáticos, coordinadora general

- Ayelén Correa: sin cargo; estudiante avanzada en Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP); coordinadora del Taller de Comunicación; integrante del equipo de realización del documental *Los fuegos internos*.
- Aldo Aparicio: sin cargo; estudiante avanzado en Comunicación Social (UNLP); coordinador del Taller de Comunicación.
- Pablo Villar: sin cargo; estudiante avanzado de Antropología (UNLP); colaborador en talleres.
- Ana Santilli Lago: sin cargo; estudiante avanzado de Antropología (UNLP); coordinadora del seminario Cuerpo (expresión corporal); integrante del equipo de realización del documental *Los fuegos internos*.
- Ayelén Martínez, Laura Lugano y Malena Battista: sin cargo; estudiantes avanzadas de Antropología (UNLP); integrantes del equipo de realización del documental *Los fuegos internos*.
- Natalia Ugarte: sin cargo; licenciada en Psicología, escritora; coordinadora del taller literario.
- Sara Guitelman, Paula Manolidis y Bea Ramasciotti: licenciadas en Comunicación Visual; coordinadoras del equipo de alumnos de Diseño Activo de la Facultad de Bellas Artes (UNLP), realizan los diseños para El Cisne del Arte.
- Antonela Borelli y Andrés Molina: sin cargo; licenciados en Comunicación Visual; administradores de la página web y de las redes sociales.

## Personas a quienes está dirigida la experiencia

- Personas con padecimiento subjetivo con diagnóstico de psicosis, esquizofrenia y retraso mental, que están internadas y externadas del hospital.
- Personas que coordinan y colaboran en El Cisne del Arte.
- Estudiantes que eligen realizar sus prácticas en el Cisne del Arte, usuarios y trabajadores de la Casa de Pre Alta y del hospital.
- Docentes y alumnos del Programa de Extensión Diseño Activo de la Facultad de Bellas Artes (UNLP).
- Comunicadores sociales, profesionales del campo de la salud mental, funcionarios, asociaciones civiles afines, vecinos y público en general.

**Cantidad de personas destinatarias de la experiencia que participan efectivamente:** 45 personas.

**Tiempo de ejecución de la práctica:** 6 años.

**Fecha de inicio:** agosto de 2006.

## Fuente de financiación

El dispositivo no cuenta con presupuesto asignado. El único recurso humano rentado es el de coordinadora con cargo técnico de instructor en Artes y Oficios. El hospital provee algunos insumos y otros son comprados con ahorros de las ventas de las producciones artísticas artesanales del mismo dispositivo. Muchas de las producciones editoriales son realizadas por la

## Aspectos que facilitaron la ejecución de la experiencia

- El contexto institucional inmediato, es decir, la concepción y orientación del equipo interdisciplinario de la Casa de Pre Alta; fue un espacio que alojó al taller desde sus comienzos; retoma los efectos que se producen en el taller en el marco de estrategias interdisciplinarias.
- La difusión y visibilización de la problemática de la salud mental colaboró en un mejor y mayor intercambio con otros actores sociales como la universidad, los medios de comunicación, los centros culturales, etc.
- La sanción y difusión de la Ley de Salud Mental contribuyó a dar un marco de legitimación.
- La relación con cátedras universitarias y la presentación de programas de voluntariado universitario.
- El apoyo de la Dirección Provincial de Salud Mental, de la Dirección Asociada de Psiquiatría y Psicología médica del Hospital Dr. A. Korn y de la Dirección Ejecutiva y Administrativa de este hospital.

## Aspectos que obstaculizaron la ejecución de la experiencia

Ubicamos como obstáculos las carencias propias de una práctica hasta cierto punto novedosa y diferente de las que convencionalmente se consideran dentro del campo de la salud. Los principales inconvenientes han sido la falta de un espacio físico adecuado para las tareas de taller y actividades con público; la falta de inscripción formal del dispositivo en la

estructura orgánica de la institución; la falta de reconocimiento formal y económico de la capacitación brindada a colaboradores, voluntarios y estudiantes que se acercan al dispositivo y el no contar con un presupuesto asignado para planificar a mediano y largo plazo.

## Logros, aprendizajes y desafíos

LOGROS	APRENDIZAJE	DESAFÍO
Producción de objetos	Puede haber calidad artística o estética	Sostener los talleres
Circulación en el campo cultural	Hay un contexto de recepción	Establecer circuitos
Creación de nuevos lazos	Los sujetos inventan lazos impredecibles a priori	Acompañar interdisciplinariamente
Recomposición de lazos	Los sujetos a veces pueden y quieren recomponer alguna relación previa a la internación o crisis.	Acompañar interdisciplinariamente



<p>Incorporación de nuevos lenguajes</p>	<p>La apropiación de nuevos lenguajes amerita una labor docente competente que optimice los esfuerzos</p>	<p>Capacitarse, formarse, incorporar recursos humanos competentes estables y o temporarios</p>
<p>Creación de una mini editorial</p>	<p>Amerita un estudio de mercado acorde con las posibilidades reales de generar un beneficio sin perder los objetivos de salud</p>	<p>Capacitarse, organizarse, conseguir insumos y maquinarias.</p>
<p>Desinstitucionalización</p>	<p>La complementación manicomial cede cuando el sujeto tiene un proyecto de vida</p>	<p>Trabajar en red con las salas y servicios del hospital.</p>

Formalización de la práctica	Formalizar es un momento de autoevaluación y descubrimiento	Profundizar la formalización. Capacitarse y formarse en investigación.
Transmisión de la práctica	Transmitir es crear redes	Establecer nuevas relaciones con otras instituciones y colectivos
Mejoramiento de la comunicación institucional	Las producciones y transformaciones que se dan en el taller influyen en el mejoramiento del clima de toda la institución	Profundizar la comunicación
Establecimiento de lazos en el campo de la salud mental, la universidad y organizaciones civiles	Son los objetos y la formalización de la práctica los que conducen a establecer lazos firmes y productivos	Conseguir recurso humano para una planificación comunicacional institucional

## Aspectos y artículos de la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad con los que se articula la práctica

### Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

- Abordaje interdisciplinario.
- Compatibilidad de los saberes artísticos, artesanales, recreativos, etc., con la definición y abordaje de la salud mental.
- Previsión de capacitación de los técnicos y profesionales implicados.
- Intersectorialidad, interministerialidad e interjurisdiccionalidad.
- Modelo de atención primaria de la salud.
- Orientación por el lazo social.

### Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Nueva York, 13 de diciembre de 2006, ONU

- Accesibilidad para formarse, disfrutar y producir bienes y actividades culturales, de esparcimiento y deportivas.
- Accesibilidad a materiales culturales protegidos por derechos de autor.
- Reconocimiento y protección de derechos culturales.
- Reconocimiento de la identidad cultural.

## Bibliografía

- Freud, S. (1973). *El malestar en la cultura*. España: Alianza.
- Guitelman, S. et al. (2011). *El Perro lanudo, radiografía de un fenómeno*. La Plata: Autor.
- Huizinga, J. (1957). *Homo Ludens*. Buenos Aires: Emecé.
- Lago, L. (2012). *¿Qué lugar tiene el tallerista en el ámbito de la salud mental?* (en línea). Disponible en: <http://casadeprealta.blogspot.com.ar/2012/09/texto-presentado-en-la-mesa-redonda-y.html>
- Lago, L. (Ed.). (2013). *El taller como dispositivo en salud: Guía teórico práctica para talleristas*. Recuperada de <http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/publicaciones.php>
- Lago, L. et al. (2011). *Marcos y tramas*. Recuperada de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/2013/04/18/segunda-jornada-de-ex-residentes-de-psiquiatria-psicologia-y-trabajo-social-de-la-provincia-de-buenos-aires/>
- Naveau, P. (2009). *Las psicosis y el vínculo social*. Madrid: Gredos.
- Winnicott, D. (1985). *Realidad y juego*. Madrid: Gedisa.

## Hospital de Día en el Hospital General San Martín -La Plata, Buenos Aires-

Nombre de la Institución: Hospital de Día del Servicio de Salud Mental, Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín

Domicilio: Calle 71, entre 115 y 116

Localidad: La Plata

Provincia: Buenos Aires

Correo Electrónico: gonanandrea@hotmail.com,  
saludmental.sanmartin@gmail.com

Representantes: Licenciada en Psicología Ma. Andrea González; licenciada en Trabajo Social Nadia Rodríguez; licenciada en Musicoterapia Mariana Morras; doctora Julia Álvarez; profesora de Educación Física Rosana Ferrando; licenciada en Psicología Graciela Francinelli

\* Afiche construido durante un taller en el que cada usuario/a opinaba lo que significaba el Hospital de Día para su vida.

## Descripción de la práctica

La salud mental es comprendida desde la perspectiva del proceso de salud-enfermedad-atención. En este marco, se hace necesario entender los sufrimientos mentales de la persona en el conjunto de sus relaciones familiares, grupales y sociales en un sentido amplio. Esta manera de comprender la problemática, sumada a la complejidad de elementos que intervienen en el desencadenamiento de la enfermedad, hace necesario pensar formas de abordaje que tengan en cuenta la integralidad del sujeto que sufre y la multiplicidad de ámbitos en los que transcurre el proceso de enfermar (Galende, 1997).

En esta perspectiva se enmarcan dispositivos como el Hospital de Día, que apunta a un modelo de atención integral y comunitario. La práctica desarrollada desde el Hospital de Día está enmarcada en el paradigma de la salud mental comunitaria y de los derechos humanos, promulgado por la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Desde el año 2010, los Hospitales de Día se encuentran contemplados en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657(artículo11), en la que se establecen cambios superadores respecto de la modalidad de abordaje de esta compleja temática. En ella se establece que “La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud

mental comunitaria”, disponiéndose para tal fin el desarrollo de dispositivos como el ya mencionado, entre otros. Por otro lado, en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad –en los artículos 25 y 26– se establece los derechos de las personas con alguna discapacidad a acceder a dispositivos de rehabilitación y a la atención de su salud.

El Hospital de Día, del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín (HIGA), es un dispositivo terapéutico alternativo, de abordaje grupal y con régimen ambulatorio, destinado a personas con padecimiento mental, mayores de 15 años, que necesitan de un proceso de rehabilitación en inserción social y comunitaria. Constituye un área dentro del Servicio de Salud Mental que funciona desde el 2004. Los usuarios concurren diariamente de lunes a viernes de 9 a 14 horas. El tiempo estimado de tratamiento es de seis meses a un año, según cada situación particular. Allí son derivados de las diferentes áreas del servicio (Sala de Internación, Consultorio Externo, Interconsulta, Guardia), de otros servicios del hospital, de otros hospitales o centros de salud y, excepcionalmente, del sector privado.

Los usuarios/as continúan con sus tratamientos individuales (psicofarmacológico y/o psicológico) y se busca articular estos con el tratamiento en el Hospital de Día a través de reuniones con los terapeutas a fin de coincidir con los objetivos terapéuticos y definir una misma dirección. El dispositivo está dirigido a personas con padecimiento mental grave, que requieren una atención intensiva y casi diaria, en la que la asistencia ambulatoria individual por consultorio externo resulta

insuficiente. Personas que necesitan un acompañamiento en el proceso de rehabilitación e integración social.

Actualmente, concurren 25 usuarios. La mayoría de ellos concurre diariamente, el resto asiste algunos días o participa solamente de algunos talleres.

## Objetivos de la práctica

- Favorecer la rehabilitación y la integración social y comunitaria de las personas con padecimiento mental, desde un abordaje interdisciplinario que contemple la singularidad de ellas.
- Promover la autonomía y fortalecer los lazos sociales, contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.
- Prevenir el aislamiento, el deterioro de la enfermedad y las posibles descompensaciones, evitando así las internaciones y reinternaciones.
- Promover la participación activa de los/las referentes vinculares en el proceso de rehabilitación de la persona usuaria, trabajando los posibles conflictos que se presenten.
- Establecer redes institucionales y sociales que permitan alojar a la persona con padecimiento mental en la comunidad.

## Equipo responsable de la ejecución

Respecto de la modalidad de abordaje, se trabaja en



equipo respaldándonos en el artículo 8 de la Ley N° 26.657, que establece la atención en salud mental desde un equipo interdisciplinario.

La complejidad de los problemas que se presentan en el campo de la salud mental y, en particular, el trabajo orientado hacia la inserción en la comunidad –de personas para las cuales el lazo social se ha deteriorado– nos convoca y plantea la necesidad de un abordaje interdisciplinario. Este abordaje supone una construcción permanente, en el que “la tensión entre la integración y la diferenciación no se resuelve nunca de manera acabada y reaparece frente a cada problema a abordar” (Stolkiner, 1999). Sostener esta tensión en el trabajo en equipo se constituye en un desafío que brinda la posibilidad del surgimiento de algo nuevo. Todo esto requiere, como condición indispensable, mantener espacios semanales de reunión de equipo y de supervisión externa, entre otros requisitos, que permitan la construcción de un marco conceptual común y de una práctica compartida.

La interdisciplina precisa un trabajo sostenido y constante. Es en los encuentros sistemáticos, realizados una vez por semana, en los que los diferentes saberes entran en juego y se complementan posibilitando abordajes más abarcadores y complejos de las problemáticas que se visualizan o se presentan como emergentes.

## Conformación del equipo estable

- **Psicóloga de Planta:** coordinación del equipo

interdisciplinario del Área de Hospital de Día; trabajo en gestión interinstitucional e intersectorial; atención individual, familiar y coordinación de espacios grupales; supervisión de casos; referente docente de las residencias de Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social que rotan por el área.

- **Trabajadora Social de Planta:** coordinación de espacios grupales; atención individual y familiar; entrevistas de admisión y seguimiento; articulación interinstitucional e intersectorial; referente docente de la residencia de Trabajo Social.
- **Psiquiatra de Planta:** coordinación de espacios grupales; entrevistas de admisión y seguimiento individual; referente docente de la residencia de Psiquiatría.
- **Musicoterapeuta de Planta:** coordinación del espacio grupal de Musicoterapia; entrevistas de admisión y seguimiento individual.
- **Profesora de Educación física de Planta:** coordinación del espacio grupal de Educación Física; entrevistas de admisión.
- **Psicóloga de Planta:** coordinación de espacios grupales.

Se han incorporado en los últimos años al equipo talleristas de otras disciplinas como Comunicación Social y Artes Plásticas, pertenecientes a Proyectos de Extensión de la UNLP y, por otro lado, talleristas que concurren ad honorem. También realizan rotaciones residentes de Trabajo Social, Psiquiatría y Psicología.

## Actividades que se desarrollan en el dispositivo

La institución ofrece diferentes actividades que se llevan a cabo diariamente. Se prioriza el abordaje grupal, en algunos casos con modalidad de asamblea o de taller. En su tránsito por el dispositivo, vamos propiciando el protagonismo de los usuarios/as en su tratamiento, razón por la cual resulta esencial que participen durante todo el proceso en la toma de decisiones sobre la atención y su tratamiento. La mayoría de ellos/as concurre diariamente, otro/as asisten algunos días o participan solamente de algunas actividades puntuales. Esto no resulta arbitrario, sino que es pensado dentro de una lógica de trabajo, en la que ya desde la admisión se intenta armar la propuesta de participación junto con el/la usuario/a y su familia o referente vincular. Se ofrece un recorrido por el dispositivo de acuerdo con sus necesidades e intereses, eligiendo los espacios, talleres o días en los que va a concurrir.

Las actividades se encuadran en una misma dirección terapéutica. Hay una estrategia pensada para cada usuario o usuaria, y una particular manera de implementarla en cada espacio, que es pensada desde el abordaje de un equipo interdisciplinario.

Conforme con el marco normativo ya señalado, se trabaja teniendo en cuenta los derechos de la personas con padecimiento mental, establecidos en el artículo 7 (Ley N° 26.657), como el de recibir una atención social, integral y humanizada; el derecho al tratamiento que menos restrinja sus libertades, y que promueva la integración familiar, laboral y comunitaria; el derecho de estar informado de los derechos que

lo asisten; el derecho de poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento, entre otros.

También se articula con los principios generales que están establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 3. En relación con las actividades que se desarrollan, la Convención en su artículo 8 establece la importancia de “Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad” y de sensibilizar y trabajar para desarmar los estereotipos, los prejuicios y otras prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad.

## Las actividades grupales que se realizan actualmente

### Asambleas de apertura y cierre

Se realizan dos veces por semana, al comenzar y al terminar la semana. En este espacio, los usuarios/as, coordinados por una integrante del equipo, comparten lo sucedido durante el fin de semana y proyectan las actividades extrahospitalarias que se deberán realizar durante la semana y durante el fin de semana. Se trabajan, además, los posibles conflictos surgidos. Allí también se brinda un espacio donde compartir cuestiones que hacen a la convivencia del grupo, la relación entre usuarios/as y el equipo terapéutico, el funcionamiento de las actividades, los aspectos de la organización, etc., con el fin de trabajar sobre las propuestas que surjan. Se busca ir de lo particular de los dichos de cada usuario/a a la creación de alguna norma o regla general, que ellos mismos construirán para ordenar la

convivencia.

## Educación física

Se proponen actividades en las que se trabaja con el cuerpo propio y el del otro en una organización espacio-temporal; todas direccionadas hacia el surgimiento de vertientes afectivas y relacionales, en el que lo expresivo y lo lúdico puedan manifestarse en este “espacio socio-motor”. Los objetivos que se persiguen en el área son los siguientes:

- Contribuir al incremento de las capacidades corporales y orgánicas.
- Favorecer la formación de conciencia sobre salud e higiene.
- Contribuir a la expresión y comunicación corporal individual y grupal.

## Musicoterapia

En este espacio se utiliza la música y sus elementos (ritmo, sonido, melodía, armonía) con el objetivo de atender las diversas necesidades a nivel intra- e interpersonal, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los usuario/as. Dentro del Hospital de Día, los objetivos se orientan a promover la integración social, la expresión emocional, la comunicación, la organización, etc. Se utilizan diversos tipos de experiencias sonoro-musicales, tanto activas como receptivas, como así también las improvisaciones musicales (instrumentales o vocales), el trabajo con canciones, la audición de música editada, etc. Si bien pueden emplearse otros medios como la

palabra, el cuerpo, etc., es en relación con la música que se desarrolla el proceso terapéutico, en el cual se promueven y registran cambios expresivos, receptivos y relacionales que dan cuenta de la evolución del tratamiento. Los métodos y técnicas empleados se utilizarán según las necesidades y posibilidades de cada usuario/a o grupo.

## Trabajo social

Se apunta a trabajar desde dos modalidades: por un lado, desde el abordaje individual con el usuario/a y su referente vincular y, por otro, desde el abordaje grupal con todos los usuarios/as. Se trabaja desde una perspectiva interdisciplinaria en ambas modalidades. Se propone realizar intervenciones tendientes a:

- aportar a la reconstrucción de redes de sostén y contención del usuario, por un lado, mediante acciones relacionadas con lo familiar o con el grupo vincular y, por otro, mediante acciones que aporten a la vinculación del sujeto con actividades comunitarias y sociales;
- aportar a la mejora de las condiciones de existencia y sostén del tratamiento del sujeto, realizando acciones de asesoramiento y acompañamiento, vinculadas con la inserción sociolaboral y educativa, subsidios, pensiones, transporte, situación legal, situación habitacional, entre otras.

## Taller de expresión

Se trata de un espacio terapéutico coordinado por una psicóloga del equipo, con una frecuencia semanal. Su función es estimular, dentro de un contexto grupal, la expresión de la subjetividad. Para ello se parte de consignas facilitadoras y disparadoras de la reflexión, la imaginación, la creatividad y la capacidad lúdica, mediante la utilización de diferentes recursos: juegos, dibujos, lectura de cuentos, historias, poesías, teatralización, música, etc.

## Taller de radio y programa de radio *Rompiendo barreras*

Este taller se encuentra enmarcado en el proyecto de extensión de la UNLP denominado “Taller de radio comunitaria en Hospital de Día”. El proyecto se inserta en la propuesta terapéutica de las personas con padecimiento mental que concurren al Hospital de Día. Consiste en la realización de un taller de radio de una hora y media de duración, y frecuencia semanal, que incluye la producción de contenidos radiales elaborados por el grupo para su emisión en un espacio radial. Es de carácter optativo para la población asistida y hace hincapié en la participación y el uso del lenguaje, incorporando elementos del lenguaje radial y buscando favorecer la autonomía de los sujetos participantes, fortalecer el lazo social y contribuir a mejorar su calidad de vida e inserción social a partir de herramientas de la comunicación. Es de destacar que la actividad del taller se está llevando a cabo desde el 2010 con la participación activa de los destinatarios/as y la colaboración de estudiantes y docentes universitarios. Desde el año 2011, sale al aire el programa radial *Rompiendo*

*barreras* en Radio Estación Sur FM 91.7 de la ciudad de La Plata, los días lunes de 13 a 14 horas, en forma quincenal.

## Taller de recursos creativos y sociales

Este taller es creado y coordinado por Residentes de Trabajo Social del Hospital San Martín desde el año 2001. En el año 2010 se incorpora como una propuesta más a las actividades del Hospital de Día. Apunta a la promoción y recreación de lazos sociales, fortaleciendo la autonomía de los sujetos. El eje estaría puesto en la dimensión social, abordando aspectos relacionados con lo laboral, lo familiar, lo vincular, el grupo de pares, etc., con el objetivo de aportar a la construcción del proyecto de vida. Desde la residencia, el espacio se presenta privilegiado para la formación disciplinaria en la problemática de salud mental desde el abordaje grupal.

## Otros talleres

Desde el 2010 se realizan talleres optativos para los usuarios/as que son coordinados por personas con formación en distintas ramas del arte y otros saberes. Estos trabajan ad honórem. En la actualidad, se lleva adelante el taller de macramé, taller de lectura y de yoga. Se considera muy valioso el aporte de estas personas, quienes acercan sus propuestas de trabajo y disponibilidad para el taller, contribuyendo a la mejora de la situación de salud de los usuarios/as.



## Actividades de abordaje individual y familiar

Conjuntamente con el trabajo grupal, se realiza el abordaje individual utilizando como técnica la entrevista. De esta manera, se trabaja en situaciones que tienen que ver con el proceso del tratamiento en el Hospital de Día, cuando surgen situaciones problemáticas. Se realizan además entrevistas familiares o con referentes vinculares, buscando involucrarlos desde el inicio, y se promueve su participación activa, trabajando los posibles conflictos que se presenten. Estas actividades consisten en:

- **Entrevistas de admisión.** Se realizan por, al menos, dos profesionales del equipo. Se mantienen entrevistas al posible usuario/a y a su referente vincular con el objetivo de ir trabajando sus ganas y posibilidades de realizar el tratamiento que implica el dispositivo. En algunos casos, se realizan dos o más entrevistas como parte de un proceso de admisión. En estas se establece el acuerdo de las pautas del tratamiento, fijando un plazo de evaluación al mes de la incorporación.
- **Entrevistas de seguimiento.** Se realizan con los usuarios/as y también con los/as referentes vinculares a fin de ir acordando y evaluando los efectos del tratamiento, los objetivos terapéuticos y los plazos.
- **Entrevistas de alta y pos alta.** El alta es considerada como el proceso por el cual, desde el momento en que se decide una fecha para el alta, se realizan entrevistas para ir trabajando el egreso del dispositivo, así como su inserción en otros espacios por fuera de la institución de salud. Luego del alta, se realizan entrevistas cada mes

para realizar un seguimiento de la situación del sujeto.

- **Entrevistas individuales y con referentes vinculares.**

Se realizan entrevistas con el usuario/a y su referente vincular a fin de trabajar situaciones problemáticas que surgen en su entorno familiar y social, sirviéndole de apoyo para su resolución. Se busca desde el ingreso comprometer la participación de los usuarios/as en el tratamiento.

## Trabajo interinstitucional e intersectorial

Otro aspecto del trabajo en el Hospital de Día lo constituye la dimensión interinstitucional e intersectorial. Se establecen redes con instituciones educativas, laborales, de salud, comunitarias y culturales. Esta modalidad de abordaje se inscribe en artículo 9 de la Ley de Salud Mental, que señala que “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la APS”.

Esta dimensión del trabajo se articula, además, con lo dispuesto en los artículos N° 24 y 27 de la Convención acerca de la inclusión educativa y laboral, respectivamente. Así, también los artículos 29 y 30 favorecen los aspectos relativos a la inserción en espacios culturales, recreativos y la participación política de las personas con discapacidad. En este sentido, se llevan a cabo:

- **Salidas a la comunidad.** Se realizan salidas de acuerdo con las necesidades del grupo de usuarios/

as del dispositivo y las características particulares de cada uno/a. El objetivo es que a través de las salidas se pueda recomponer algo del lazo social deteriorado, acompañando al sujeto en el acercamiento a otras instituciones y facilitando procesos de interacción que posibiliten otros modos de vincularse. Las instituciones pueden ser culturales, educativas, de esparcimiento, etc. También se busca recuperar y propiciar aquellas habilidades para la vida social comunitaria que se encuentran deterioradas en estos sujetos.

- **Articulación intrainstitucional.** Para lograr un trabajo integral con el sujeto y no fragmentar las intervenciones, se realiza un contacto permanente y se promueve la articulación con el equipo tratante de cada uno/a de los usuarios/as. En general, se realizan reuniones en las que se coordina y acuerda la dirección del tratamiento. Esta articulación se realiza en el interior de la institución, ya que en su mayoría los profesionales tratantes pertenecen al Servicio de Salud Mental de este hospital.
- **Articulación con otras instituciones y la comunidad.** Se realizan articulaciones con instituciones educativas, laborales, de salud, comunitarias, recreativas y culturales con el fin de conocer sus formas de trabajo y facilitar el acceso de los usuarios a ellas, trabajando además la referencia y contrarreferencia. Se intenta trabajar coordinadamente a fin de beneficiar la situación de salud del sujeto. Aportan a la reconstrucción de redes de sostén y contención para el sujeto. También se articula con instituciones públicas de asistencia social con la

finalidad de aportar al fortalecimiento de las condiciones materiales de existencia y sostén del tratamiento.

- **Trabajo en terreno.** Las visitas domiciliarias se realizan cuando se evalúa la necesidad particular en cada caso. En su mayoría se realizan con el objetivo de la reconstrucción del tratamiento con aquel o aquella usuario/a que lo haya abandonado, y también para trabajar con los referentes vinculares cuando no asisten a las entrevistas pautadas.

## Actividades propias del equipo de salud

**Reunión de equipo semanal.** El abordaje interdisciplinario requiere, como condición indispensable, mantener espacios de encuentros semanales, donde participan todos los miembros del equipo profesional, junto con los residentes, los talleristas y los alumnos/as rotantes por el área. Este espacio permite la construcción de un marco conceptual y una práctica compartida. Allí se tratan temas que hacen a la organización, funcionamiento del área y el intercambio de situación de cada usuario/a con el propósito de establecer una dirección terapéutica en común.

**Supervisión externa.** Se realizará una vez por mes con una psicóloga institucional externa al hospital. A esta asisten todas las profesionales del equipo estable. Se trabajan las situaciones institucionales y todas aquellas problemáticas que surjan en el interior del equipo.

**Docencia y producción escrita.** En el dispositivo del Hospital de Día, residentes de distintas especialidades (Trabajo Social, Psiquiatría, Psicología) realizan trayectos formativos, formándose en la práctica diaria y participando también de las reuniones de equipo. También se ha realizado formación de alumnos/as de grado. Por otro lado, se realizan producciones escritas que permiten repensar y enriquecer la práctica cotidiana. En algunos casos, se han realizado presentaciones en eventos científicos, como congresos de salud mental, jornadas en unidades académicas, ateneos hospitalarios, otras instituciones de salud, etc.

### Algunos facilitadores y algunas dificultades

Podemos enumerar los siguientes facilitadores:

- El trabajo constructivo del equipo interdisciplinario que permite abordar la complejidad de las problemáticas que atendemos.
- La consolidación del equipo de trabajo a partir del año 2007, con el nombramiento de los cargos de las profesionales que estaban ad honorem desde el inicio de la actividad.
- El traslado dentro del hospital a un nuevo espacio, que brindó las condiciones para el desarrollo de las actividades.
- La colaboración ad honorem de talleristas comprometidos/as con la experiencia.
- El financiamiento del proyecto de extensión “Taller de Radio Comunitaria en el Hospital de Día” de la UNLP durante los años 2011 y 2012.

Podemos nombrar los siguientes obstáculos con los que nos hemos encontrado:

- La dificultad para sostener en el tiempo algunas actividades con talleristas que concurren ad honórem; situación que repercute en la posibilidad de continuidad de estas actividades y en los tratamientos de los usuarios/as.
- Dificultades para el sostenimiento de las actividades y el seguimiento particularizado de los usuarios/as, ya que todos/as los/as profesionales que integran el equipo tienen tareas asignadas en otras áreas del Servicio de Salud Mental, no habiendo profesionales con dedicación exclusiva ni cargos de función en el área.
- Dificultades al momento de trabajar la inclusión social de los/as usuarios/as ante la escasa oferta de dispositivos alternativos que acompañen el proceso de integración, tales como casas de convivencia, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, emprendimientos sociales, hogares sustitutos, etc.
- Ausencia de espacio físico propio, ya que actualmente el espacio es compartido con otro servicio del hospital.

## Algunos logros

- El seguimiento diario de los/as usuarios/as ha posibilitado en muchos casos prevenir descompensaciones o crisis, lo que ha permitido en ocasiones evitar una internación.
- Se han acortado los tiempos de internación en algunos casos. La alternativa del dispositivo posibilita el alta hospitalaria a corto plazo, evitando la cronificación

propia de la hospitalización completa.

- La posibilidad de algunos usuarios/as de retomar o armar un proyecto de vida, lo que implica, entre otras cosas, una inserción laboral, educativa, familiar, etc.
- La consolidación de un trabajo interdisciplinario en equipo y la construcción de un marco conceptual común.
- La articulación con la UNLP para llevar a cabo proyectos de extensión universitaria.

## Reflexiones finales y desafíos

Para concluir, sostenemos que la Ley N° 26.657 viene a legitimar un cambio en las formas de abordaje en el campo de la salud mental; un cambio que se venía dando a través de diferentes prácticas a lo largo del país y del mundo. De este modo, es una ley que nos aloja, por lo que creemos que es necesario seguir trabajando y profundizando nuestras prácticas en este sentido. Sin embargo, quedan muchos desafíos por delante; uno de ellos será, quizás, el de poder trabajar sosteniendo la tensión permanente entre la denuncia, la exigencia de lo que necesitamos para garantizar la ley, advertidos de no quedarnos solo en la queja de lo que no hay, impotentes y paralizadas; otro, “el poder ser creativas con lo que hay”, el de “hacer con lo que tengamos”, sin descuidar los desafíos que propone este cambio de paradigma.

## Bibliografía

- Álvarez, J. y Francinelli, G. (2006). *Una estrategia de intervención en Hospital de Día. H.I.G.A. Gral. San Martín* [PDF]. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3700>
- Bertrán, G. F. (Ed.). (2004). *Hospital de Día: Particularidades de la clínica, temas y dilemas*. Buenos Aires: Minerva.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Jasiner, G. (2008). *Coordinando grupos: Una lógica para los pequeños grupos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Pérez, E. (2009, 27 de julio). *Rehabilitar un lugar posible en lo social*. Recuperado de <http://www.elsigma.com/hospitales/rehabilitar-un-lugar-posible-en-lo-social/11952>
- Stolkiner, A. (1999). *Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o como producto*. *El Campo Psi*, 11. Recuperado de <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner1.htm>



**Espacio abierto de la Asociación Civil Casona de los  
Barriletes: Acompañamiento institucional de niños/  
as y adolescentes con padacimiento subjetivo en su  
desarrollo personal, familiar y social\*  
-Ciudad Autónoma de Buenos Aires-**

\* Nombre de la institución: Asociación Civil La Casona de los Barriletes

Domicilio: Madero 247

Localidad: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Correo electrónico: casonabarrillete@yahoo.com.ar

Representante: Juan Costa

## Descripción de la práctica

La OMS, en un documento de reciente publicación, incluye a las personas con padecimientos mentales dentro de la categoría de vulnerabilidad.

Este informe evidencia que estas personas se encuentran atravesadas por situaciones de vulnerabilidad, que se expresan en estigma y discriminación, impacto económico tanto en lo personal como en la familia, afectación de los vínculos, violencia y abuso, restricción en el ejercicio de derechos civiles y políticos, exclusión de espacios de participación social, acceso reducido a servicios sociales y de salud, acceso reducido a servicios de atención en emergencias, pérdida de oportunidades educacionales, exclusión de oportunidades de empleo y de generación de ingresos, aumento de discapacidades y muertes precoces (OMS, 2010). Por otro lado, una serie de autores (Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi & Tansella, 2000; Schinar, Rothbard & Kanter, 1990) proponen redefinir la noción de trastorno o padecimiento mental severo en función de criterios de duración del contacto con los servicios asistenciales y de nivel de funcionamiento, lo que redimensiona la serie de intervenciones posibles ante el problema en su complejidad.

La población a la que se dirige nuestro programa presenta,

ciertamente, largos y discontinuos recorridos institucionales, con períodos prolongados de convivencia en instituciones o internaciones psiquiátricas que, en una relación compleja de determinaciones recíprocas y efectos iatrogénicos, convergen en frágiles experiencias de inserción en ámbitos de convivencia familiares, de escolarización, de desarrollos laborales, etc. El abordaje de estas problemáticas desde el espacio abierto puede compararse con los abordajes en la comunidad propuestos para personas con trastornos esquizofrénicos en un documento de consenso de la Red Maristán (Torres González et al., 2011).

Hay descriptos otros modelos de trabajo cercanos en sus metodologías; las llamadas formas de manejo intensivo de casos, tales como los tratamientos comunitarios asertivos, o de manejo de casos, que vienen planteando, desde mediados de los años setenta, diversos autores (Dietrich, Irving, Park & Marshall, 2010; Marshall & Lockwood, 1998); y una serie de modelos de intervención en salud mental infantojuvenil de base comunitaria, propuestos como alternativas a las modalidades de institucionalización prolongadas (Lamb, 2009; Shepperd et al., 2009). La oportunidad de un acompañamiento longitudinal en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, desde una perspectiva de subjetivación y ejercicio de derechos, supone especialmente un enfoque ecológico integrativo. En este enfoque, el trabajo en territorio, la búsqueda de fuentes de apoyo social de las familias o referentes afectivos de los jóvenes, y la configuración de redes comunitarias, intersectoriales e interinstitucionales –a partir de las necesidades y cuidados particulares de cada caso– otorgan su eje a la intervención.

El programa comenzó como un proyecto autogestivo de la A.C. Casona de los Barriletes, a mediados del año 2008, como una forma de dar respuestas a las necesidades que presentaban los jóvenes para sostener en el tiempo una estrategia de convivencia familiar o autónoma. La Casona fue fundada en el año 1996 por un grupo de compañeros de militancia política y social que decidieron hacer confluir sus esfuerzos en el armado de un hogar para dar alojamiento a niños que estaban bajo la órbita del Consejo Nacional del Menor y la Familia.

Con los años fue participando e incidiendo activamente, como institución de la sociedad civil organizada, en las transformaciones de las prácticas, paradigmas y marcos normativos actuales. Por el intenso trabajo en este campo y su particular compromiso con las personas que fue conociendo en su recorrido, se fueron desarrollando vínculos de trabajo y cooperación con otras instituciones del campo de la salud, la educación, clubes y otros ámbitos. A su vez, se fueron integrando a los equipos de trabajo profesionales de distintas disciplinas: psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, abogados, etc., que fueron acercando sus aportes y contribuyendo en la construcción de una modalidad de trabajo, a partir de generar una articulación entre lo ideológico-político y lo técnico, con una potencia muy particular.

Por su concepción e historia de trabajo, el espacio abierto – así como los demás dispositivos de La Casona– propone sostener en el ámbito de lo público las contradicciones de la experiencia particular, instituyéndolas en un campo de tensiones legítimo y regulado, como expresión de reflexividad

de la vida civil y en calidad de civil (de Leonardis & Emmenegger, 2011).

El espacio abierto se desarrolla en un contexto en el cual, según informes realizados por la Asesoría General Tutelar de la CABA, se producen actualmente alrededor de 250 internaciones anuales en efectores públicos de salud mental infantojuvenil de la ciudad, de las cuales un 10 % provienen de instituciones de alojamiento, de la calle u otra procedencia distinta del grupo familiar. Por otro lado, hay alrededor de 1200 niños, niñas y adolescentes viviendo en instituciones de alojamiento, lo que implica un distanciamiento temporal del medio familiar-comunitario de origen. De estas instituciones, incluidas en distintas categorías, un 65 % corresponde a modalidades de alojamiento orientadas al trabajo con población con problemas de salud mental, consumo de sustancias y discapacidad (Ministerio Público Tutelar, 2011).

## Objetivos de la práctica

El programa tiene como objetivos: a) evitar internaciones, minimizar tiempos de internación y acompañar externaciones de jóvenes internados en dispositivos de salud mental de la CABA; o egresos de instituciones de alojamiento de la red de protección integral de derechos orientadas al abordaje de la problemática de la salud mental; b) contribuir con la generación y el mantenimiento de redes y referencias comunitarias y territoriales suficientes para evitar reinternaciones u otros reingresos en instituciones; c) tender a la construcción y reconstrucción de vínculos, con especial énfasis en los familiares, y a su sostenimiento en el

tiempo; a la vez que llevarlo a cabo con diversas instancias institucionales de la comunidad, de modo de favorecer procesos recíprocos de inclusión e inscripción de estos jóvenes y sus familias en sus entornos comunitarios.

La intervención consiste esencialmente en brindar un acompañamiento frecuente y regular al joven en situación de crisis, o durante el proceso de externación o egreso, así como –una vez que este se produjo– en una serie de dimensiones implicadas en su proceso de recuperación (Agrest & Druetta, 2011). El abordaje de estas dimensiones se da a través de una presencia en el territorio, en los distintos escenarios donde este proceso se desarrolla; tanto del equipo de operadores sociofamiliares como del equipo técnico encargado de la coordinación y articulación de las intervenciones. Las intervenciones territoriales representan la mayor parte de las que se llevan a cabo, en relación con las que tienen lugar en la sede del programa. Con el propósito de exponer la tarea cotidiana, brindamos a continuación un esquema de trabajo, resaltando los tiempos, acciones y ejes que rigen la intervención.

## INICIO

**A (Con el joven y su familia).** Acercamiento a la realidad institucional y comunitaria del grupo familiar; relevamiento de las necesidades sociales más urgentes. Establecimiento de los primeros encuadres de trabajo, tendientes a generar vínculos de confianza; conocimiento del grupo familiar, su historia, sus características, dificultades y potencialidades en cada integrante. En caso de vivir en hogares o estar internado,

solicitamos iniciar el vínculo con un tiempo prudencial antes de su egreso o externación. Contacto con referentes locales de la comunidad y la sociedad organizada. Conocimiento del barrio y entorno social, búsqueda de recursos locales. Primeros acuerdos y consentimientos con la institución.

**B (Intersectorial).** Contacto con los equipos intervinientes y otros actores o profesionales que hubieran intervenido. Relevamiento de problemas, recursos y estrategias implementadas, obstáculos y diferentes versiones de la situación del joven y su familia.

**C (Interinstitucional).** Reuniones con las instituciones y organismos de protección de derechos y otros efectores del Estado (administrativos, jurídicos, etc.). Lectura de informes previos, expedientes, legajos existentes. Entrevistas con los profesionales a cargo de los juzgados intervinientes. Confección de informes con diagnóstico de situación psicosocial y evaluación de la pertinencia de la intervención.

**D (Ejes).** Adecuación y pertinencia de los objetivos y estrategias implementadas en función de las necesidades y contextos de intervención. Planificación estratégica y participación de las personas usuarias, familiares y otros actores existentes en la comunidad para la integración social efectiva.

## DESARROLLO

**A (Con el joven y su familia).** Establecimiento de espacios de intercambio con el joven y su familia, tendientes a dinamizar los conflictos que se presentan en la inclusión del

joven en el ámbito familiar y social cercano, dándoles un lugar protagónico a sus integrantes en el reconocimiento de sus potencialidades. Facilitar espacios de sostén y acompañamiento de los adultos de la familia, en función de la recuperación de su dignidad y su responsabilidad en el desarrollo de sus hijos. Intervenciones tendientes a mejorar las condiciones de vida del grupo familiar, a la restitución de derechos básicos, de identidad, vivienda, salud, trabajo. Gestión de recursos y planes sociales vigentes, según corresponda a la situación, y de herramientas para fortalecer lazos de sostén local. Acompañamientos regulares con los jóvenes en su zona de residencia, con el propósito de recuperar su circulación social y apropiarse de ámbitos de socialización singulares, en función de sus intereses, creencias, necesidades y posibilidades. Sostener los tratamientos de salud correspondientes, y de sus ámbitos de inserción educativa, cultural, recreativa, laboral. Actividades de participación ampliada, a través de talleres o actividades culturales, recreativas y deportivas; jornadas de trabajo, con un sentido transversal solidario y de reciprocidad entre las familias que se acompañan desde la Casona.

**B (Intersectorial).** Gestión de recursos en el ámbito educativo. Reuniones con los directivos del establecimiento con el objetivo de canalizar conflictos y flexibilizar en lo posible la percepción del “alumno-problema”. Búsqueda de espacios de apoyo escolar y de otros espacios de recreación, actividades deportivas y culturales. Articulación con programas de terminalidad de estudios y capacitación laboral. Seguimiento y contacto periódico con los equipos tratantes del joven y la familia. Espacios de intercambios con los acompañantes terapéuticos (AT), integrando la perspectiva clínica a la



intervención social. Búsqueda de espacios de tratamiento –en caso de no haberlos– y gestión institucional tendiente a sostener la regularidad de la atención. Organización de los tratamientos farmacológicos. Gestión de pensión por discapacidad, en caso de requerirlo. Confección de cuaderno médico, con seguimiento de los controles de salud pertinentes, evaluaciones clínicas, vacunas, etc. Seguimiento de la participación en las actividades implementadas.

**C (Interinstitucional).** Supervisión de la actividad del espacio con los equipos técnicos correspondientes, de acuerdo con los convenios con Desarrollo Social o Salud. Derivación e inclusión en otros programas pertenecientes a la dirección interviniente. Solicitud y comparecencia en audiencias en juzgados intervinientes, defensorías, curadurías, etc., en función de la situación de abordaje. Confección de informes trimestrales y especiales ante requerimientos inmediatos. Evaluación y solicitud de subsidios habitacionales, de ayuda económica a través de los organismos de desarrollo social de la CABA, o efectores provinciales o nacionales. Regularización de la documentación familiar.

**D (Ejes).** Restitución de derechos de los jóvenes y sus familias. Equidad y accesibilidad a los servicios de salud, educación, desarrollo social y trabajo. Ética ciudadana y construcción colectiva de contextos sociales subjetivantes. Respeto por la diversidad y el reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas.

## CIERRE

**A (Con el joven y su familia).** Elaboración de los procesos de transformación iniciados; valorización de los pequeños movimientos establecidos; percepción y reconocimiento de las adjudicaciones hechas en los cambios. Conocimiento y apropiación de los caminos transitados y recursos obtenidos en los adultos y los jóvenes. Disminución de la presencia de los operadores sociofamiliares y el equipo técnico en la zona de residencia, e intensificación de los contactos telefónicos y espontáneos con la familia. Transferencia de funciones y roles asumidos en la intervención a referentes cercanos a la familia.

**B (Intersectorial).** Reuniones y acuerdos con los equipos tratantes, priorizando la atención en su zona de residencia en función de las posibilidades locales y características del tratamiento. Coordinación de estrategias y acuerdos de transferencia con los profesionales y actores de los diferentes ámbitos de inserción del joven y su familia.

**C (Interinstitucional).** Supervisión de la actividad del espacio con los equipos técnicos correspondientes de acuerdo con los convenios con Desarrollo Social o Salud. Confección de informes trimestrales y eventuales ante requerimientos inmediatos. Transferencia de recursos y solicitud a los organismos intervinientes de seguimientos longitudinales prolongados, en caso de ser necesario.

**D (Ejes).** Continuidad y coordinación de los recursos comunitarios establecidos en el transcurso de la intervención. Reconocimiento y fortalecimiento de las autonomías personales,

el sostén institucional y los lazos afectivos espontáneos.

El equipo de trabajo está dividido operativamente en un equipo técnico y un grupo de operadores sociofamiliares. El equipo técnico está a cargo tanto de la coordinación de las intervenciones a nivel de los jóvenes y sus grupos de referencia, como de la articulación interinstitucional e intersectorial. En el equipo participan actualmente la directora de la institución, un psiquiatra infantojuvenil, tres psicólogos, dos trabajadoras sociales y un abogado. El equipo de operadores sociofamiliares, que lleva adelante las acciones en terreno en forma regular, está compuesto comúnmente por estudiantes avanzados y profesionales recientemente graduados de las carreras de Psicología, Trabajo Social y Musicoterapia, etc. Cada joven es acompañado por una pareja de operadores –en algunos casos más–, a fines de que esté garantizada en el tiempo la continuidad del trabajo. Desde el equipo técnico se propone un referente para realizar el seguimiento longitudinal de las intervenciones con los operadores, la familia y los interlocutores de la situación. Se mantienen reuniones semanales del equipo técnico, y de coordinación y supervisión de las intervenciones por parte del grupo de operadores sociofamiliares.

## **Población destinataria**

Desde la puesta en marcha del programa hemos intervenido con relación a treinta jóvenes: en catorce procesos de externación de jóvenes internados en efectores de salud mental; en diez egresos de hogares del sistema de protección de derechos; y en seis situaciones de crisis que no condujeron

a internaciones o ingresos en instituciones de los jóvenes en cuestión. Al momento de la presentación de este trabajo nos encontrábamos acompañando a veinte jóvenes y a sus grupos familiares de los cuales ocho tienen su centro de vida en la CABA y los otros doce viven o tienen referentes afectivos en distintas zonas del conurbano (Virrey del Pino, La Tablada, Don Torcuato, Pacheco, Garín, San Fernando, Merlo, Moreno, Hurlingham, Ciudadela, San Martín, Bernal, Alejandro Korn).

### Fuente de financiación

El dispositivo se puso en marcha a mediados del año 2008. La principal fuente de financiamiento está constituida por becas otorgadas por la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se gestionó además un subsidio por parte de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) del Ministerio de Desarrollo Social de Nación para resolver necesidades materiales de las familias o referentes comunitarios con los cuales trabajamos. La fuente auxiliar son los recursos propios de la Asociación Civil, es decir fondos que surgen del presupuesto regular de la Asociación, conformados por el cobro de las cuotas sociales, aportes de particulares y/o de empresas y donaciones recibidas de diversos insumos. Los rubros principales del presupuesto son los siguientes: recursos humanos (61 %, compuesto por 33 % del equipo de conducción y 28 % de los operadores), ayudas a los jóvenes y sus familias (26 %), viáticos (10 %) y un 3 % para gastos institucionales. En el período que va de abril 2011 a marzo 2012, contamos con un presupuesto general de \$1.067.063, lo que equivale a una

inversión promedio mensual de \$90.000, sumando los fondos de becas, subsidio y aporte de recursos propios de la Asociación Civil al dispositivo.

## Facilitadores de la experiencia

En cuanto a los aspectos de la tarea que funcionan como facilitadores, queremos señalar, en primer lugar, la modalidad específica de abordaje. Nos referimos con ello a que la frecuencia y regularidad del contacto con los jóvenes y sus entornos –en territorio y telefónicamente– y la alta disponibilidad que se genera en la lógica de trabajo en equipo que nos proponemos, a partir de los supuestos que rigen la ideología de la institución, da lugar a una alianza de trabajo, terapéutica, que es la principal fuerza que impulsa la tarea. Un aspecto que puede operar como facilitador u obstaculizar la tarea tiene que ver con los rasgos actitudinales de los actores que intervienen. Cuando los aspectos tanto ideológicos como teórico-técnicos de los actores intervinientes se encausan en formas de articulación reales con intervenciones flexibles y revisables en función de sus resultados, se pueden evidenciar efectos facilitadores en la tarea. La generación de espacios de elaboración compartida, donde los distintos actores intervinientes en torno a un caso pueden poner en común perspectivas, definir los obstáculos, tramitar discrepancias y proponer líneas de intervención consensuadas, es otro claro facilitador. Finalmente, la legitimación que el trabajo realizado desde La Casona en los años previos tiene en distintos ámbitos de nuestro campo de intervención es, en muchos casos, otro facilitador.

## Obstáculos de la experiencia

Dado que el trabajo está orientado al acompañamiento y apoyo de jóvenes con trastornos o padecimientos mentales severos en situación de vulnerabilidad, está demás aclarar que muchas dificultades tienen que ver con la propia problemática abordada. No obstante, dada la polémica en torno a la cuestión, creemos importante señalar que la población a la que está dirigido nuestro programa presenta, mas allá de diagnósticos psicopatológicos puntuales, serias dificultades en su funcionamiento social y cuadros de prolongadas evoluciones en el tiempo que desafían a las distintas instancias que se proponen su abordaje.

Otro obstáculo, en otro nivel de análisis, consiste en que aún están en discusión y escasamente consolidados – especialmente a nivel de los decisores políticos, pero también en los ámbitos académicos de las profesiones que componen el campo– los argumentos que sustentan este tipo de prácticas como alternativas válidas a las institucionalizaciones prolongadas. Esto lleva a que nuestro programa, como puede pasar con otros, esté en una persistente situación de fragilidad respecto de la instancia gubernamental de la que depende el grueso de su financiamiento. La discusión en torno a la eficacia y costo-efectividad de las prácticas de salud mental comunitaria, creemos, soslaya su evaluación desde una perspectiva de derechos que es clave a la hora de definir su implementación. Así, se produce una incorrecta oposición de estas con cualquier modalidad de abordaje institucional clásico; en particular con las internaciones. De esta manera, se pierde de vista la necesaria complementariedad, señalada en diversas publicaciones, entre

otras definiciones, con la de modelo de cuidados balanceados (Thornicroft et al., 2010) entre prácticas de corte comunitarias e intervenciones institucionales tradicionales, como internaciones de corta estancia en dispositivos institucionales adecuados. En relación con esta oposición, se dan frecuentes rupturas en un proceso de cuidados continuos, extendiéndose innecesariamente tiempos de internación o viéndose muy dificultadas internaciones en situaciones en las que se han ensayado otras formas de intervención y la situación de crisis persiste o en las que su magnitud lo impone.

## Logros, aprendizajes y desafíos

Respecto de los resultados del programa, planteamos por un lado una serie de impresiones y, por otro, algunos datos cuantitativos. En primer lugar, el modelo de trabajo que proponemos, que implica intervenciones sostenidas por períodos de tiempo prolongados, sin una definición a priori respecto de su extensión temporal, representa según nuestra experiencia un forma válida para acompañar a las personas a las que está dirigido el programa a lo largo de los particulares y sinuosos recorridos que implican, en cada caso, la recuperación de los mayores niveles de inserción e inscripción en la comunidad. En esos recorridos, con frecuentes vínculos, referencias y procesos que se interrumpen, se transforman y se vuelven a crear, el persistir en el acompañamiento nos posiciona, justamente, como referencias valiosas para los jóvenes y sus entornos, especialmente en situaciones de crisis. Desde una perspectiva cuantitativa, desde la puesta en marcha del programa hemos intervenido con relación a treinta jóvenes.

En catorce procesos de externación de jóvenes internados en efectores de salud mental, en diez egresos de hogares del sistema de protección de derechos y seis situaciones de crisis que no condujeron a internaciones o ingresos en instituciones de los jóvenes en cuestión. Hemos dejado de intervenir en diez casos. Se produjeron dos reinternaciones que se resolvieron en ambos casos con el egreso de los dos jóvenes en el marco de sus familias. De los veinte jóvenes que acompañamos en la actualidad, dieciséis conviven con sus familias, dos están alojados en hogares y otros dos viven en pensiones de forma autónoma. Se produjeron cuatro reinternaciones en el período que va de marzo de 2011 a abril de 2012, que se resolvieron en un caso con el egreso del joven con su familia, en otro con el referente que lo tiene a cargo, en un tercero con un egreso hacia una pensión y el cuarto a un hogar. Diecisiete jóvenes sostienen abordajes terapéuticos regularmente en alguna modalidad psicoterapéutica ambulatoria y/o psicofarmacológica. En lo que va de este año 2012, seis jóvenes vienen sosteniendo una actividad laboral estable, nueve una inclusión escolar o de capacitación, y nueve sostienen con regularidad espacios de recreación, deportivos o culturales.

## **Aspectos de la Ley Nacional de Salud Mental y de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad con los que se articula la práctica**

El ejercicio de nuestra práctica se encuentra enmarcado bajo los ejes que expresan la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y la Ley Nacional de Salud Mental. El artículo 3 de la Ley Nacional de



Salud Mental –que plantea que “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”– da un marco a las estrategias dirigidas al empoderamiento de las personas para la restitución de sus derechos.

Son objetivos de nuestras prácticas acompañar procesos de salud, entendida integralmente y como confluencia de numerosas variables, y en distintos niveles: el individual, con sus componentes biológico y psicológico; y el social, en su dimensión educativa, laboral, social, económica, habitacional, familiar, etc. Con ello se pretende generar estrategias de restitución de derechos, búsqueda de recursos e inserción social y comunitaria. Podemos, por otro lado, mencionar el artículo 24 de la CDPD: “a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima reforzar el respeto por los derechos humanos...; b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas”; o bien el artículo 27: “Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua; e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral”.

Estos principios son de suma importancia, pero además

de su enunciación requieren programas y acciones concretas sostenidas por políticas de Estado. Asimismo, el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimientos mentales para que los puedan ejercer en forma autónoma. En su artículo 12, la CDPD refiere: “Se reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”; y en el artículo 17: “Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás”.

El abordaje desde nuestro dispositivo está dirigido a jóvenes para que puedan retornar a ámbitos familiares y comunitarios, y sostenerse en ellos, impulsando su reinserción y progresiva autonomía. Puede leerse en artículo 19 de la CDPD: “La Convención reconoce el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad [...]. Y tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico”:

Otro lineamiento de la Ley Nacional de Salud Mental que guía nuestra práctica lo ubicamos en el artículo 7, inciso D): “Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y

comunitaria”; en el artículo 8: “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente”; y en el artículo 9: “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”.

## Bibliografía

- Agrest, M. & Druetta, I. (2011). El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 22(95), 56-64.
- Costa, J. & Mattarucco, J. P. (2013). Espacio Abierto de la A.C. Casona de los Barriletes. Programa de apoyo a jóvenes en procesos de externación o egreso institucional y en sus recorridos de inclusión social. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 24, 60-66.
- de Leonardis, O. & Emmenegger, T. (2011). La desinstitucionalización italiana: Pistas y desafíos. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 22(95), 35.
- Dietrich, M., Irving, C., Park, B. & Marshall, M. (2010, 6 de octubre). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(10). doi: 10.1002/14651858.CD007906.pub2
- Lamb, C. (2009, julio). Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works? *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 345-350. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832c9082.
- Marshall, M. & Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1998(2). doi: 10.1002/14651858.CD001089

- Ministerio Público Tutelar. (2011). *Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: Informe de gestión del Ministerio Público Tutelar*. Buenos Aires: Eudeba.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000, agosto). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155. Recuperado de <http://bjp.rcpsych.org/content/177/2/149.full.pdf>
- Schinar, A., Rothbard, A., Kanter, R. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1602-1608.
- Shepperd, S., Doll, H., Gowers, S., James, A., Fazel, M., Fitzpatrick, R., & Pollock, J. (2009, 15 de abril). Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009 (2). doi: 10.1002/14651858.CD006410.pub2.
- Thornicroft, G. et al. (2010, junio). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9(2), 67-77. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911080/>
- Torres González, F. et al. (2011). Cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad: Documento para el Consenso Internacional propuesto por la Red Maristán. *Salud Mental y Comunidad*, 1, 17-24. Recuperado de <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y->

Comunidad.pdf

WorldHealthOrganization.(2010).*Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf)

## Frente de Artistas del Borda

### **–Ciudad Autónoma de Buenos Aires–**

Nombre de la Institución: Fundación Frente De Artistas (Frente de Artistas del Borda [FAB])

Domicilio: Ramón Carrillo N° 375, CP 1275

Localidad: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Correo electrónico: [frentedeartistasdelborda@hotmail.com/](mailto:frentedeartistasdelborda@hotmail.com/)  
[www.frentedeartistas.com.ar](http://www.frentedeartistas.com.ar)

Representantes: presidente Martín Alberto Abregú

\* Este texto presenta como coautores a Natalia Gómez (coordinadora del Taller del Mural del FAB) y a Martín Abregú (coordinador del Grupo de Mimo dentro y fuera del FAB)

## Fundamentación de la práctica

El Frente de Artistas del Borda (FAB) surge a fines del año 1984 con el objetivo de producir arte como herramienta de denuncia y transformación social; el hecho de estar compuesto por artistas internados y externados del Hospital Borda posibilita que sus producciones artísticas generen un continuo vínculo con la sociedad. Bajo la consigna de “ir al frente”, exponerse a salir, cuestiona de esta manera el imaginario social respecto de la locura.

En 1984, a un año del comienzo de la democracia, después del fin de la última dictadura cívico-militar, comienzan a emerger múltiples prácticas y discursos críticos. En el área de salud mental, se dio nuevo comienzo al planteo que, a nivel mundial, se conoció como reforma psiquiátrica, ocupando el centro de su crítica el manicomio, la internación y el trato rígidamente jerarquizado que estos auspiciaban.

Esta corriente de transformación institucional plantea la necesidad de un cambio radical de las instituciones manicomiales, tan proclives a sobreagregar un padecimiento adicional al que ya sufre la persona que ingresa a la institución. La fragmentación de los lazos sociales junto con el temor permanente conlleva a la resignación y al desinterés ante una situación que se percibe como sin salida, lo que suele dar paso al aislamiento y a la paulatina desaparición de la conciencia crítica. En estos lugares, la persona va siendo sometida a una serie de despojos: la pérdida de su identidad, la fragmentación de los lazos sociales y afectivos, el arrasamiento de sus deseos, la privación de su intimidad, el menoscabo de sus derechos civiles



y políticos. En fin, la pérdida de todo aquello que es más propio y singular de un ser humano. Estas privaciones cobran tal valor de naturalidad que quienes componen el sistema institucional pierden sensibilidad, pensamiento crítico y capacidad creativa.

Por otro lado, la situación exterior de exclusión social dificulta volver a vivir fuera del hospital, sumada a la situación desventajosa del estigma social. Ante esto, la institución cambia el rol para el cual se dice que ha sido creada –asistir, atender, acompañar– para reconvertirse en el único medio de vida para personas que sufren entonces un doble desamparo, el de su propio padecimiento y el de la exclusión social.

Dentro de esta corriente crítica a nivel mundial se genera un movimiento de transformación de la atención de la salud mental, de abolición de los manicomios, llamado *desmanicomialización*. La primera experiencia, en Trieste, Italia, dirigida por el doctor Franco Basaglia, logra el cierre del manicomio y la introducción de toda una estructura comunitaria en la atención de la salud mental. Los puntales más fuertes de este proceso se centraron en la modalidad de internaciones breves, como recurso de última instancia, y en la puesta en marcha de diversos dispositivos de integración.

## Contexto actual en el que se desarrolla la experiencia

Desde 2008, el Hospital Borda se encuentra en la mira como objetivo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires bajo el proyecto del distrito cívico. Tal proyecto abarca los hospitales Rawson, Borda, Moyano y Tobar García, e implica una

construcción inmobiliaria en tales predios. En 2010 se aprueba el proyecto del Centro Cívico que abarca los terrenos de la parte trasera del Hospital Borda.

Desde aquel año hasta la fecha, el Hospital Borda se encuentra en una crisis constante de recorte de trabajadores del hospital, cierres de servicios y de altas compulsivas con desconocimiento de la situación social de las personas internadas, que quedan en situación de calle, siendo trasladadas a clínicas privadas u hoteles de paso por seis meses, establecidas por subsidio habitacional. Asimismo, se destacan los siguientes hechos:

- La irrupción ilegal de la Policía Metropolitana en el Hospital Borda, el 8 de agosto de 2012, para comenzar trabajos de excavación en la construcción del Centro Cívico.
- Las irrupciones constantes por la Policía Federal, Metropolitana y fiscales del Gobierno de la Ciudad en el Taller Protegido N°19 para desalojarlos de su espacio de trabajo y continuar con el centro cívico. Represión y demolición efectuada el 26 abril 2013.
- Los cinco robos sufridos por el FAB en un lapso de un año y medio. Se le suman los robos sufridos por otras organizaciones que trabajan dentro del hospital, como Radio La Colifata, Cooperanza y servicio 74.
- La resolución 52-12 aprobada a inicios de 2012 que contrata camas en clínicas privadas, violando la Ley 448 (2000) y La Ley Nacional de Salud Mental (2011).
- La demolición del espacio físico del taller, donde trabajaba Pan del Borda, el 1° de marzo de 2012, sin

- aviso previo y con personas trabajando adentro.
- La prohibición del ingreso de menores de edad al hospital, obstaculizando el intercambio con la comunidad y repitiendo la estigmatización de la persona internada.
  - La falta de gas desde el mes de abril del año 2011 en algunos servicios, incluso en nuestro espacio.
  - El cierre de la Unidad 20 del Borda y de la Unidad 27 del Moyano y el traslado a la cárcel de Ezeiza de todas las personas que estaban encerradas en estas cárceles psiquiátricas.
  - La contratación de empresas de seguridad privada por parte del Gobierno de la Ciudad, sin el recurso humano idóneo para trabajar en instituciones como estas.

La población usuaria del hospital está conformada por personas con sufrimientos mentales, provenientes de los sectores más desventajados socioculturalmente de la Ciudad de Buenos Aires y del interior e exterior del país. Parte de esta población con alto grado de vulnerabilidad psicosocial no solo presenta sufrimientos subjetivos que requieren un tratamiento psicosocial, sino que, en un alto porcentaje, se encuentra en situación de desafiliación en lo referente a vivienda, trabajo, educación y vinculación familiar. El proceso de cronificación dentro del hospital agudiza el deterioro y termina de cortar los lazos con el afuera del hospital.

### Objetivos generales de la práctica

- Generar producciones artísticas y hacerlas circular por fuera, en la comunidad en general.

- Generar espacios (talleres) en los que sus integrantes profundicen en el conocimiento de distintas disciplinas artísticas.
- Producir efectos en el orden social, institucional e individual en lo referente a la imaginaria concepción de la “locura”.

## Objetivos específicos

- Intentar generar prácticas y acciones desmanicomializadoras.
- Contribuir al enriquecimiento de la cultura contrahegemónica que promueve participación, elección y creación colectiva.
- Espacios de acción y reflexión de problemáticas sociales.
- Reunir, agrupar e intercambiar experiencias de transformación social.
- Valorar y atravesar una experiencia artística y humana de forma colectiva.

## Descripción de la experiencia

El FAB funciona de manera autónoma e independiente en el patio del Hospital Borda. La organización funciona a través de diversos espacios:

**Asamblea.** El dispositivo consta de un modo horizontal de abordar las relaciones de poder para llevar a cabo una experiencia de transformación donde estén implicadas todas las personas que tengan participación en el proyecto. Se realiza una asamblea quincenal, en la cual se alternan las cuestiones

organizativas y otras destinadas a la reflexión de lo que es considerado relevante. Las asambleas se conforman como el organismo principal de toma de decisiones (desde la compra de un objeto hasta la creación y organización de los festivales latinoamericanos “Una puerta a la libertad, No al manicomio”), en un espacio donde circula toda la información respecto de los talleres y sus salidas, planteándose y resolviendo todas las ideas, proyectos, problemas, y cualquier otro aspecto que implique la construcción organizativa y conceptual del FAB.

**Talleres.** Funcionan doce talleres; dos teóricos: desmanicomialización y periodismo; diez artísticos: teatro participativo, circo, teatro, artes visuales, música, fotografía, expresión corporal y danza, mimo y mural. Estos funcionan de domingo a domingo por la tarde, y son coordinados por artistas y profesionales de las ciencias humanas (psicólogos, antropólogos, psicólogos sociales, etc.). En su funcionamiento diario, cada taller entrelaza una identidad grupal, estilos de coordinación, aportes de cada integrante, características particulares de la disciplina artística, objetivos principales, una impronta y una modalidad de trabajo que los singulariza. Cada taller se mueve desde una autonomía que posibilita sostener las diversidades y singularidades de cada uno. Sin embargo, tienen como base común aunar estos atravesamientos en pos de una producción artística que genere efectos desmanicomializadores en cada uno de los sujetos implicados en la tarea, en la sociedad en su conjunto y en la institución manicomial misma.

En los talleres, por un lado, se promueve un ámbito de aprendizaje, donde se proveen las técnicas y materiales necesarios para llegar no solo a una producción artística sino

a la creación de un trabajo de calidad reconocido por otros, traspasando así los muros del hospital. La creación artística es en sí fundamental, ya que no se pretende que el espacio de los distintos talleres cumpla una función de simple recreación o distracción para sus integrantes. Asimismo, la calidad artística dignifica al artista marginado por “loco” y al espectador, generando un vínculo valioso entre ambos. La adquisición del lenguaje y las herramientas de la rama artística que aborda cada taller es un bagaje disponible para ser empleado por sus integrantes en el “afuera” institucional con el consecuente enriquecimiento y la complejización de su subjetividad a partir de lo aprehendido y transitado, afianzando sus sentimientos de pertenencia y vínculos hacia el interior del grupo; así como también la recuperación de lazos sociales para generar una trama relacional que posibilite la vuelta al ejercicio de la vinculación a partir de un grupo de pertenencia y referencia.

Por otro lado, mediante un corrimiento del binomio totalizante salud-enfermedad y haciendo foco en las potencias de cada quien en sus producciones, se da una apropiación del producto artístico, que hace que cada integrante se reconozca como sujeto creador, responsable y coautor sobre aquello a exponer; como sujeto signado por la capacidad de decisión sobre su propia expresión y contribución en la producción artística que trasciende su subjetividad en el marco de la grupalidad.

**Presentaciones y funciones artísticas.** Para completar la actividad artística, realizamos presentaciones en distintos sectores de la comunidad como estrategia de transformación. La misma circulación de las producciones le otorga a todo

el proceso una proyección en el afuera, particularidad que diferencia al FAB de modalidades de talleres artísticos o laborales con fines exclusivamente terapéuticos. Constantemente, se realizan diferentes tipos de presentaciones artísticas en teatros, facultades, organizaciones sociales, etc., así como participaciones (desde el arte) en eventos, festivales, congresos, manifestaciones y protestas sociales. Las presentaciones se realizan por taller o, en la mayoría de los casos, de forma integrada, concurriendo varios talleres, o la totalidad del FAB. Estas presentaciones contribuyen a la transformación social sobre la locura y al desarrollo comunitario, en la reflexión sobre una salud que nos implica.

**Oficina.** Funciona en consultorios externos en los que se recibe a personas de la comunidad en general con intereses varios de conocer o incorporarse al movimiento.

**Covisión.** Espacio de reflexión de la práctica cotidiana de colaboradores y coordinadores, que incorpora la mirada de un referente externo, mensualmente, por parte de un profesional con experiencia y reconocimiento en este tipo de experiencias. Actualmente, esta función la cumple el licenciado Daniel Vega; anteriormente, fueron supervisores del FAB los licenciados Isidoro Vegh, Osvaldo Bonano, Fernando Ulloa, Nélica Ortega, Horacio Gárgano y José Grandinetti.

**Redes y movimientos sociales.** Con la necesidad de superar nosotros también el aislamiento que nos plantea cotidianamente el manicomio, desde sus comienzos el FAB se ha articulado con otros grupos que, desde luchas diferentes, han llevado adelante experiencias comunitarias muy valiosas

en diversos campos sociales. Mencionamos algunas:

- *Red Argentina de Arte y Salud Mental*: surge del FAB, para articular experiencias y presentaciones artísticas en nuestro país y en ámbitos internacionales, que trabajan desde el arte en neuropsiquiátricos y salud mental. Realiza festivales en Mar del Plata cada dos años.
- *Prácticas Comunitarias en Salud*: nos reunimos en la región con la intención de inaugurar espacios de pensamiento de lo comunitario, reflexionando lo comunitario en salud como “aquellas prácticas que consideran a la salud en forma integral”, lo cual implica pensar al sujeto en forma colectiva y comunitaria, desde cualquier abordaje que se considere.
- *Ciudad Futura*: pensando la comunidad de todos para todos y trabajando diversas organizaciones y movimientos sociales de las comunas de CABA con cinco premisas básicas: la ciudad como bien común; lo público de todos; buen gobierno participativo y democrático; identidad barrial; y la política como herramienta comunitaria.
- *La Otra Cultura*: compartimos con organizaciones y bachilleratos populares, centros culturales, medios alternativos, movimientos sociales modos que hacen, crean y comparten todos los días luchas culturales para pensar, debatir, reflexionar qué tipo de cultura queremos y qué metodología. Nos reunimos ante las necesidades de resignificar lo cultural y artístico pero también lo político, económico y social.
- Con el AULE (agrupación unidad para la lucha estudiantil) de la Facultad de Humanidades de La Plata, desde el año 2003 trabajamos en pos de intercambiar



y fortalecer herramientas que comprendan la ideología desmanicomializadora. Las actividades que realizamos son talleres artísticos abiertos de reflexión, charlas debate y jornadas artísticas con presentaciones del FAB en dicha facultad.

- *Borda en Movimiento*: articulación con agrupaciones del Hospital Borda: Cooperanza, Colifata y Pan del Borda. Articulamos experiencias para reflexionar sobre la salud, la desmanicomialización, la situación actual y el trabajo social con el barrio de Barracas.

## Equipo responsable de su ejecución

- Fundador: Alberto Sava, artista y psicólogo social; supervisa las actividades desde una mirada general. Director en la Red Argentina de Arte y Salud Mental; articula con el FAB en asambleas y equipo de coordinación general.
- Equipo de coordinación general: un coordinador artista y psicológico, un representante de personas internadas, dos de comunidad, entre ellos una persona externada, que articulan diversas aristas de trabajo de índole operativa: recabar invitaciones e información que llegan al FAB para su socialización, administración de recursos humanos y económicos del FAB, sistematización de redes con otras organizaciones, recibimiento de personas de la comunidad en general.
- Equipos de coordinación por taller: están conformados por una co-coordinación artístico-psicológica y por colaboradores. Es un equipo de trabajo interdisciplinario,

que se reúne semanalmente para planificar las actividades y contenidos que se trabajarán en los talleres, evaluar lo realizado y programar las salidas; allí se plantean dificultades y logros en un trabajo dialéctico con la tarea en sí. El coordinador artístico comparte las herramientas y conceptos específicos de la disciplina en un proceso de creación grupal a través de las vinculaciones humanas; el coordinador psicológico fomenta el trabajo grupal y colectivo desde la facilitación de la comunicación grupal, la colaboración y la vinculación entre los integrantes; los colaboradores generalmente son estudiantes de arte y de carreras de las ciencias humanas que aportan en las actividades diarias.

## Personas a quienes está dirigida la experiencia

La experiencia está dirigida a los usuarios y usuarias del sistema de salud mental (personas internadas, externadas y ambulatorias), y a las personas de la comunidad en general.

## Tiempo de ejecución de la práctica

Nuestra experiencia y práctica se inició en noviembre de 1984; desde entonces, llevamos 28 años de experiencia ininterrumpida y sin fecha de finalización probable.

## Fuente de financiación

No contamos con presupuesto, sí con una fundación que nos permite recibir financiaciones en caso de que dispusieran

fondos para ello.

- Denominación o razón social: Fundación Frente de Artistas.
- Domicilio fiscal: Comodoro Rivadavia 1850, 7° dpto. "I", CP 1429, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Sede legal: Ramón Carillo N° 375, CP 1275, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, teléfono 4304-5498, teléfonos opcionales 4661-2518/4611-5682.
- e-mail: frentedeartistasdelborda@hotmail.com
- Tipo de Sociedad: Fundación
- Número de inscripción en Inspección General de Justicia: Resolución N° 1255/98.
- CUIT N° 30-70311051-3

## Aspectos que facilitaron la ejecución de la experiencia

Al pensar el proyecto Talleres Artísticos del FAB nos basamos en la fundamentación que generó e inspiró su creación: la realización de producciones artísticas creativas y conectadas con la salud. Proponemos la transformación desde el interior de una institución con el "peso" del Hospital Borda. Desde adentro y desde el arte. Creemos que el arte y la creatividad son un instrumento válido en el abordaje de las problemáticas de salud mental. Un instrumento de cambio que se vive, se experimenta, más desde lo corporal y vivencial que desde lo teórico. El arte, como herramienta de creación; especialmente, de creación de alternativas a modelos que no han dado buenos resultados.

Es por ello que partimos de la idea de que haciendo circular estas producciones artísticas, se producen tres efectos:

terapéutico, institucional y social.

Terapéutico, porque los pacientes en el hospital tienen socavados sus deseos, sus pasiones, sus proyectos de vida; entonces el arte los convoca a un nuevo espacio, a un trabajo grupal, dentro de un proceso creador con proyección de salida. La idea es que la producción artística, en la medida que posea cierta calidad, se pueda mostrar (es decir, que empiece a circular en la cultura, en el afuera). La importancia radica en la circulación de la obra y de su autor como protagonista. De esta manera, puede decir lo que le pasa dentro del hospital, denunciar los malos tratos físicos y psíquicos, etc.

Estas denuncias públicas vuelven al hospital y es allí en donde se produce un segundo efecto: el institucional. En principio, poniendo como primera instancia las contradicciones institucionales y abriendo, dentro del hospital, nuevos espacios de debate sobre la problemática de los manicomios.

El tercer efecto es social. El imaginario colectivo que hay con respecto a la locura comienza a modificarse cuando se muestran las producciones, y por lo tanto la comunidad se solidariza en la lucha para producir cambios y transformaciones.

La persona que puede decir lo que le pasa, que puede denunciar, está convocada por el arte a realizar una tarea común, a ser alguien que puede sentir, pensar y crear. Lo que proponemos se trata de un trabajo progresivo y sin pausa de 28 años. Un proceso progresivo implica, primero, ir generando las alternativas, antes de poder avanzar en cualquier reforma más

profunda.

Desde lo legal, nuestro proyecto también se encuentra respaldado a partir de la sanción de la Ley de Salud Mental N° 448, que propende a la desinstitutionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social.

Esta tarea se ha podido realizar a través de la conformación de una instancia de cooperativa artística, integrada por personas internadas, externadas, vecinos/as y personal del hospital. Parte de los recursos se obtuvieron a partir de algunos subsidios (UNESCO, DINAJU: Ministerio de Desarrollo Social, Fondo Nacional de las Artes). Cabe destacar que los coordinadores y colaboradores de los distintos talleres trabajan ad honorem.

### Aspectos que obstaculizaron la ejecución de la experiencia

El FAB enfrenta el constante desafío de una tensión permanente, ya que se encuentra atravesado por un doble contexto manicomial y social, al cual denuncia y lo constituye. Es en esta tensión y por ella que se considera que uno de los principales obstáculos es el incumplimiento de parte de la institución manicomial, que es la vulneración de derechos humanos a la persona que está internada en ella. La violación de derechos en estas instituciones ha sido ampliamente documentada y denunciada tanto nacional como internacionalmente. Otro de los principales obstáculos es la falta de reconocimiento institucional; aunque depende del área programática del Hospital Borda, quienes trabajan día a día

no cuentan con apoyo económico o simbólico por parte de las políticas públicas.

## Logros, aprendizajes y desafíos

Es por el estado de tensión que el FAB se encuentra en constante reinvención, estado de evaluación crítica a fin de no reproducir aquello mismo que cuestiona. Se considera que no solo el número de presentaciones artísticas, el número de participación en ámbitos académicos y políticos, la serie de reconocimientos que ha recibido de organizaciones afines se pueden utilizar como indicadores del éxito o fracaso de la experiencia. Tienen especial importancia los años de resistencia en el interior mismo de un sistema manicomial-psiquiátrico-farmacológico-político que opera para desarmar y desarticular toda práctica que cuestione su hegemonía y autoridad; como así también la calidad artística de cada presentación, el impacto que genera tanto en los “espectadores” como en los “actores”. Una lucha que persiste, entre tantas valiosas, y lo seguirá haciendo mientras instituciones e imaginarios –bajo criterios de supuesta científicidad objetiva– violenten, negocien, opriman, segreguen, marginalicen, desubjetivicen, desafilien y corrompan.

## Aspectos y artículos de la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad con los que se articula la práctica

Nuestra práctica nace, surge y aún se recrea desde la base de considerar a las personas internadas, externadas y ambulatorias en el Hospital Borda como sujetos con pleno

derecho de una atención digna y humana para el posible tratamiento en salud mental, lo cual está contemplado en el artículo 7, inciso A de la Ley Nacional de Salud Mental. Asimismo, las consideramos como sujetos en pleno goce de los derechos humanos, iniciativa que concuerda con el artículo 1.

Como colectivo creemos en la base de la transformación del hospital-manicomio. Reconocemos que la salud mental se construye de manera colectiva sobre las diferentes perspectivas, mediante el consenso y en el quehacer diario colectivo. Es decir, esta implicancia singular, grupal y colectiva, la abrimos a debate y reflexión como parte del proceso de salud colectivo del movimiento. Cada integrante es considerado un sujeto activo, con propia voz y capaz de lograr diversos procesos artísticos; de esta manera, denunciamos a través del arte los desconocimientos en materia de derechos humanos y sociales, en particular, de los usuarios del Hospital Borda. Parte de esta definición la relacionamos con el artículo 3, que establece una definición de la salud mental como un proceso de construcción social que considera a todo sujeto como capaz, y en cumplimiento de la aplicación de derechos humanos y sociales que le correspondan. Asimismo, la definición concebida en la ley establece a la salud mental como proceso determinado por múltiples categorías (históricas, socioeconómicas, culturales, biológicas y psicológicas), las cuales ponemos en tensión y revisión para poder repensar la práctica, las artes y la salud mental.

En el artículo 7, inciso B, se reconoce el derecho del sujeto con padecimiento mental al conocimiento y la preservación de

su identidad, su grupo de pertinencia y su genealogía e historia. Desde los talleres del FAB, los usuarios del hospital y los no usuarios se inician como talleristas. Es decir, intentamos el respeto singular identitario de cada integrante, que construye y aporta desde su potencial, su creatividad y sus capacidades y pertenencia grupal para seguir construyendo historias.

En el artículo 8 se concibe la atención en salud mental como promoción de equipos interdisciplinarios. Trabajamos esta construcción en cada taller en los que co-coordinan profesionales, artistas y psicólogos, así como se incluyen diversos profesionales (antropólogos, psicólogos sociales, acompañantes terapéuticos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales). Asimismo, en el artículo 13 se considera la idoneidad de los profesionales a cargo, que en el FAB son elegidos desde el propio proceso dentro de cada taller y por cada equipo de coordinación de taller. El artículo también plantea la protección en salud integral de los profesionales; actualmente, contamos con la covisión de un profesional psicólogo en el campo, Daniel Vega.

En el artículo 11 se promueve la implementación de varias acciones que engloban problemáticas que emergen en el Hospital Borda: vivienda, educación, trabajo y dispositivos alternativos de atención en salud mental comunitaria. Apoyamos este artículo, teóricamente, como parte del proceso desmanicomializador como garantía del Estado y aplicación concreta. Por otro lado, hoy consideramos la intersectorialidad, creando redes y vínculos con otros dispositivos que se encargan de algunas de estas problemáticas. Desde los talleres, mediante la función o



presentación artística posibilitamos diversas modalidades de cobro por las obras presentadas como retribución del artista. Lo recaudado se distribuye entre todos los integrantes.

**Grupo de Mujeres**  
**“Proyectándonos entre puntos,  
puntadas y pinceladas”**  
**Hospital SAMCo Ricardo Nanzer, Residencia**  
**Interdisciplinaria en Salud Mental**  
**-Santo Tomé, Santa Fe-**

Nombre de la Institución: Hospital SAMCo Dr. Ricardo Nanzer,  
Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental  
Domicilio: Azcuénaga y 12 de Septiembre  
Localidad: Santo Tomé  
Provincia: Santa Fe  
Correo electrónico: marce\_tonon@live.com,  
comolacigarra1@gmail.com  
Representantes: Laura Mezio y Marcela Tonon, licenciadas en  
Trabajo Social.

## Descripción de la experiencia

La práctica que nos proponemos compartir en este escrito se relaciona con un proyecto productivo de un grupo de mujeres convocadas desde distintos efectores de salud de la ciudad de Santo Tomé a fin de abordar algunos aspectos de la situación de vulnerabilidad social que se encuentran atravesando.

Los principales objetivos que direccionan este proyecto se vinculan con los siguientes puntos:

- Potenciar los saberes y habilidades de mujeres que se encuentran en tratamiento ambulatorio con algún profesional del equipo de salud mental, desarrollando sus autonomías y autoestimas desde el reconocimiento de la producción propia.
- Contribuir a producir cambios significativos en los procesos de salud-enfermedad-atención, potenciando los aspectos saludables de las personas.
- Promover y fortalecer el lazo social.
- Generar dispositivos grupales como espacios complementarios a los abordajes individuales y en consultorio.

## Los inicios del proyecto

La experiencia del trabajo en grupo comienza a delinearse a principio del año 2012 cuando el médico psiquiatra del Hospital SAMCo de Santo Tomé identifica la riqueza de los saberes y habilidades que poseen algunas de las pacientes con las que trabaja en el consultorio, en relación con la construcción

de algún producto específico; son en principio alrededor de cinco mujeres adultas, mayores de 30 años. También surgen propuestas de incorporar otras u otros “emprendedores” que, aunque no estuvieran en tratamiento con este médico, fueran pacientes del equipo de salud mental.

El fundamento de la construcción de este espacio comienza, por un lado, a partir de reconocer las situaciones de vulnerabilidad social que atraviesan los sujetos, y por otro lado, al considerar que la construcción de alternativas grupales favorece procesos de atención saludables. Siguiendo esta lógica es que el médico convoca una operadora comunitaria y una trabajadora social para poder pensar en una experiencia que trascienda la individualidad y genere cambios significativos en la cotidianidad de estas mujeres; cambios que modifiquen algo del orden de lo instituido, que muchas veces implica el no reconocimiento de las potencialidades de cada una.

## La articulación de redes institucionales

Como parte de este proceso fue necesario promover estrategias de trabajo intra e interinstitucional e intersectorial para fortalecer el proyecto. Este pretende la tensión constante entre algunos aspectos significativos en la cotidianidad de estas mujeres: lo social, lo comunitario, lo económico, lo gratificante, lo que solo ellas pueden ofrecer a los demás... Y pensamos en ese espacio por construir, e hicimos uso de los recursos disponibles y de la apertura de los “feriantes” de la ciudad a transitar este proceso con nosotros.

Es así que se coordina un encuentro entre referentes del Hospital SAMCo y la Dirección de Cultura y Educación Municipal. Cabe destacar que ambas instituciones han estado presentes desde el inicio de la propuesta colaborando; la Dirección de Cultura Municipal se ha propuesto coordinar con la representante de la Feria de los Artesanos del Río, pensando en la inclusión de las mujeres emprendedoras en dicho espacio, que se desarrolla los días domingos en el anfiteatro de la costanera de Santo Tomé. Por otro lado, desde el hospital SAMCo se ha apoyado el emprendimiento a través de la construcción de un gacebo o stand para la feria, y de la compra de materiales necesarios.

Desde el grupo de mujeres emprendedoras “Proyectándonos entre puntos, puntadas y pinceladas”, el espacio de “la feria” representa un lugar de inclusión, un espacio público de intercambio material y simbólico, donde más allá de la comercialización (o no) de los productos es posible compartir junto con otros –el mismo grupo de mujeres artesanas, las familias y demás personas que se acercan a la feria, el resto de los artesanos– la cotidianeidad de un domingo diferente, encontrando un espacio de reconocimiento por fuera del espacio doméstico, es decir, del ámbito de lo privado.

## Convocando protagonistas

Este proceso de construcción de alternativas llevó un tiempo prudencial; en tanto se iba charlando e indagando en los deseos de las posibles participantes, se comentó a las mujeres en el consultorio acerca de la posibilidad de generar un espacio

donde fuera posible la comercialización de los productos que ellas elaboraban artesanalmente. Una vez que contamos efectivamente con la posibilidad de participar en la feria, se difundió la información entre las interesadas y se convocó a un par de encuentros previos en los que cada una se presentó y comentó algunos aspectos de su vida (dónde viven, con quiénes, sus ocupaciones, diferentes situaciones dolorosas que hubieron vivenciado, aspectos de su dinámica familiar, su interés en relación con la feria). Además, presentaron la producción que realizaban, destacándose en cada caso el tiempo que les llevaba la construcción, las técnicas empleadas, los tiempos con los que contaban, los costos y sus intenciones de participar activamente en el espacio de la feria. Cabe destacar que hubo algunas participantes que por diversos motivos eligieron no continuar con el espacio, así como hubo otras que, a pesar de haber sido convocadas en reiteradas oportunidades y de haber asumido el compromiso de asistir (demostrando interés en la actividad), no se presentaron.

## Los encuentros en la feria

En los primeros encuentros participaron dos emprendedoras, una de las cuales lo sostiene hasta la actualidad. Se diferenciaban del resto de los artesanos, ya que no tenían aún el stand y debían presentar sus productos sobre un tablón. Transcurrieron así unos cuantos fines de semana hasta que se logró la construcción del gacebo y obtuvieron los materiales necesarios para concordar con los demás stands de la feria. Con el tiempo fueron encontrando un lugar específico en la distribución de los espacios, un reconocimiento por parte

de los otros feriantes y de los encargados del traslado de los gacebos; aspectos estos que les permitieron ir construyendo una identidad propia, superando la referencia y rotulación inicial de “las chicas del SAMCo”, para incorporarse activamente como mujeres artesanas en este grupo preexistente. Posteriormente, se incorporaron otras dos mujeres.

En las tres o cuatro horas que comparten en la feria los domingos, suelen charlar sobre sus productos, sobre los modos de producción o sobre cuestiones familiares y aspectos de su vida cotidiana en general. Es un momento en el que disfrutan de estar juntas y del espectáculo cultural ofrecido ese día. Una cuestión que se presenta como desafío para seguir trabajando es la venta de los productos, dado que hasta el momento la comercialización de las artesanías no ha sido la esperada; cuestión esta que se da a nivel general en el conjunto de los feriantes. Sin embargo, una de ellas siempre expresa que es necesario sostener el espacio de manera responsable, señalando la importancia de que la gente las conozca y que además posibilite la difusión.

Otra muy buena experiencia que han tenido fue la posibilidad de participar en la 5° Feria Nacional de Artesanos, que se desarrolló en la ciudad en el mes de octubre de 2012 y en la que, más allá del reconocimiento a los trabajos del grupo por parte de los que se acercaban a mirar y preguntar, una de las mujeres ha podido vender varios de sus productos; sus trabajos son siempre elogiados y la gente las felicita, pero hasta el momento nadie les había comprado.

## Singularidades, expectativas, deseos

Cada una de estas mujeres ha sufrido algún tipo de padecimiento subjetivo a lo largo de sus trayectorias de vida; si bien estos padecimientos son parte de sus historias personales, no son determinantes de sus posibilidades como sujetos de derechos, capaces de ejercer diferentes roles en su vida cotidiana (madres, trabajadoras-artesanas, mujeres, abuelas, esposas...).

Luego de algunos meses de trabajo en la feria, surge de ellas la necesidad de encontrarse en otros espacios por fuera para definir algunas cuestiones grupales relacionadas con la producción, presentación, venta, la posibilidad de generar un fondo común para gastos, etc. Esta necesidad puede leerse como un posicionamiento activo por parte de las emprendedoras, lo que implicó una apropiación de este espacio y la toma de decisiones respecto de él, propiciando y fortaleciendo la construcción de procesos de autonomía.

Ya para este entonces se habían incorporado una emprendedora y una trabajadora social más, quedando el grupo compuesto por cuatro feriantes: dos coordinadoras (las trabajadoras sociales) y dos colaboradores (la operadora comunitaria y el médico psiquiatra).

Es así que comenzaron a organizarse encuentros semanales en los que se estableció, a modo de asamblea grupal, el orden del día, el listado de los temas que hay que tratar, confeccionado por alguna de las emprendedoras, los cuales eran debatidos colectivamente. Inicialmente, una



de las emprendedoras ha asumido un rol destacado para la coordinación de la reunión, rol que ha sido dinámico, habilitándose la posibilidad de que fuera asumido luego por otra de las participantes.

También se comenzaron a delinear las potencialidades y la predisposición para el trabajo individual, así como también los aportes significativos a las producciones de las demás. Poco a poco y en relación con los deseos de cada una, se definen ciertas “alianzas” laborales por fuera del proyecto de la feria de artesanos, pero sin descuidar la participación e inclusión de las otras emprendedoras.

### Haciendo un poco de historia sobre la creación del nombre

Ni bien se conformó el grupo, comenzaron a plantearse la necesidad de identificarse a partir de un nombre. Entre las ideas que fueron surgiendo podemos mencionar: Reset; Puntos y puntadas; Construyendo; Floreciendo; Renaciendo, hasta que luego de varios intercambios, opiniones, fundamentos de cada propuesta, se logra construir entre todas un nombre: *Proyectándonos entre puntos y puntadas*. La elección se basó, por un lado, en la idea de que es un proyecto colectivo, que a cada mujer le permite crear, desplegar sus potencialidades. Como lo expresa la palabra *proyectándonos*, la idea es poder pensarse como parte de un proyecto con otros que vincula un pasado (la historia de cada una) un presente (el aquí y ahora de cada una) y un futuro (la posibilidad de soñar, crear, construir, planificar) desde sus propios saberes. Por otro lado, la denominación *puntos y puntadas* se relaciona con aspectos

característicos de las producciones que realizan las mujeres emprendedoras. Es importante mencionar que quienes estaban presentes en ese momento pensaron el nombre como una denominación abierta, argumentando que si se incluía alguien nuevo que realizara otras producciones (que no sean tejidos y/o costura), se podría sumar también en el nombre. Así fue que recientemente se integró al grupo la cuarta participante, quien realiza trabajos en pinturas, entre otras artesanías. De este modo, el nombre finalmente quedó de la siguiente manera: *Proyectándonos entre puntos, puntadas y pinceladas*.

Puede señalarse que no se cuenta con presupuesto y financiamiento específicos provenientes del Estado, sino que es una experiencia autogestiva. Asimismo, el grupo decidió crear un fondo común para los gastos fijos de organización u otras eventualidades que lo requieran.

## Contexto actual en el que se desarrolla la experiencia

La presente experiencia se desarrolla en la ciudad de Santo Tomé, desde fines de marzo de 2012, incluyéndose en la Feria de Artesanos del Río, que funciona en el Paseo de la Costanera, en el anfiteatro Miguel de Güemes, desde noviembre de 2011.<sup>3</sup> La feria siempre está acompañada por el ciclo artístico EnPlazArte, una iniciativa de la Dirección de Cultura y Educación que ofrece espectáculos y actividades culturales gratuitas para la comunidad de Santo Tomé.

---

3. Cabe mencionar que la Feria de Artesanos del Río fue creada en marzo de 2007, funcionando en sus inicios en la Plaza Libertad, siendo trasladada al Nuevo Paseo de la Costanera por Ordenanza N° 2878/2011, aprobada por el Concejo Municipal.

En agosto de 2012, la Cámara de Diputados de la provincia declaró de interés las actividades culturales, artesanales y musicales que se desarrollan en la nueva costanera de la ciudad, así como en el Anfiteatro Martín Miguel de Güemes, entre las cuales la Feria de Artesanos tiene un lugar de gran importancia.

El grupo de artesanos del Río se compone de 40 feriantes aproximadamente (30 puestos); posee una dinámica de organización propia, con reuniones mensuales en las que se debaten y acuerdan posibles actividades. Cabe señalar que de dicho espacio participan las mujeres del grupo *Proyectándonos entre puntos, puntadas y pinceladas*.

## Fundamentación de la práctica

Situándonos como profesionales de la salud mental en la atención y promoción del proceso de salud de los sujetos, e inmersos en la dinámica institucional de un SAMCo, realizamos un encuadre teórico y político sustentado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 para la presentación de este proyecto. Tomamos como eje directriz el artículo 11, que plantea la implementación de acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. En este sentido, la presente experiencia se basa en la creación de uno de estos dispositivos: emprendimientos sociales. Entendemos que la apertura de estos espacios les permite “convertirse en fuente de iniciativa, libertad y compromiso (consigo mismo y con los demás)”, así como “estimular la creatividad, descubrirse en su propio valor y expresarse” (Puebla, Scatolini & Madani, 2008).

La propuesta de construcción de un espacio alternativo de atención y fortalecimiento de la salud interpela a pensar el campo de la salud constituido en tanto conjunto de articulaciones, redes y nexos entre diversas instituciones, organizaciones institucionales y la comunidad; se configura como el enmarañamiento de posiciones políticas y de poder de aquellas personas que participan en él. Siguiendo esta línea, la salud mental es parte inherente, constitutiva de la salud integral de los sujetos; es un proceso en el que se ponen en juego estas cuestiones mencionadas. En este sentido, coincidimos con los aportes del doctor Gustavo Castaño (18 de julio de 2012), quien expresa:

... el campo de la salud mental es una ficción operativa; una delimitación convencional en constante revisión. Es un instrumento clínico y político. Es una convocatoria al diálogo y a la cooperación entre tradiciones clínicas y prácticas de discursos heterogéneos. Un ámbito de tensiones y conflictos. Un movimiento de interpelación práctica de instituciones centenarias: la médica, la jurídica/judicial, la de asistencia social, etc. Una oportunidad de creación inter- y transdisciplinaria. Dicho campo tiene como apuesta fundamental incluir en las políticas públicas aquello que el desarrollo tecnocientífico, la hegemonía de las leyes del mercado, la implosión del estado y la burocratización de las prácticas tienden a segregar, a excluir, a expulsar, a forcluir: la dimensión subjetiva de la experiencia humana.<sup>4</sup>

---

4. Ficha de clase de Psicoanálisis y Salud Mental, Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental. Seminario *Clínica Interdisciplinaria de la Subjetividad. Sustitución de lógicas manicomiales: Estado-políticas públicas. El lugar de la clínica. La salud mental en el espacio público.*

Desde este dispositivo se intenta realizar un abordaje partiendo de reconocer a la salud mental como un proceso que está atravesado por una multiplicidad de componentes (históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos, psicológicos) que están presentes en la singularidad de cada una de las participantes del proyecto. Asimismo, entendemos que la preservación y mejoramiento de la salud mental implica un proceso de construcción social (artículo 3 de la Ley Nacional de Salud Mental).

Partimos de pensar al otro como sujeto de derechos, ciudadano, capaz de posicionarse activamente en la resolución de sus conflictos y malestares, generando procesos de salud en tanto participación activa y crítica sobre la realidad; como actor portador de saberes y habilidades que se ponen en juego en la interacción misma con otros sujetos.

Pensamos en abordajes integrales que complementen los tratamientos individuales y en consultorio, tomando también como marco legal y sustento de esta práctica la Ley Provincial de Salud Mental de Santa Fe (Ley N° 10.772), Decreto Reglamentario 2155, que en su artículo 18 postula:

Se entiende por Servicios Alternativos todos aquellos dispositivos institucionales y comunitarios, clínicos, productivos y culturales que se orienten al sostenimiento de prácticas de asistencia al sufrimiento psíquico, que no sean expulsivas ni generen exclusión ni encierro de las personas, no atenten contra sus derechos humanos y permitan el desarrollo de sus capacidades y su inclusión en el ámbito comunitario.

Siguiendo esta línea, se propuso como estrategia alternativa la modalidad de dispositivo grupal en términos de un dispositivo crítico de un proyecto común, por el cual se habilite el uso y la circulación de la palabra, el reconocimiento por la labor del otro, la construcción de un espacio donde mujeres y hombres se sientan acompañados y contenidos. En especial, se busca la consolidación del sentido de pertenencia –entendiéndolo como un proceso que reconoce un *nosotros grupal*– y de identidad a partir del debate de, por ejemplo, un nombre que los caracterice, apostando a la gestión colectiva de lo común, partiendo del reconocimiento de la singularidad y los modos en que cada uno da sentido a su propia historia de vida, anclada en un contexto social, familiar, cultural y político que posibilita la emergencia de determinadas formas de comprender y producir su propia cotidianidad. A su vez, se aspira a la posibilidad de poder trabajar en la construcción de vínculos saludables que fortalezcan el lazo social, promoviendo en cada intervención una ruptura significativa con aquellos “etiquetamientos” sociales que obstaculizan en algunas ocasiones un tratamiento basado en la inclusión de procesos de salud-salud mental en espacios públicos y comunitarios.

Este dispositivo es concebido como espacio de intercambios materiales de aquello que cada uno produce desde sus saberes y posibilidades, y también de intercambios simbólicos, que implican el reconocimiento por parte de los demás actores (ya sean familiares o la comunidad en general) de estas producciones, y la posibilidad de construcción de nuevos lazos de cooperación entre las integrantes del grupo.

Asimismo, intenta ser un espacio que busca promover la autogestión, la solidaridad y complementariedad entre quienes participan, priorizando la toma de decisiones compartidas. Este espacio pretende producir al mismo tiempo una suerte de aprendizaje colectivo, no solo de técnicas y métodos de trabajo y elaboración de los productos que se obtengan, sino también –o incluso fundamentalmente– una experiencia de aprendizaje de la gestión común y el aprovechamiento comunitario de la comercialización de esos productos. Consideramos fundamental poder exponer que la experiencia de la feria se piensa como punto de partida; como espacio a partir del cual se pueden pensar otras alternativas laborales y gratificantes para los participantes.

Otro eje que da sustento a esta práctica se vincula con el principio planteado en el artículo 9 de la Ley Nacional de Salud Mental, en el que se plantea que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, orientándose al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. En este sentido, este dispositivo funciona por fuera de la institución hospitalaria; la articulación intersectorial es un aspecto fundamental e inherente de la experiencia (nexo con la Dirección de Cultura Municipal, que habilita la inclusión en el espacio de la feria), y la construcción de lazos sociales, tanto entre los integrantes del grupo como con otros actores, es uno de nuestros objetivos.

En relación con esta experiencia, según lo planteado en el artículo 1 de la Ley Nacional de Salud Mental, consideramos

que la participación de las mujeres es una forma de asegurar el derecho a la protección y promoción de su salud mental y el ejercicio de otros derechos humanos, como el derecho al trabajo, a la inclusión comunitaria, etc.

Continuamos apostando a este desafío de construcción de prácticas subjetivantes e inclusivas, con la gratificación de valorar este proceso como significativo para estas mujeres y para nosotras también.



## Bibliografía

- Puebla, M. D., Scatolini, J. M. & Madani, V. H. (2008). *La construcción del trabajo social en el ámbito de la ejecución penal*. Buenos Aires: Espacio.
- Wagner de Sousa Campos, G. (1996-1997). *La clínica del sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/67368385/Clinica-Ampliada-Gaston-Souza-Campos>

**Programa de Rehabilitación y Externación  
Asistida (PREA), Hospital Interzonal Especializado  
Neuropsiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred  
-Luján, Buenos Aires-**

Nombre de la Institución: Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA); Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred

Domicilio: Av. Cabred y Filiberto, Open Door

Localidad: Luján

Provincia: Buenos Aires

Correo electrónico: preahospitalcabred@hotmail.com

Representantes: Equipo PREA, Hospital Interzonal Dr. Domingo Cabred: Lic. María Rosa Lespiacuq (psicóloga), Lic. Mónica Cuschnir (psicóloga), Lic. María Paula Saraco (psicóloga), Lic. Matilde Melo (psicóloga), Lic. Javier Pereyra (psicólogo), Lic. María José Carreño (psicóloga), Lic. Clara Girard (psicóloga), Lic. Guillermina Porcel (trabajadora social), Lic. Maximiliano

Ferreira (enfermero), Aux. Enfermería Viviana Lucchini.

Dirección Provincial de Capacitación para la Salud: Lic. Marcelo Percia (psicólogo), Lic. Maluca Cirianni (psicóloga-enfermera), Lic. Silvia Alves (psicóloga), Lic. Cristina Curuchelar (psicóloga).

## Fundamentación de la práctica

Nuestra práctica se sustenta en la Resolución Ministerial N° 1832/99 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Se trata de acompañar y asistir la externación de pacientes que están en condiciones de vivir en la comunidad y no lo pueden hacer por sus propios medios, ya que carecen de familia y/o recursos económicos. De manera que la experiencia está dirigida a pacientes con internaciones de mediano y largo plazo que no padezcan inhabilidades extremas que impidan su autovalimiento básico o impliquen factores de riesgo conductuales. La población de pacientes mencionada se caracteriza por ser carente de ingresos económicos y de vínculos familiares continentes que pudieran alojarlos y asistirlos; son personas totalmente dependientes de la institución, lo que hace que sea necesario subsidiar la externación.

El eje de la tarea es clínico con orientación en inclusión social, articulando el trabajo con la atención primaria de la salud en el ámbito comunitario. Se considera como base de los lineamientos de este programa la Declaración de Caracas de 1990.

Asimismo, este programa toma en consideración la existencia de importantes antecedentes de acciones de

rehabilitación con base en la comunidad, que han logrado avanzar en revertir la exclusión social de los enfermos mentales, desarrollando alternativas para evitar las internaciones prolongadas que no obedezcan a estrictas razones clínicas. En los grandes hospitales de la provincia de Buenos Aires se observa que el deterioro propio de un largo proceso de internación actúa en sentido de la cronificación de los pacientes, de la escisión respecto de su entorno familiar, de la pérdida de capacidades laborales, del síndrome de hospitalismo con sus secuelas de deterioro afectivo, cognitivo, descenso de la autoestima y del autovalimiento; que redundan en su conjunto en una verdadera potenciación de las discapacidades. En ese marco, la administración de psicofármacos, que debiera ser parte de una estrategia de recuperación de los pacientes, se convierte en una herramienta de disciplinamiento y de control de los propios efectos de la reclusión.

La cronicidad de una patología no implica la necesidad de internación del paciente que la padece. En realidad, la internación ha intentado resolver dos problemas: uno es el cuidado de aquellos pacientes que no pueden valerse por sí mismos; el otro es asegurar la continuidad del tratamiento que cada patología requiere. El desarrollo de estrategias apoyadas en la promoción de redes sociales, que desde la propia comunidad integren y apunten a los pacientes, ha permitido responder con éxito a la primera cuestión en gran número de casos. El trabajo con los propios pacientes dirigido a la aceptación de su enfermedad, a la necesidad del tratamiento, acompañado por el adecuado seguimiento de su adhesión a él permiten dar una respuesta eficaz al segundo.

Tomando en consideración que los mega hospitales son destinados para la recuperación de los pacientes allí alojados y que la realidad ha demostrado que, por el contrario, los pacientes se cronifican y deterioran, se revelaría la necesidad de reconversión de los recursos a prácticas de salud mental comunitaria. Víctimas, también, de este estado de cosas, los trabajadores de la salud padecen las consecuencias de ser soporte de un sistema custodial, con sus secuelas de desesperanza, inercia y falta de sentido en las tareas que realizan. La administración de la vida del otro (o de la propia vida por otro), el manejo instituido del tiempo, de los espacios, el disciplinamiento y la medicalización como horizontes constituyen mojonos de esa mutilación vital que se llama *manicomialización*. Existiendo prácticas que no son manicomiales y que funcionan como alternativas cotidianas al hospital, el desafío ha sido y es ampliar y desarrollar estas prácticas.

Los pacientes internados padecen dos problemas fundamentales: uno, el deterioro propio de la institucionalización, sumado a los deterioros crónicos de la enfermedad con pérdida de habilidades y capacidades; el otro es el abandono socio-familiar, la imposibilidad de la familia de tomarlos a su cargo o la contraindicación al respecto.

Por todo lo expuesto, se ha constituido, en el marco de las prácticas en salud mental, este programa que se propone la reinserción de los pacientes en la comunidad a través de la promoción de redes sociales que operen como soporte de este proceso.

Se toma como eje una concepción de salud-enfermedad como proceso dinámico y permanente de abordaje de conflictos.

## Descripción de la experiencia

La experiencia se lleva a cabo dentro del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred y en la comunidad de Luján, Provincia de Buenos Aires. Desarrollando, en distintos barrios de la ciudad de Luján, actividades acordes con la inclusión social y laboral de las personas externadas bajo programa y de las personas que se encuentran construyendo su proyecto de externación. A fin de lograr la integración de estas personas a la comunidad, trabajando de manera interdisciplinaria como referentes sociales, a través de la participación activa de las personas externadas en distintos talleres (por ejemplo: radio, música, pintura) como forma de expresión que favorece la construcción subjetiva y social por medio del arte, en diversos espacios públicos y abiertos a la comunidad. Se propone, por lo tanto, que los pacientes con diversos grados de discapacidad sean abordados a partir de un trabajo de rehabilitación singular, y, en consecuencia, diferente del modelo tradicional. Se sostiene que convivir con una enfermedad crónica significa tanto la aceptación de inhabilidades, como el reconocimiento de la posibilidad de su transformación, teniendo presente las capacidades con las que sí se cuenta. Sin olvidar que algunas de las limitaciones existentes en estos pacientes son compatibles con la convivencia social y cotidiana. Esto implica resignificar el lugar que la psicosis tiene en el campo de la vida en comunidad.

El programa cuenta con un espacio denominado Lazos

Sociales, que funciona una vez por semana con el carácter de grupo abierto para las personas que se encuentran internadas y se interesan por la posibilidad de construir un proyecto de externación. En este espacio se constituyen pequeños grupos para la convivencia afuera y se trabajan cuestiones relativas a la historia vital-laboral de cada uno en el intento de restitución de la capacidad civil y del estatuto de ciudadano, como herramientas fundamentales para la recuperación de la identidad. En esta tarea se acompaña a los participantes individual y grupalmente, en la reconexión con la cotidianeidad del afuera a través del proceso que implica retomar el manejo del dinero, los viajes en colectivo, el reconocimiento de referentes geográficos (por ejemplo: las modificaciones que se han ido suscitando en la comunidad durante el tiempo que permanecieron encerrados). Como así también se favorece la autonomía para la gestión de trámites, compras de ropa, alimentos, etc.

Nuestro trabajo se articula con la comunidad de Luján, desarrollando distintas actividades: Taller de Radio Abierta, Taller de Carpintería y Artesanías, Taller de Dulces Artesanales, participación en festivales artísticos de personas externadas e internadas de hospitales psiquiátricos, peñas, jornadas integradoras de Arte en Movimiento, encuentro anual cultural y deportivo Patas Arriba, organizado por ADESAM (Asociación por los Derechos de las Personas en Salud Mental), entre otras.

En el año 2001 se inaugura la primera casa de convivencia con cinco personas externadas, que ya llevan trece años viviendo en la comunidad. Desde entonces se han logrado muchas externaciones, algunas de las cuales han permitido

a las personas tomar la iniciativa de independizarse del programa; algunos han formado pareja y se han mudado a otra localidad. Por ejemplo, se encuentran actualmente externadas 35 personas en la comunidad, en 19 casas de convivencia, y alrededor de 35 personas se encuentran construyendo su proyecto de externación. Han transitado la experiencia del programa más de cien pacientes que han logrado vivir en la comunidad. Las personas externadas se sostienen en el afuera de forma independiente desde sus inicios, por la vía de pensiones y subsidios de curaduría; ingresos que resultan insuficientes y que apenas alcanzan para lograr la continuidad de la externación.

En algunas ocasiones, el programa ha tenido que reinternar a algunas personas que presentaron crisis que no pudieron ser estabilizadas solo con el acompañamiento y la asistencia domiciliaria. En este sentido, nuestro trabajo se ha orientado siempre a que las reinternaciones fuesen lo más breves posible. Entendemos que la externación es un proceso que tiene estos vaivenes. Se deben instrumentar, en esos casos, los recursos del campo de la salud para evitar así la intervención policial.

En las visitas domiciliarias, que realiza el equipo semanalmente, se intenta poner de relieve el ritual social de la visita como elemento del lazo social, aprovechando también ese espacio para trabajar cuestiones relativas a la convivencia y a todo lo referente a la vida cotidiana. Intentamos que cada estrategia sea extingible, combatimos fijeza, aprendimos que nuestro automatismo no ayuda a las personas a pasar a otra



cosa. Cuidamos al grupo, al grupo como anclaje, como lugar donde se aloja lo que no se entiende, como espacio que permite la experiencia del límite, como existencia que posibilita el rol, la diferencia y el protagonismo. Se introducen marcas temporales; se delinean bordes; se recuperan rituales sociales y culturales; se rodea el vacío. Así entendemos la externación asistida.

Entre los puentes que se tendieron para favorecer la reinserción e inclusión social, contamos con las siguientes redes:

### **MTC (Movimiento de Trabajadores Comunitarios, Luján)**

- Fuente de trabajo
- Contención social

### **Capacitación**

- Talleres municipales
- Casa de la Juventud Luján
- Taller de pintura
- Curso de computación
- Curso de electricidad (Cooperativa Eléctrica Luján)
- Taller de Música

### **Escuela primaria**

- EGB N° 9 Hipólito Irigoyen, turno tarde, Open Door
- Escuela Primaria Básica N° 14 Tnte. Gral. Bartolomé Mitre, turno vespertino, Luján

- Biblioteca Popular Juan B. Alberdi, turno tarde, Open Door

## Escuela secundaria

- Escuela N° 907 Turno Vespertino, Open Door
- Escuela N° 11 “Gral José M. Paz” Turno Vespertino, Luján
- Escuela de Formación Profesional N° 402 Luján Pcia de Buenos Aires

## Universidad

- Universidad de Luján (institución que ha brindado becas de estudio a personas externadas bajo programa)

## Asistencia

- Hospital de Día (Pami)
- Hospital Municipal Nuestra Señora de Luján
- Salas de Atención Primaria
- Centro de Integración Comunitaria Barrio San Fermín Luján
- Centro Cultural José Artigas, Luján
- Centro Cultural “El Mandril” C.A.B.A.
- FM Revuelta, Luján
- Feria Franca Luján, Del Productor al Consumidor
- Colonia Montes de Oca, Luján

Estas redes se fueron construyendo con la buena voluntad y posibilidades del equipo de manera no formal, a partir de los contactos que cada uno pudo aportar.

## Conformación del equipo de trabajo

El equipo actualmente está compuesto por siete psicólogos/as, una trabajadora social y dos enfermeros. La coordinación del programa está a cargo de una de las psicólogas. Todos los miembros del equipo participan de las diferentes actividades del programa, a saber:

- Asistencia y acompañamiento de las personas externadas y por externarse (gestiones de beneficios previsionales, no contributivos, subsidios de externación, gestiones en curadurías y juzgados, gestiones en obras sociales y con equipos tratantes de los diferentes servicios a los que pertenecieron o pertenecen, gestiones referidas al alquiler de viviendas, obtención de mobiliario y de todo lo necesario para la instalación en la comunidad, acompañamiento a las diferentes actividades desarrolladas en la comunidad –por ejemplo: talleres, peñas–, acompañamiento en la organización de las mudanzas, etc.
- Visitas domiciliarias en las que se realizan las reuniones de convivencia de manera semanal; dispositivo Lazos Sociales (reunión semanal dentro de la institución, donde se construye junto con los pacientes los proyectos de externación).
- Entrevistas a los grupos conformados en vías de

externación. Los psicólogos/as realizan las entrevistas psicoterapéuticas individuales de las personas externadas bajo programa dentro de lo que se denomina *continuidad de tratamiento*.

- Todos los miembros del equipo realizan guardias pasivas respecto de las situaciones que pudieran requerir su intervención en las diecinueve casas de convivencia que existen en la actualidad.
- Los enfermeros del equipo realizan un registro de los chequeos médico-clínicos de las personas externadas; asimismo, en los casos que así lo requieran, organizan la administración de la medicación psicofarmacológica.

## Recursos

Con relación a los recursos humanos, todos los integrantes del equipo son recursos del hospital asignados al programa. Además, contamos con un equipo de capacitación dependiente de la Dirección Provincial de Capacitación para la Salud, que semanalmente supervisa la actividad.

Respecto de los recursos materiales con los que se cuenta, el hospital brinda el alimento en crudo que las personas externadas retiran semanalmente. Asimismo, el hospital brinda, en los casos en que las personas no cuenten con obra social, tratamiento psiquiátrico y psicológico ambulatorio y la medicación psicofarmacológica; como también ofrece camas, colchones, almohadas, ropa de cama y, excepcionalmente, algún mobiliario necesario al momento de las externaciones.

Desde el año 2007, se cuenta con la ambulancia del hospital para asistir las urgencias domiciliarias de las personas externadas bajo programa.

Nuestro programa nunca ha recibido la partida presupuestaria que la resolución ministerial establece. Los gastos de viático y teléfono que nuestro trabajo conlleva diariamente son solventados de manera particular por los miembros del equipo. El alquiler de cada una de las viviendas es solventada de manera independiente por sus habitantes, a partir de sus únicos ingresos de pensión no contributiva y subsidios de externación. Asimismo, los gastos de servicios, impuestos, artículos de limpieza y personales son costeados por las personas externadas. Sus ingresos alcanzan de manera insuficiente por lo que las propiedades alquiladas son precarias – por lo general, ubicadas en barrios periféricos de la ciudad de Luján y de la localidad de Open Door–, a dueño directo de manera de obviar la presentación de garantías, como así también depósitos u otros requisitos inmobiliarios. De manera excepcional, la cooperadora del hospital ha solventado el alquiler de la primera casa de personas externadas del programa, hasta el año 2012, cuando nos fue informado que ya la cooperadora no estaba en condiciones de repetir la operación de pago contado de los dos años de contrato para sortear garantía. Motivo por el cual desde mediados de 2012, provisoriamente, la cooperadora aporta de manera mensual la mitad del alquiler y las personas que habitan la casa la otra mitad.

Entre las herramientas con las que se cuenta y han favorecido el trabajo hasta la actualidad, se pueden mencionar:

- Subsidio para externación Plan Vuelta a Casa; agilización producida en los últimos años del otorgamiento de pensiones no contributivas y operativos de gestión de DNI; pase libre de transporte provincial y nacional, otorgado por la dirección de discapacidad.
- La capacitación en servicio brindada por el equipo de la Dirección Provincial de Capacitación para la Salud.
- Médicos psiquiatras y abogada de planta permanente del hospital que prestan su colaboración voluntariamente, dado que el equipo no cuenta con tales recursos.
- La articulación con las distintas redes comunitarias mencionadas en el presente escrito, que han resultado sumamente enriquecedoras y favorecedoras al trabajo que lleva adelante este programa. Ese es el quehacer desempeñado por estos equipos: alojar y ayudarnos en el acompañar afuera. Para quienes llevan cinco, diez y hasta más de veinte años internados, el afuera hasta hace poco era un despoblado de lugares en los que sentirse alojados, esperados, recibidos.
- La articulación con el Movimiento de Trabajadores Comunitarios Luján (MTC) ha permitido insertar laboral y socialmente a varias de las personas externadas, sirviendo como referente comunitario y estimulando una participación activa en la comunidad.
- Algunos beneficios otorgados por PAMI a sus

afiliados, tales como acompañamiento terapéutico, subsidio para alquileres y medicación.

Entre los obstáculos que han dificultado y a veces impedido la tarea, pueden mencionarse:

- La falta de partida presupuestaria para solventar alquileres y gastos de funcionamiento del programa.
- Congelamiento desde su inicio en el año 2002 del importe del subsidio de externación Plan Vuelta a Casa.
- Resistencia de gran parte de la comunidad hospitalaria a la modalidad de abordaje en salud mental que propone el programa y, en este sentido, dificultad de articulación con los demás equipos de trabajo intrahospitalarios, lo que genera en algunos casos trabas burocráticas.
- Dificultades por parte de algunos juzgados y curadurías en dar curso a la habilitación del dinero y/o bienes de los participantes del programa.
- Las autoridades de las Residencias en Salud Mental, que desactivaron al Hospital Cabred como sede de rotación, produjeron una falta de recursos humanos genuinos.

## **La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental como soportes de la práctica**

En coincidencia con los principios establecidos en

la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) Cabred subraya el reconocimiento de los derechos y libertades que toda persona tiene, sin distinción de ninguna índole. Desde su quehacer, el PREA se propone contribuir a garantizar el ejercicio de estos derechos y libertades en lo que atañe a las personas con discapacidad mental, trabajando para favorecer la inclusión social, la no estigmatización y el respeto por los otros y por las diferencias. Dicho quehacer incluye la tarea de actuar como facilitador de las relaciones con los vecinos y la comunidad en general, favoreciendo la participación en igualdad de condiciones y estimulando que otros lo hagan a fin de que cada persona con la que el PREA trabaja logre el mayor despliegue posible de sus potencialidades que le permita su inclusión.

Esta práctica requiere articulación con instituciones oficiales, que, de acuerdo con la convención, deberían facilitar las condiciones para que las personas con las que se trabaja no vivan en la pobreza y puedan satisfacer las necesidades, lo cual les permita llevar una vida digna. De tal modo, el equipo del PREA intenta articular el trabajo, por ejemplo, con las curadurías, de las que no siempre se obtienen las respuestas conforme a lo que la CDPD establece. De modo que los organismos oficiales, que debieran ser facilitadores, a veces se convierten en barreras.

Se promueve que los participantes del programa, en la medida de sus capacidades, puedan tomar sus propias decisiones; se apoyan las iniciativas de estudio en los distintos niveles y los intereses relativos a la formación profesional y



artística en talleres, como así también las actividades recreativas. La mayor parte de los participantes del programa cuenta con un pase libre de transporte, como lo establece la CDPD.

De acuerdo con lo establecido en la convención en cuanto a la formación de profesionales en el tema específico de discapacidad, el programa cuenta con el apoyo de un equipo de capacitación, que realiza tareas de capacitación en servicio, por lo que resulta de gran provecho tener la posibilidad, a través de seminarios y supervisión, que cada trabajador que se incorpora al equipo reciba la capacitación acorde con los principios éticos y científicos con los que se desarrolla el PREA.

En conformidad con la nueva ley, el programa desarrolla una práctica que contempla la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales a partir de un equipo interdisciplinario de atención. Es en este sentido que se brinda atención sanitaria y social, integral y humanizada; intentando preservar la identidad de las personas, sus grupos de pertenencia, genealogía e historia. El programa acompaña a las personas externadas antes, durante y luego del tratamiento. El equipo asiste a las personas externadas e internadas en lo referido a asesoramientos legales respecto de gestiones en juzgados y curadurías, como así también en aquellos casos en los que la problemática por resolver involucre a los bienes o al patrimonio general de sus participantes. El equipo ha realizado y realiza intervenciones en la comunidad a fin de instrumentar estrategias que impidan que la persona con padecimiento mental sea discriminada. Las personas que eligen participar del programa son informadas respecto de la modalidad

de trabajo, la continuidad del tratamiento y todo lo referente a su salud y el modo de abordarla. Las personas que participan del programa acuerdan, dentro de sus posibilidades, las diferentes decisiones respecto de su tratamiento. Tratamientos donde se respeta la singularidad de cada caso, su intimidad, reconociendo siempre a la persona como sujeto de derecho y fomentando la libertad de comunicación.

La experiencia de estos trece años de trabajo ha demostrado que el padecimiento mental es un estado modificable, en tanto que el trabajo esté dirigido a la restitución de derechos, desde un abordaje comunitario que permita a las personas recuperar habilidades y desplegar sus capacidades. Las personas que participan del microemprendimiento laboral (elaboración artesanal de dulces), tanto en la elaboración como en la venta del producto, reciben una compensación justa por sus tareas. El proceso de atención que el programa brinda se realiza mayormente fuera del ámbito de internación y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial con las redes comunitarias que se han tendido y mencionado en la primera parte de este trabajo, así como en la asistencia de las personas externadas que viven en la comunidad. Con relación a las redes sociales establecidas a lo largo de nuestra práctica, son todas ellas favorecedoras de la inclusión social y laboral de las personas, anteriores y posteriores al alta. Los tratamientos psicofarmacológicos se realizan en el marco de abordajes interdisciplinarios; en este sentido, el médico tratante mantiene la comunicación con el equipo que asiste a la persona externada.

En consonancia con lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley de Salud Mental, todos los miembros de este equipo reciben capacitación y actualización profesional.

Como fue explicitado previamente, las reinternaciones se llevan a cabo solo cuando se han agotado las intervenciones alternativas en el ámbito social y comunitario, y se intenta que el tiempo de duración sea el más breve posible, instrumentando todo lo necesario para mantener a la persona en contacto con sus vínculos sociales y laborales.

El programa trabaja con una población de personas que han visto prolongada su internación por problemáticas sociales y/o económicas, por lo que su inclusión en este trabajo permite como dispositivo específico la externación con la mayor brevedad posible. Este equipo acompaña y asiste a las personas que cuentan con obra social a fin de que reciban las prestaciones en salud mental de las que son beneficiarias.

## Logros, aprendizajes y desafíos

Teniendo en cuenta la proporción de externaciones con relación al número de trabajadores del programa, la falta de recursos descriptos, los articuladores logrados con la comunidad, la baja tasa de reinternaciones y la reducción del tiempo de reinternaciones cada vez que fueron necesarias, consideramos que los logros obtenidos resultan sumamente satisfactorios. El haber logrado construir en el equipo un clima de trabajo de respeto, colaboración y con un espíritu creativo

para el desafío de las contingencias que esta tarea implica ha permitido que este programa se sostenga en el tiempo y haya logrado superar los momentos de flaqueza ante las no pocas dificultades transitadas. El haber transitado todos estos años esta tarea nos permitió, no sin el apoyo del equipo de capacitación, ir construyendo una clínica de la externación que ha dejado labrado un modo de abordaje que excede los límites de lo administrativo con relación a los ideales de la rehabilitación, lo que implica atender a la singularidad y subjetividad de cada persona con la que trabajamos. Esta tarea requiere de un compromiso múltiple con los participantes del programa, con la comunidad, con la institución, con las nuevas políticas formalizadas en la Ley Nacional de Salud Mental y, fundamentalmente, con la ética, lo que presenta un desafío cotidiano y permanente.

## Bibliografía

- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Recuperada de <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf>
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Recuperado de [http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf)
- Percia, M. (2004). *Deliberar la psicosis*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2008). *Ley N° 26.378. Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asamblea General de las Naciones Unidas*. Recuperada de <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>
- Suaya, D. (2010). *Historia vital del trabajo*. Buenos Aires: Cooperativa Chilavert Artes Gráficas.

**Programa de Rehabilitación y Externación Asistida  
(PREA), Hospital Interzonal José A. Esteves  
-Temperley, Buenos Aires-**

Nombre de la Institución: Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal José A. Esteves, Dirección Provincial de Salud Mental, Dirección Provincial de Hospitales, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

Domicilio: Meeks 1044

Localidad: Temperley, Lomas de Zamora

Provincia: Buenos Aires

Correo electrónico: pesmerado@hotmail.com,  
mariselhar@hotmail.com, mariarosariva@yahoo.com.ar,  
julioainstein@hotmail.com

Representantes: director ejecutivo del Htal. Esteves, Dr. Julio

Ainstein; coordinadora general PREA, Dra. Patricia Esmerado; coordinadora Dispositivos Intrahospitalarios PREA, Dra. María Rosa Riva Roure; coordinadora de Área Comunitaria PREA, Lic. Marisel Hartfiel

## Descripción de la práctica

El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) es un programa surgido en el año 1999, a partir de una resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Resolución N° 001832) para su instalación en todos los hospitales monovalentes de la provincia, bajo responsabilidad de la dirección ejecutiva de cada hospital. Tiene como objetivo promover y sostener la externación de aquellos pacientes internados que carezcan de los necesarios soportes familiares y económicos que les permitan su inclusión en la vida comunitaria. Esta resolución toma en consideración la Declaración de Caracas de 1990.

## Contexto actual en el que se desarrolla la experiencia

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010 obliga a la sustitución de los hospitales neuropsiquiátricos de todo el país por servicios en hospitales generales y dispositivos de base comunitaria. Estos grandes monovalentes alojan actualmente un número levemente menor de pacientes que al iniciarse el PREA en 1999, pero aún ocupan un lugar preponderante en el presupuesto de salud de la provincia.

El programa supone una política de “reconversión de

recursos” que lo haga sustentable, en orden con la progresiva sustitución que marca la ley. Plantea transformar el gasto utilizado en prolongar internaciones innecesarias en inversión para el sostenimiento de procesos asistidos de externación. Nacido en una situación social y económica crítica, viene a demostrar en los hechos que es posible una transformación en las políticas de salud mental que combine la coherencia entre los objetivos enunciados y las acciones con eficiencia en la distribución de sus recursos.

La experiencia del PREA, que se nutre de muchas otras experiencias nacionales e internacionales, brinda elementos para concretar ese objetivo, extendiendo y profundizando las prácticas de rehabilitación, asistencia en la externación e integración comunitaria, que se vienen llevando a cabo exitosamente desde hace ya catorce años.

## Objetivos de la práctica

Promover y sostener la externación de pacientes internadas en el Hospital Neuropsiquiátrico J. A. Esteves (Provincia de Buenos Aires), que carecen de soportes familiares y económicos, organizando redes asistenciales y sociales que sustenten el proceso de externación.

## Descripción de la experiencia

Rehabilitación y externación asistida designa un proceso por el cual personas que viven internadas en los grandes hospitales psiquiátricos inician un camino hacia una vida en



pleno ejercicio de sus derechos, contando con los apoyos que cada situación requiere. Estos apoyos constituyen, a la vez, un derecho ciudadano y, por lo tanto, una obligación por parte del Estado.

Describimos el trabajo del PREA como el recorrido que va desde la internación a la efectivización de la vida en la comunidad.

## A. Dispositivos intrahospitalarios

### A.1. Dispositivo de admisión al programa

Se desarrolla en relación directa con los equipos de las salas de internación y el área de rehabilitación (llamada habitualmente CREAR) del Hospital Esteves. El equipo de admisión evalúa las condiciones para iniciar un trabajo de externación con las personas propuestas que acepten la posibilidad y el desafío de externarse a través del programa. Así, la admisión tiene por objetivo evaluar las necesidades y la predisposición de las usuarias a través de un proceso que incluye el análisis de los datos existentes (reuniones con equipos de sala, lectura de historias clínicas y encuentros con familiares) e incorpora un trabajo en taller que comienza a situar a las usuarias como protagonistas de su proceso de externación. Esta tarea tiene una duración de aproximadamente dos meses. Al término de este tiempo, se considera quiénes están en condiciones de ingresar al dispositivo de Talleres para la Externación. El trabajo en este espacio culmina con la firma de un contrato de admisión al programa.

Los criterios y modalidades, sin desatender categorías psicopatológicas clásicas de diagnóstico y pronóstico, ponen su acento en evaluar las posibilidades de participación y compromiso activo de las pacientes propuestas con el proyecto de externación, orientando un nuevo y posible proyecto de vida.

Es importante resaltar que el diseño de estrategias de trabajo conjunto con los equipos de sala fue permitiendo una progresiva instalación del programa, limitando los previsibles puntos de choque con los aspectos más resistentes de las prácticas instituidas.

## A.2. Dispositivo de Talleres para la Externación

Este dispositivo acompaña el tránsito de cada paciente de la vida hospitalaria a la vida en la comunidad. Es el núcleo de la tarea de rehabilitación. En este pasaje, el grupo y las actividades propuestas se ofrecen como oportunidades de establecer vínculos, recuperar historias personales, explorar posibilidades, tantear límites e imaginar proyectos de vida. Se trata de habilitar campos de experiencia habitualmente inexistentes en la institución manicomial, en los que un sujeto es convocado a hacerse cargo de la singularidad de su propio recorrido.

Esta tarea implica para los trabajadores que acompañan la experiencia un tránsito desde las modalidades de intervención consagradas por la práctica hospitalaria tradicional a la construcción de un rol de coordinación y, por lo tanto, de habilitación del protagonismo de las pacientes.

Los talleres funcionan en el Centro Regional de Capacitación aledaño al hospital. También se organizan actividades fuera de la institución (paseos, salidas de compras, asistencia a eventos), muchas de ellas coordinadas con el Centro Comunitario Libremente, externo al hospital.

Previo a la externación a una casa del programa se realizan salidas con permanencia progresiva en el nuevo domicilio, para lograr una apropiación del espacio. Pasarán, entonces, a convivir en grupos de entre tres y cinco personas en casas alquiladas por el hospital, contando con el apoyo de los dispositivos de asistencia en la externación. Entretanto, se habrán gestionado pensiones, subsidios o planes de empleo, y se promoverán iniciativas laborales que contribuyan al sostén económico de las mujeres que se externan.

### **B.1. El trabajo asistencial del equipo interdisciplinario en la externación: clínica y lazo social**

Los dispositivos de asistencia en la externación fueron diseñando modalidades de asistencia de carácter interdisciplinario, que pudieran combinar las estrategias clínicas y los dispositivos de apoyo con el abordaje de las problemáticas de la convivencia y la inserción comunitaria. La atención de las pacientes externadas bajo este programa se realiza sobre la base de la construcción de estrategias adecuadas a la complejidad de cada situación particular. En estas se combinan distintos tipos de intervención: terapia individual, grupal y ocupacional; tratamiento farmacológico; asamblea de convivencia; visita domiciliaria; asesoramiento jurídico;

capacitación o apuntalamiento en actividades de la vida diaria; talleres recreativos o artísticos; asamblea general.

La asistencia de las usuarias tiene por epicentro el Centro Comunitario Libremente, donde se llevan adelante a su vez las reuniones de los equipos de asistencia en la externación.

Con las personas que comparten una vivienda se realizan asambleas de convivencia para abordar situaciones que surjan de la vida cotidiana y colaborar en la mejor resolución de los conflictos. Se promueve la elaboración de un contrato de convivencia, firmado por las usuarias involucradas. Luego, las asambleas de convivencia se sucederán con una frecuencia mensual o ante situaciones que las hacen necesarias.

Bimensualmente se lleva a cabo en el Centro comunitario una Asamblea General. La convocatoria es abierta a todas las usuarias externadas del programa y a los trabajadores de los dispositivos intra- y extrahospitalarios. Un espacio que funciona bajo la consigna y *cómo va la vida* y *cómo el PREA las acompaña en la vida*, que procura abrir canales coloquiales de comunicación entre todas las usuarias y los trabajadores del programa.

El equipo hace visitas domiciliarias que generalmente son realizadas por personal de enfermería, por acompañantes comunitarias y, ocasionalmente, por otros integrantes del equipo. La tarea primordial de este equipo es el acompañamiento en espacios de la vida cotidiana de las mujeres externadas, intentando producir efectos subjetivantes. Esto implica una

colaboración cercana en la tramitación de lo cotidiano con las personas externadas, en una doble tarea simultánea: desanudar la red de dependencia en que quedaron atrapadas por la enfermedad y por la internación prolongada, anudando y construyendo, a la vez, nuevas redes de sostén y contención, las de la vida en el mayor grado de libertad posible en cada momento.

La colaboración estrecha entre las personas externadas y las acompañantes resulta decisiva en el trabajo por la autonomía personal como un horizonte hacia el cual encaminarse. La mirada clínica de todo el equipo es el respaldo de una estimación que intenta evitar tanto los gestos de la sobreprotección discapacitante como la desatención a la que podría conducir la desestimación de la dificultad.

## **B. 2. Centro Comunitario Libremente**

El PREA desde sus inicios propuso la creación de un dispositivo comunitario, lugar de referencia e inclusión para las mujeres externadas al ámbito social, y espacio de promoción de la salud para toda la comunidad. Es a través de talleres artísticos y de capacitación, actividades culturales y expresivas, espacios recreativos y de aprendizaje, que el centro se abre a la comunidad y ella se transforma en protagonista de este proyecto.

Este programa no es de base comunitaria solo porque se encuentra fuera de los límites territoriales del hospital psiquiátrico, sino porque es un programa de salud mental comunitaria tal como

recomiendan la OMS y la OPS, basado en una concepción de salud integral que toma como base los principios de la atención primaria de la salud: promoción de la salud, interdisciplina, rol activo de la comunidad, intersectorialidad.

La construcción de redes sociales es uno de los desafíos principales con los que se encuentran las personas que salen de prolongadas internaciones, pero sin duda la comunidad toda padece la problemática de la fragmentación social. El centro comunitario se propone entonces tomar este tema con amplitud y ofrecer espacios de encuentro que convoquen a todos los vecinos que puedan necesitarlos y a las mujeres externadas a través del programa en su condición de vecinas.

### Acciones que se realizan desde el Centro

**Desarrollo de talleres.** Unas 350 personas de la comunidad asisten semanalmente a los distintos talleres artísticos, de capacitación laboral, de cuidado de la salud, entre otros. En estos espacios se pone especial atención tanto en el aprendizaje técnico de distintas manifestaciones artísticas como en el encuentro y la integración de los participantes. La tarea que convoca es el eje de la actividad, tendiendo a que cada alumno despliegue lo mejor de sí y lo comparta con otros. No importan las limitaciones, sino la potencialidad de cada uno y el disfrute del encuentro.

**Actividades de capacitación e inserción laboral.** La capacitación para el trabajo y la inserción laboral son ejes fundamentales para la inclusión social. Es por esto que desde

Libremente se trabaja en la búsqueda permanente de recursos que puedan dar respuesta a esta demanda. Existe un área laboral específica integrada por terapeutas ocupacionales, psicólogos y técnicos con variados saberes, que trabajan en el desarrollo de proyectos laborales.

El trabajo nunca ha estado ajeno a las preocupaciones del programa: hemos armado emprendimientos, capacitaciones, sugerido a mujeres externadas para puestos de trabajo, fomentado el armado de emprendimientos personales, etc. Pero, es sin duda a partir de la articulación con el Comité Internal por la Defensa de los Pueblos (CISP) y con el proyecto Dignidad a través de Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM) que logramos sistematizar estas acciones y trabajar en una dirección más sólida, con asesoramiento y apoyo para el inicio de las empresas sociales. Hoy funcionan las siguientes empresas socio-productivas:

- revista *Mente-Libre*, que toca temas de salud/salud mental y cultura;
- feria americana Bellísimas, que recicla ropa donada y, en muchos casos, la interviene antes de su venta;
- imprenta Made in Libremente, que hace producciones gráficas temáticas (derechos, convención) y otras a pedido.

Todas dan trabajo a personas externadas y a personas desocupadas de la comunidad.

**Articulación con otras instituciones.** La articulación

interinstitucional se planteó desde la letra inicial del programa. Trabajamos con los niveles local, provincial y nacional: Desarrollo Social, Trabajo, Discapacidad, Salud Mental, Cultura, Educación. Derivamos personas que asisten al centro con distintas necesidades, elaboramos proyectos en función de sus recursos disponibles, ofrecemos espacio para el desarrollo de actividades, ofrecemos nuestros talleres y actividades gratuitas. Y con las ONG, como ADESAM, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), CISP, Asamblea Permanente de Usuari@s y sobrevivientes de los Servicios de Salud Mental (APUSSAM), con las que articulamos acciones en lo laboral, en restitución y reconocimiento de derechos.

**Difusión del trabajo del programa.** El tema de la comunicación resulta imprescindible, porque el programa se inscribe en un nuevo paradigma de salud mental. Contar lo que hacemos y mostrar sus resultados es parte de la instalación de este paradigma. Participamos en congresos, encuentros, jornadas. Capacitamos residentes, pasantes y concurrentes de diversas disciplinas. Recibimos alumnos de distintas universidades que quieren conocer la experiencia. Acompañamos el desarrollo de investigaciones.

**Inserción comunitaria de mujeres del PREA.** Hoy muchas mujeres trabajan, estudian, realizan actividades en el centro o en otros espacios, muchas pasean y algunas vacacionan. Hay mujeres que han formado vínculos de amistad o de pareja y hoy están bajo programa, pero viviendo fuera de las casas del PREA.



## C. Capacitación

El programa cuenta con un equipo de capacitación, cuya función es la de habilitar ámbitos de reflexión que alojen los problemas que la tarea va presentando, y transformarlos en situaciones de aprendizaje. Este abordaje incluye la facilitación del acceso, la construcción y provisión de recursos teórico-técnicos para el diseño de estrategias en cada uno de los dispositivos. Esta forma de trabajo obliga a pensar en instrumentos flexibles, abordajes variables y objetivos específicos según cada momento del PREA, y su evaluación permanente. Este equipo también desarrolla una tarea de difusión permanente del programa en diversos ámbitos institucionales.

### Equipo responsable de su ejecución

- Director Ejecutivo del Hospital J. A. Esteves: Dr. Julio Ainstein (psiquiatra).
- Coordinación General PREA: Dra. Patricia Esmerado (psiquiatra).
- Coordinación Dispositivos Intrahospitalarios: Dra. Maria Rosa Riva Roure (psiquiatra).
- Coordinación Equipo Asistenciales: Dra. Maria Rosa Riva Roure, Lic. Graciela Silberman (psicóloga).
- Coordinación Área Comunitaria: Lic. Marisel Hartfiel (socióloga).
- Equipo de Capacitación: Lic. Mario Woronowski, Lic. Carmen Caceres y Dra. Mariana Baresi.
- Integrantes de los diversos dispositivos: Melisa Sampietro, Demetrio Demiryian (psiquiatras).
- Psicólogas: Mariana Borelli, Cecilia Trigo, Marcela

Iriberry, Mariana Borelli, Silvina Matijevic y Viviana Irachet.

- Acompañantes comunitarias: Cristina Giangreco, Elisa Molina, Mirta Noceda, Catalina Borda, Belen Luengo.
- Terapistas ocupacionales: Agustina Pelatelli, Mercedes Uño Carreño.
- Enfermeras: Ailen Gutierrez, Vanina Marano, Ginelda Lopez, Rita Celano, Johana Baez.
- Trabajadora Social: Analia Monchetti.
- Área comunitaria: Talleristas: Adolfo Salerno, Cintia Pereyra, Fabiana Fiscina, Oscar Ponzio, Susana Cavaglia, Gabriel Piñeiro.
- Administración: Yamile Jara, Angelina Lamanna.

## Personas a quienes está dirigida la experiencia

La rehabilitación incluye no solo el trabajo con las personas externadas y en vía de externación, sino también el trabajo intersectorial con la comunidad para promover la convivencia igualitaria con personas que presentan distintos grados de perturbación o discapacidad.

- Pacientes internadas que habiendo superado los motivos que produjeron su internación, no cuentan con recursos personales, o comunitarios que permitan su externación.
- Trabajadores de los hospitales psiquiátricos con disposición para el trabajo comunitario.
- Familiares que, no estando en condiciones de ser apoyo de la externación, estén dispuestos a acompañar este proceso.
- Personas de la comunidad que, trabajando por su propia

salud, se transforman en agentes activos de la inclusión social.

## Cantidad de participantes de la experiencia

A lo largo de estos 14 años se han externado más de 80 mujeres. Actualmente, 64 usuarias se encuentran viviendo en la comunidad y 15 transitando los talleres para la externación. En el centro comunitario Libremente, unas 350 personas de la comunidad realizan semanalmente actividades culturales, artísticas, sociales y de capacitación laboral tendientes a la integración.

## Tiempo de ejecución de la práctica

- Fecha de inicio: mayo 1999.
- En caso de finalización: el plazo de duración de la práctica.

El programa continúa su desarrollo en la actualidad, siempre en busca de nuevos proyectos.

## Fuente de financiación

El PREA se financia por un subsidio del Ministerio de Salud, desde donde se pagan los alquileres de las viviendas y los honorarios de una pequeña parte de los trabajadores. El recurso de capacitación es provisto por la Dirección Provincial de Capacitación en Salud. El resto es personal de planta del Hospital J. A. Esteves. Otros recursos, tales como insumos,

medicamentos, mantenimiento, etc., dependen del presupuesto del hospital.

## Aspectos que facilitaron la ejecución de la experiencia

- La decisión política de poner en marcha un programa de rehabilitación y externación asistida, avalada por la resolución ministerial que reconoce la necesidad de su existencia y le da forma. Citamos, al respecto, uno de sus párrafos:

... que los mega hospitales son observados críticamente desde la gestión del Ministerio de Salud, ya que siendo destinados para la recuperación de pacientes allí alojados, los resultados distan de ser satisfactorios. Por el contrario, los pacientes se cronifican y deterioran como resultado de acciones supuestamente destinadas a producir su curación. La asignación de recursos se revela así altamente ineficaz e ineficiente. (Resolución N° 001832/1999)

- El compromiso de las autoridades (Dirección del Hospital Esteves, Dirección de Salud Mental y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires) para sostener su continuidad y ampliarlo a lo largo de estos años.
- El marco jurídico actual que amplía el sostén originario (Declaración de Caracas de 1990): Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), Ley Nacional de Salud Mental 26.657.
- El interés generado por el programa en ámbitos

académicos y de defensa de los derechos humanos. El acompañamiento de organismos que reconocen el valor del programa en la generación de ciudadanía. El fuerte deseo de hacer posible este proyecto por parte de las usuarias y de los trabajadores que hicieron todo lo necesario para su puesta en marcha y sostén durante todos estos años.

## Aspectos que obstaculizaron la ejecución de la experiencia

- Presupuestario: no contó desde su origen con un presupuesto propio para el sostén de los alquileres de las casas de convivencia y los honorarios de un sector de los trabajadores.
- Cultural: resistencia de diversos sectores del hospital, sobre todo en los comienzos.
- Administrativo: el mecanismo de obtención de nuevos contratos de alquiler está obstaculizado por la falta de garantía propietaria nominal.

## Logros, aprendizajes y desafíos

Es para nosotros un logro haber sostenido a lo largo de estos años el programa y los objetivos que lo fundaron. Eso genera un efecto de demostración acerca de su viabilidad y sustentabilidad, reafirmando lo ya demostrado por otras experiencias: que la asistencia eficaz de pacientes con patología mental severa es posible sin recurrir a la internación más que como recurso extremo y al solo efecto de transitar con el debido cuidado situaciones de crisis. En ese sentido, la

desmanicomialización deja de ser una utopía inalcanzable para tornarse una artesanía que puede ponerse en marcha a partir de los recursos existentes en el sistema público.

Creemos que a lo largo de su implementación el programa ha contribuido a ganar terreno en la lucha contra el estigma que ha acompañado a la locura, enriqueciendo la vida en democracia al propiciar el efectivo ejercicio de un derecho, con acciones que hagan de este ejercicio un avance en el patrimonio cultural de la comunidad toda. La actual discusión sobre la aplicabilidad de la Ley 26.657 debería quedar saldada con lo que ha demostrado el PREA en su recorrido.

Creemos, asimismo, que un desafío actual es que el programa profundice y amplíe su accionar, contando para ello con recursos genuinos, recobrando a la vez su original vigencia provincial como instrumento que coadyuve a una reforma integral del sistema de salud.

En estos momentos, el programa ha recibido un importante aval desde la mayor autoridad en salud de la provincia, que por reconocer la necesidad de estabilidad laboral ha concretado el pase a planta de los trabajadores que se encontraban en una situación laboral precaria. También ha reconocido la importancia de resolver la cuestión del recurso habitacional.

## Aspectos y artículos de la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad con los que se articula la práctica

El programa busca garantizar derechos humanos generales, como los derechos a la libertad, a la vida y a la integridad, entre otros, que luego se ven reforzados por normativas específicas de salud, salud mental y discapacidad. Al ser de base comunitaria con sostén habitacional, el programa plasma el principio 3 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, incorporados en la Ley Nacional de Salud Mental por su artículo 2.

El programa trabaja de acuerdo con la definición de salud mental receptada en el artículo 3 de la Ley Nacional de Salud Mental, en el que se la considera un proceso dinámico atravesado por diversos aspectos que son tenidos en cuenta a la hora de restituirles a las personas, en su condición de sujetos de derecho, la posibilidad de vivir en la comunidad. En relación con la CDPD, enfrenta el desafío de remover los obstáculos que se convierten en barreras discapacitantes (artículo 1).

La práctica cotidiana del programa busca materializar, en particular, lo prescripto en la normativa requerida como modalidad de abordaje: el trabajo intersectorial, el derecho a la autonomía, la vivienda, la inclusión en la comunidad, el ejercicio de derechos a la información, al trabajo, a la salud y a la familia, entre otros. La forma en la que estos derechos se traducen en acciones del programa se encuentra detallada en los puntos arriba citados.

- Derecho a la libertad: las personas recluidas indebidamente pasan a vivir en libertad.
- Derecho a una vivienda digna: la externación se realiza en casas de convivencia gestionadas por el programa.
- Derecho al trabajo: quienes desean trabajar pueden hacerlo de manera autogestiva o en emprendimientos socioproductivos gestionados por el programa.
- Derecho a la familia: el equipo trabaja a favor de la recuperación de vínculos perdidos en las largas internaciones y de la conformación de nuevos vínculos.

Debemos agregar también que el PREA ha constituido sus equipos sobre la base de la transformación de las prácticas de los propios trabajadores del sistema público provincial, y que lo ha hecho, tal cual lo prescribe la Ley 26.657, sin pérdida de la fuente de trabajo ni merma de sus derechos.



## Bibliografía

- Banco Mundial. (1993). Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud. Washington, D.C.: Autor.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (1990, 14 de noviembre). *Declaración de Caracas*. Caracas, Venezuela: Autor. Recuperada de [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf)
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la Época Clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Cáceres, C. M., Druetta, I., Hartfiel, M., Riva Roure, M. R. (2009, julio). El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Vertex*, 20(86), 299-307. Recuperado de <http://conferenciabasagliargentina.org/wp-content/uploads/2012/11/prea.pdf>
- Stolkiner, A. (2003, diciembre). De la epidemiología psiquiátrica a la investigación en salud mental. *Vertex*, 14(54), 313-319.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica Psicoanalítica: Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.

## Programa Andrés -Rosario, Santa Fe-

Nombre de la Institución: Programa Andrés (Rosario, Santa Fe), Personería Jurídica N° 136, Registro de Prestadores Superintendencia Servicios de Salud N° 655/09, Equipo de Trabajo de Territorial Programa Andrés Rosario

Domicilio: 3 de Febrero 1265, Laprida 1277

Localidad: Rosario

Provincia: Santa Fe

Correo electrónico: programar@ciudad.com.ar, victoradrianar@hotmail.com

Representantes: presidente Antonio Tesolini; coordinador área de Trabajo Territorial, Víctor Zapata.

## Descripción de la práctica

El Programa Andrés Rosario nace en el año 1993 como filial del Programa Andrés Buenos Aires. En el año 1996 logra su independencia jurídica y económica, comenzando así a desarrollar modelos y prácticas de abordaje propios. El origen institucional está estrechamente ligado al desarrollo de las organizaciones no gubernamentales, en el ámbito de los nuevos movimientos sociales emergentes durante el período hegemónico neoliberal de la década del 90.

En este sentido, el programa es la imagen de una época, la expresión de un contexto y de un estado de la discusión, ya que el surgimiento de las ONG especializadas en adicciones se generaliza en un período de pensamiento único hegemonizado por la visión neoliberal, con el predominio del mercado como estructurante de la vida social de los sujetos, en calidad de competidores dentro del mercado y no como ciudadanos sujetos de derechos civiles. Esta preeminencia de lo individual impone una mirada direccionada ideológicamente por un marcado perfil biologicista que atribuye a conductas sociales, llámese delito o consumo de sustancias, categorías clínicas o conceptualizaciones penales, aislando de este modo la problemática del contexto cultural, económico, social y familiar. Por lo tanto, la filosofía neoliberal construye un sujeto individualizado, portador de ineptitudes o de determinadas incapacidades, como explicación de su situación económica, social y subjetiva.

Así, el pensamiento hegemónico neoliberal no solo promovió la fragmentación social, sino que además sembró en el

sentido común la triada, conformada por asociación directa, de consumo, delito y enfermedad (Menéndez, 2010); de este modo se intentó que, política e ideológicamente, amplios sectores de la sociedad – pero particularmente aquellos atravesados por la desigualdad social más profunda – dejaran de ser pensados como ciudadanos desocupados y pasaran a ser mirados como adictos o criminales.

Este poderoso movimiento liberal estableció como legítima una sociedad profundamente jerárquica y antigualitaria (Laclau, 2010). Esta posición conjuga una propuesta de relaciones sociales liberales desde el punto de vista económico y conservadoras en el terreno cultural.

Desde el Programa Andrés, se resignifica el abordaje de las problemáticas subjetivas asociadas al consumo; son pensadas como situaciones complejas que implican diversas formas de expulsión del sujeto. Según Duschatzky y Corea (2011), la expulsión social permite hablar de una operatoria necesaria para el sostenimiento de un orden social determinado: los expulsados del sistema social como parte constitutiva de lo social, como parte necesaria.

Estos posicionamientos, principios y definiciones implican una práctica. En este orden, el programa dispone la puesta en juego de dispositivos asistenciales que prioricen el respeto de los derechos de los pacientes, de sus libertades, y que no sean restrictivos. Como consecuencia lógica de estas definiciones, el área de prevención, y luego de prevención inespecífica del programa, se ha ido convirtiendo en el área de trabajo barrial,

en donde el acento está puesto no en la enfermedad sino en el lazo social y la salud comunitaria. Esta definición es un punto de llegada que se cristaliza con la sanción de la Ley de Salud Mental N° 26.657. Así, dentro de los derechos que menciona la ley, el dispositivo barrial intenta hacer de sostén de alguno de ellos, a saber:

- derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía, su historia;
- derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

Dentro de las modalidades de abordajes, los artículos 9 y 11 señalan que

... el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales [...]. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como [...] servicios para la promoción y prevención de la salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, emprendimientos sociales.

## Equipo territorial del Programa Andrés

El equipo territorial del Programa Andrés es, en primera instancia, un dispositivo de intervención que parte de la problemática del uso de sustancias; este primer eje es el que generalmente convoca el programa al territorio. Desde este punto de partida, se ponen en tensión los saberes que el programa ha construido en relación con las diferentes miradas y posicionamientos que los actores tienen sobre la problemática. La intención es desnaturalizar la problemática para poder reinsertarla, resignificándola, en el marco de la complejidad social de la cual es expresión.

Esto habilita dos caminos:

Por un lado, el posible ingreso a la terapéutica del programa a través de las instituciones estatales correspondientes (centros de salud, hospitales, etc.) o por el interés particular. Estas decisiones suponen recorrer los dispositivos clínicos del programa y su metodología de admisión.

Por otro lado, se orienta la articulación territorial hacia una construcción colectiva, basada en el apoyo, apertura y sostenimiento de espacios grupales, institucionales y democráticos que propicien procesos transformadores de las condiciones subjetivas de reproducción social.

Este segundo punto es específicamente la razón de ser del equipo de trabajo territorial. Equipo que, considerando los posicionamientos ideológicos presentados anteriormente y en el marco de la nueva Ley de Salud Mental, desarrolla en las zonas

de mayor desigualdad social de la ciudad de Rosario un trabajo territorial interinstitucional basado en tres ejes articulados:

1. La creación de espacios de sociabilización que propicien lazos con el semejante como forma general de prevención primaria.
2. La creación de redes con las distintas organizaciones sociales de la zona y con los centros de salud provinciales y municipales con el fin de promover espacios de consejería, información y evaluación para situaciones de uso problemático de sustancias. En este contexto barrial, interinstitucional y comunitario, se apuesta a la construcción de espacios de capacitación y educación, formal y no formal, con el objetivo de construir fortalezas institucionales y grupales.
3. Vincular a los jóvenes que participan del Centro de Día con espacios comunitarios, realizando tareas de coordinación con los talleristas a cargo.

El equipo territorial propone la construcción de dispositivos o anclajes pensados como espacios de encuentro social, en territorios fuertemente signados por la desigualdad en la distribución de la riqueza y por el diferencial acceso a los servicios y bienes culturales. Los anclajes son construidos a partir de la relación con las organizaciones sociales del territorio en su diversidad: centros comunitarios, organizaciones eclesiales de base, clubes de barrio, organizaciones de los pueblos originarios.

La llegada y apertura de una intervención territorial es definida por una multiplicidad de factores siempre cambiantes,

dinámicos, pero no exentos de cierta sedimentación, que permite definir algunas tenues líneas de lectura y de organización del trabajo. Con esta definición decimos que el momento sincrónico que describimos es un piso de trabajo que lleva tres años de desarrollo.

Repetimos: el artilugio/dispositivo puesto en juego responde, en primer lugar, a las necesidades o problemáticas del barrio expresadas por el colectivo de base, llámese comunidad eclesial o centro comunitario, tensionado sus propuestas o inquietudes con las líneas de trabajo del programa y con las posibilidades económicas e ideológicas de este. Es fundante en la apertura de la relación el reconocimiento primario de un lineamiento político que define y reconoce que las instituciones locales son las que permanecerán de algún modo en el escenario barrial en el *más allá* de la intervención. Creemos que son estos actores quienes tienen un peso inicial y final sobre el acontecer del encuentro entre el programa y la organización social de base. Por lo tanto, reconocemos un ascendiente mayor sobre el rumbo de las acciones; este punto es importante porque comúnmente el equipo territorial del Programa Andrés trabaja sobre demandas precisas que implican la coordinación y sostenimiento del espacio, pero que no implican una disputa por el poder en ese espacio de trabajo; sí es una disputa por el sentido del rumbo de nuestras sociedades a partir de la discusión sobre la problemática del consumo.

## Metodología de trabajo

Para el desarrollo de la intervención territorial, el Programa



Andrés cuenta con una plataforma de trabajo dinámica, que puede abarcar desde la realización del reacondicionamiento de un espacio institucional hasta su puesta en funcionamiento, así como la apertura de dispositivos puntuales, como la inauguración de un espacio de educación no formal o la implementación de un CAEBA (Centro de Alfabetización y Educación Básica para Adultos), o también la articulación con un colectivo de fotógrafos para el desarrollo de un proyecto elaborado por ellos.

Para la realización de estas acciones, la plataforma cuenta con una metodología de intervención que permite la apertura de dispositivos de trabajo en tres puntos concretos de la ciudad al mismo tiempo, de manera constante y sustentable, económica y organizativamente. Esta plataforma es un principio de organización (no un reglamento) que está integrada por una conducción programática, un equipo de trabajo constituido por un coordinador de talleres, cuatro educadores de lenguajes específicos –plástica, literatura, carpintería, deportes populares– y un responsable de oficios.

El esquema de trabajo es el siguiente: la plataforma de trabajo está en condiciones de sostener tres intervenciones barriales educativas, lúdicas, laborales al mismo tiempo. Estos tres espacios funcionan como bases que articulan distintos procesos. Cuando decimos *procesos* nos referimos a que pensamos las intervenciones como un “cordón” que articula los tres espacios en los cuales trabajamos. Así, al definir la puesta en marcha de capacitaciones laborales, las pensamos con relación a una posible implementación en los tres espacios; del mismo modo cuando la actividad se relaciona con actividades

de capacitación en políticas de género o diversidad sexual.

A modo de ejemplo, reseñamos cómo es el trabajo en los talleres para jóvenes que el equipo pone en juego. Estos tienen una duración trimestral; luego de finalizada la propuesta en un lugar, la misma actividad se traslada a otro anclaje territorial, produciéndose una rotación conjunta de los talleres. Giro que garantiza la permanencia de los jóvenes de cada territorio en actividades lúdico-educativas diversas durante un periodo de nueve meses. Si bien se propone una continuidad grupal, cada propuesta educativa es unitaria, y culmina con la realización de un proyecto final (realización de un mural, publicación de la revista, muestra de objetos, etc.). El tallerista se encarga de realizar una planificación general en la que estén especificados la fundamentación, los objetivos generales, la metodología y los recursos materiales que necesitará para la realización del taller. Además, este tiene la tarea de articular las actividades y los criterios de funcionamiento del espacio con el referente designado por la organización territorial. Se apuesta, a partir de este encuentro, al fortalecimiento de las acciones de la organización con la cual estamos articulando el proyecto. Esta definición determina que cada espacio en que se asienta un dispositivo tiene como condición estar integrado por un representante de la organización territorial, que además actúa como “médium” entre la lógica del programa y la lógica de la organización de base. Cuando el taller se encuentra en marcha, el tallerista arma la planificación semanal que puede ser movable y ajustable a las iniciativas e inquietudes de las/los jóvenes. Luego de realizada la clase, el o la tallerista elabora un informe a modo de bitácora de viaje. Esta herramienta permite

dar cuenta de lo realizado, dando lugar en este relato a las vivencias de los jóvenes, anécdotas, aciertos y fracasos de una actividad, diagnóstico grupal, inquietudes del grupo, etc.

Durante el transcurso del taller se realizan visitas a las familias. Mediante esta acción se intenta involucrar a las familias en las actividades que realizan las/los jóvenes en las instituciones en las que trabajamos, para esto realizamos visitas domiciliarias; confeccionamos una ficha de inscripción con preguntas acerca de las inquietudes de sus hijos, hermanos, etc.; se invita a las familias a participar de los proyectos finales.

Además, se realiza cada quince días una reunión de trabajo con el/la tallerista y el/la responsable de la organización. En las reuniones se profundiza en la planificación semanal, la planificación para la realización del proyecto final (revista barrial, pintada de mural, jornada deportiva con jóvenes y familias) y el seguimiento del grupo con relación a las inquietudes, dificultades y aciertos de la propuesta. La idea de este espacio es fortalecer desde una mirada externa el quehacer del tallerista brindando herramientas, sean estas pedagógicas, vinculares, organizativas del espacio o materiales.

## La bitácora de los días

En la actualidad, el equipo territorial del Programa Andrés desarrolla actividades articuladas en tres barrios de la ciudad de Rosario. Las propuestas del programa se orientan a fortalecer los procesos de trabajo de los colectivos con los cuales se desarrollan las actividades; por lo tanto, se comienza

desde la especificidad de las organizaciones en el territorio y su relación con la comunidad.

En los barrios La Lagunita y El Eucaliptal se participa en la puesta en marcha y ejecución de un proyecto orientado hacia la constitución de un Centro de Acción Juvenil, cogestionado por los vecinos del barrio, el Colectivo Cultural del Oeste, el Programa Andrés y el Centro de Salud Luchemos por la Vida. El Centro de Acción Juvenil Salvador Allende se abre en función de generar un lugar de pertenencia y participación para los jóvenes del barrio. El centro cuenta con una serie de actividades que se desarrollan durante la semana, CAEBA (Centro de Alfabetización y Educación Básica para Adultos, dependiente del Ministerio de Educación Provincial, que posibilita el cursado y finalización de la educación primaria), taller de manualidades, serigrafía, espacio de deportes y artes, cumbia cruzada, reggaetón y hip hop, taller de alimentación saludable y huerta orgánica, escuela dominical.

El Centro de Acción Juvenil Salvador Allende funciona en un edificio abandonado por el municipio de Rosario. Su reapertura y acondicionamiento es realizado con el aporte de las organizaciones sociales, los vecinos y el equipo del programa en un trabajo de perfil cooperativo. Esta dirección cuatripartita del espacio, por decirlo de algún modo, deriva en la necesidad de organizar una mesa de gestión que defina usos del lugar; de este modo adquieren voz las diferentes líneas de trabajo. A modo de ejemplo, podemos decir que los días de reunión se toman definiciones relacionadas con una gran variedad de situaciones posibles solamente a partir de la puesta en juego

de un espacio público abandonado. Las discusiones giran en torno al rol del municipio en la ejecución de propuestas en el espacio, al horario de funcionamiento, al préstamo del predio para bautismos, casamientos, cumpleaños.

El carácter público del lugar y el acento en esta característica permiten la convivencia de propuestas de carácter evangélico: desde la escuela dominical hasta la proyección de ciclos de cine-debate sobre derechos humanos. Esta heterogeneidad puede ser considerada una imagen de lo que el barrio es.

La relación con los jóvenes también es cambiante: desde la necesidad de trabajar las situaciones de robo hasta el compromiso de armar una banda de cumbia y ganar un concurso para la compra de instrumentos. Creemos fundamental transmitir esta dinámica cotidiana que nos interpela, que pone en permanente duda la continuidad del espacio y que renueva del mismo modo el compromiso con él. Estas tensiones cotidianas son el *métier* de la intervención.

También se realiza una mesa de reuniones orientada a la información y orientación de familiares en relación con el uso de sustancias. Las reuniones de gestión y organización del centro se realizan semanalmente.

En Cabin 9 (barrio de una ciudad aledaña a Rosario, Pérez) se trabaja con el Colectivo Los Otros de Cabin 9. El colectivo se define como

... un proyecto cultural orientado, en la actualidad,

hacia un trabajo con niños y adolescentes del barrio. Entre las diferentes actividades que se desarrollan se intenta que los niños se integren en dinámicas de educación popular para el abordaje de conocimientos en matemática y lectoescritura, artes visuales, actividades físico-artísticas, actividades lúdicas y deportes. A su vez, que los adolescentes se orienten hacia actividades de su interés, así como también que se vinculen a labores de coordinación y actividades educativas con los niños. (Qué hacemos, 2011)

Se desarrollan talleres lúdicos con jóvenes y adolescentes: durante el período 2012, el esquema de trabajo integra las instancias de espacio de revista, taller de arte y espacio de juegos populares. El espacio de trabajo es el Club Defensores de Cabin, viejo club de barrio. Las actividades que desarrolla el colectivo en el lugar incluyen una sala de computación, una biblioteca popular y un salón de danza; toda esta estructura está montada en un primer piso del club. Viene a cuento esta descripción, porque el colectivo propone la articulación de diferentes organizaciones, caracterizadas por la horizontalidad en las decisiones y por la autonomía política y religiosa. La organización tiene un altísimo compromiso con la sustentabilidad del barrio, principalmente en relación con los problemas estructurales de servicios, y un marcado perfil de trabajo relacionado con los jóvenes. En síntesis, el Programa Andrés desde su equipo de trabajo territorial articula con el Colectivo Los Otros solo una parte de todas las actividades que este desarrolla en el territorio, en una relación próxima a la definición de red de redes.

En lo que respecta a la tercera intervención del equipo territorial, se trata de un trabajo realizando conjuntamente entre la asociación civil Programa Andrés Rosario y la agrupación de jóvenes qom *Qarmá* ('Nuestro Lugar'); esta organización está compuesta por jóvenes de entre 14 y 22 años, que pertenecen a la comunidad qom de Rosario, ubicada en la intersección de las calles Génova y Sabin, en la zona noroeste de la ciudad.

Como se menciona en las páginas precedentes, este proyecto está inserto en el marco de las propuestas territoriales que el Programa Andrés cogestiona junto con diversas organizaciones, y apunta fundamentalmente, como se ha dicho, a la generación y fortalecimiento de espacios colectivos de participación. En este caso particular, la creación de una revista propia es el medio que nos permite hablar y producir sobre los temas que interesan, preocupan e involucran a los jóvenes participantes.

Uno de los objetivos de esta actividad es generar un espacio creativo que, partiendo de los intereses de los participantes, respete y potencie su mirada particular, y dé como resultado una publicación o revista. Por otra parte, se pretende incorporar la propuesta a las ya existentes, apuntando a contribuir, mediante un trabajo coordinado, a las diferentes instituciones que trabajan en la zona. Se trabaja semanalmente en encuentros de dos a tres horas de duración. Vale decir que con los jóvenes se realiza todo el trabajo, desde la producción de textos y material gráfico hasta el diseño y la edición.

La agrupación *Qarmá* es una organización independiente

de jóvenes que comenzó su actividad en el año 2009. Tiene varias finalidades: entre ellas, la de fomentar la participación juvenil en el barrio, la redacción y ejecución de proyectos para buscar financiamiento y apoyo, la organización de ciclos de cine, talleres y viajes, la participación como grupo en reuniones con diferentes organizaciones que discuten y están implicadas con los derechos de los jóvenes y de los pueblos originarios, etc. Los jóvenes, como decíamos más arriba, tienen entre 14 y 22 años, y han decidido organizarse a partir de las desigualdades que viven y padecen en su barrio y como comunidad. Algunos de sus integrantes están terminando el secundario, mientras que otros han comenzado carreras universitarias. La realidad cotidiana lleva a la mayoría a tener que trabajar simultáneamente. El barrio, por su parte, fue en sus orígenes la zona donde se asentaron familias provenientes del Chaco, que venían a Rosario en busca de trabajo y mejores condiciones de vida.

El trabajo conjunto comenzó en septiembre del año 2012; su puntapié fue la necesidad del grupo de difundir sus propuestas e iniciativas, y generar una publicación que reflejara los intereses y preocupaciones de los que participaban y diera a conocer las ideas de la agrupación. Se ha partido, entonces, para su producción, de los temas que los jóvenes querían transmitir: derechos y reivindicaciones de la comunidad qom, saberes propios e identidad, los jóvenes y su papel en la sociedad contemporánea, los prejuicios y la discriminación, el mundo del trabajo, la escuela, las drogas, la corrupción policial y la impunidad. Todos estos temas dispararon discusiones y debates, posturas y posiciones. Para la producción de la publicación, se implementaron técnicas de escritura, como la



crónica, el texto libre, el artículo de opinión, la entrevista, el poema, la historia de vida y la escritura colectiva. La ilustración y el diseño también son tareas que desarrollamos con los jóvenes.

Desde aquel septiembre, la revista, que llevará por nombre *Nosotros Qarmá*, se ha ido depurando, y hoy está a punto de imprimirse. Pero cabe decir, por último, que es casi imposible hablar de esta experiencia sin mencionar todo cuanto acontece alrededor de ella. Nos referimos particularmente al hecho de que la publicación es un engranaje más de todo cuanto estos jóvenes generan en el barrio y fuera de él. El espacio que compartimos está circundado por la realidad y el aporte de cada joven, por su manera singular de ver el mundo y de estar en él. La apertura que posee el espacio nos ha permitido cuestionarnos, implicarnos con las causas que creemos justas, reconocer (y volver a reconocer) que los padecimientos de los jóvenes no son “el orden natural de las cosas” y que la realidad puede ser cambiada. Este grupo hace tiempo que lo sabe y lucha diariamente para ello

## Bibliografía

- Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico*. Madrid: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (2008). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Duschatzky, Silvia & Corea, C. (2011). *Chicos en banda: Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Laclau, E. (2010). *Hegemonía y estrategia socialista*. Buenos Aires: Fondo de Cultura.
- Menéndez, E. L. (2010). *La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo*. Rosario: Prohistoria.
- Mouffe, C. (2009). *En torno a lo político*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Qué hacemos [blog post]. (2011). Recuperado de <http://www.colectivosotrosdecabin9.blogspot.com.ar/p/que-hacemos.html>

# Radio Los Inestables

## -Córdoba-

Nombre de la Institución: Radio Los Inestables

Domicilio: León Morra 172

Localidad: Córdoba

Provincia: Córdoba

Correo electrónico: radiolosinestables@hotmail.com; Facebook:

Radio Los Inestables

Representantes: Elizabeth Bertorello, Sol del Carpio, Marisa Forneris y Solana Yoma

### Escenario donde se desarrolla esta experiencia

Radio Los Inestables nace y desarrolla gran parte de

sus actividades en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba (HNP). Este hospital es una institución monovalente perteneciente al sector público provincial, que cuenta con servicios de internación, guardia, consultorios externos y actividades relacionadas con la rehabilitación.

En las internaciones psiquiátricas, tanto en el HNP como en numerosas instituciones de salud mental, se aborda al sujeto casi exclusivamente desde su enfermedad, colocándolo en una posición de paciente-padeciente-pasivo. Así, el sujeto queda desposeído de su capacidad de tomar decisiones y sometido a toda una serie de disposiciones externas relativas a su tratamiento, a la forma en que este se ejerce y al momento en que podrá volver a gozar (o no) de su libertad de circulación.

Al homologar a la persona con su enfermedad, se dejan de lado sus capacidades y recursos, limitando sus posibilidades de participación activa, su reconocimiento como sujeto de derecho y el pleno ejercicio de su ciudadanía. Esta situación se encuentra agravada por una serie de problemáticas propias del modelo manicomial: aislamiento social; proscripción de la libertad de circulación, expresión y comunicación; ruptura de vínculos cercanos y con las comunidades de origen; anulación de las personas como sujetos políticos con capacidad de participación y transformación de sus realidades; y borramiento de las particularidades e identidades culturales y sociales. A su vez, el hecho de que persista la medicación como única estrategia reconocida y legitimada dificulta el reconocimiento y sostenimiento institucional de modalidades alternativas de atención.

Sin embargo, la problemática aquí descrita no es privativa de los espacios institucionales del campo de la salud mental, sino que se extiende a los ámbitos comunitarios donde los sujetos viven y trabajan, en los que persisten discursos hegemónicos en torno a la locura que perpetúan la estigmatización y segregación de los sujetos, debilitando los lazos sociales con sus comunidades de origen y grupos de pertenencia.

## Historia y fundamentación

Radio Los Inestables inicia sus actividades en abril del año 2010, en el marco de unos talleres artísticos del Área de Rehabilitación del hospital. En ellos, se evidenciaba la necesidad de contar con espacios de diálogo y de escucha relacionados con las condiciones institucionales y sociales concretas que vivenciaban las personas participantes. Esta demanda se conjugó con la iniciativa de un grupo de personas internadas que propuso “jugar a la radio”. A partir de ello, y como iniciativa de todos los participantes, se propone la idea de armar una radio y comienza a pensarse de manera conjunta el modo de viabilizarla.

En un escenario signado por el aislamiento social, la desubjetivación y la invisibilización de las voces de quienes padecen experiencias negativas de atención en salud mental, cobra sentido la utilización de un dispositivo radial en el que la toma de la palabra habilita una comprobación social del yo, que implica la capacidad de ser escuchado y reconocido por los demás (Le Blanc, 2007), apuntando a la inclusión social como

medio para construir una relación fundada en la igualdad y la justicia. En función de ello, se toman aportes de la comunicación comunitaria (Cardoso, 2007), ya que tiende a la promoción de procesos de comunicación participativa, dialógica y alternativa, que avalan y permiten la expresión de “otras voces”, más allá de las dominantes, potenciando la palabra y la praxis popular. Se toma a la comunicación como un proceso de intercambio y crecimiento colectivo, como un espacio de apropiación de la palabra pública para efectivizar el ejercicio de la ciudadanía.

Es un dispositivo que, entre otras cosas, apunta a problematizar los modos tradicionales de concebir y abordar las problemáticas en salud mental promoviendo nuevas maneras de trabajar desde la salud mediante modos de relación subjetivantes y respetuosos de los derechos. En este sentido, se reivindica una noción de ciudadanía inclusiva que contempla derechos y prácticas participativas que, tanto desde el Estado como desde expresiones organizadas de la sociedad civil, otorguen a los individuos una pertenencia real como miembros de una comunidad. Con la convicción de que la ciudadanía no solo reside en la posesión de derechos, sino también en la conciencia de esa posesión, se trabaja en espacios de intercambio y comunicación que posibiliten, mediante la construcción conjunta, un posicionamiento activo en la transformación colectiva de las realidades.

Radio Los Inestables pretende contribuir a la paulatina transformación institucional del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba en la adecuación a las nuevas leyes de salud mental, en la medida en que se apunta a promover

espacios alternativos de atención que signifiquen avances en el reconocimiento de los derechos de las personas que lo transitan. El funcionar dentro del hospital y el difundirse afuera posibilitan un doble movimiento de apertura que fortalece los lazos de la sociedad con personas tradicionalmente segregadas de ella y promueve el debilitamiento del imaginario social sobre la locura que justifica su marginación.

La propuesta es actualmente coordinada por un equipo interdisciplinario de estudiantes y profesionales de Psicología, Comunicación Social, Trabajo Social y Acompañamiento Terapéutico, que desde hace cuatro años trabajan de manera ad honórem en el hospital y sin contar con financiamiento ni apoyo institucional, lo cual significa un gran obstáculo y un enorme esfuerzo en lo que hace a la sostenibilidad de la experiencia, y al desarrollo de las diversas líneas de acción que han logrado desplegarse hasta el momento. En este sentido, consideramos que para que existan verdaderas transformaciones en el ámbito de la salud mental, las tareas de rehabilitación y los nuevos dispositivos deben ser reconocidos, financiados, y sus trabajadores recibir una justa remuneración por el trabajo realizado.

## Objetivos generales

- Favorecer la defensa de los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía de personas que reciben atención en salud mental, promoviendo su participación activa en espacios colectivos de apropiación de la palabra a efectos de potenciar su capacidad de incidencia política.

- Contribuir a la visibilización de las problemáticas en salud mental y a la problematización de concepciones imperantes y modos de relación que se sostienen respecto de las personas que reciben atención en este ámbito, promoviendo modos alternativos de abordaje basados en el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho.

## Objetivos específicos

- Promover el ejercicio de toma de la palabra y la participación activa en sujetos que reciben atención en salud mental.
- Contribuir a la visibilización de las problemáticas en salud mental y al cuestionamiento de los imaginarios sociales a través de la producción y difusión de productos comunicacionales en distintos radios, a nivel local y nacional, y en redes sociales.
- Fortalecer los vínculos entre las personas que reciben atención en salud mental y sus comunidades y grupos de pertenencia, a través de la participación en espacios comunitarios que favorezcan su integración y el reconocimiento de sus recursos y potencialidades.

## Líneas de acción

Radio Los Inestables lleva a cabo, de manera simultánea, diversas líneas de acción que se retroalimentan mutuamente. Para el desarrollo y sostén de estas, se realiza un trabajo en red tanto en el interior del hospital como en relación con otras



organizaciones sociales, grupos artísticos y proyectos radiales comunitarios. Esta trama social envuelve la actividad radial con pretensiones de fortalecimiento y crecimiento mutuo, lo cual ha significado un gran aporte en lo que hace a su sostenibilidad y a la potenciación de sus diversas líneas de acción.

## Programas radiales semanales

Se realizan todos los martes en el patio del HNP con una duración de dos horas semanales (de 15 a 17 horas) y la presencia de diferentes actores sociales: personas que se encuentran en situación de internación, que han estado internadas y que se encuentran o no en tratamiento ambulatorio, trabajadores del hospital, estudiantes de distintas carreras universitarias, artistas y personas de la comunidad en general, entre otros.

Actualmente, participa un promedio de 35 personas por programa y consiste en una radio abierta en varios aspectos: en su espacio físico –transcurre en el patio de la institución–, en la participación de diferentes actores sociales, y en una libertad de expresión, cuyo único marco regulador es el respeto por el otro.

Desde este espacio radial se tiende a la circulación y apropiación de la palabra que promueve la libertad de expresión y comunicación, y a la participación activa de los sujetos involucrados tanto en la construcción del espacio como en el devenir de los sucesivos encuentros. Con relación a ello, se busca la implicación en una tarea grupal que se pretende inclusiva y que refleja el imperativo de la horizontalidad que se erige como otra de las premisas fundamentales de este trabajo,

que actúa a favor de la conformación y fortalecimiento de vínculos interpersonales.

La primer media hora de cada programa está destinada al acondicionamiento del espacio físico (bancos donde sentarse, mesas para poner los equipos, etc.), a la ornamentación, a la conexión de los equipos y a la invitación y convocatoria de personas internadas y de otros trabajadores del hospital. Esta es una tarea preliminar que se realiza de manera conjunta con distintos participantes del espacio.

Antes de dar comienzo al programa, se construye colectivamente la grilla que guiará su desarrollo. En ella se expresan las diferentes secciones propuestas y se decide entre todos quiénes coordinarán y/o participarán de cada sección. Esta es la estructura estipulada: en primer lugar, *comienzo* con presentación general de la radio en la que se da apertura al programa y presentación individual en la que se presentan todas las personas que participan ese día mediante su nombre y una consigna previamente elegida; luego, en la *sección central* de la programación, se llevan a cabo debates, reflexiones, opiniones y noticias; además, tiene lugar el momento literario, en el que los participantes de la radio comparten sus producciones literarias (cuentos, poesías y relatos), y un radioteatro: una sección que ha despertado un gran entusiasmo entre todos los/as participantes; por último, en el *cierre* del programa se incluyen “los talentos”, momento en el que, quienes desean, comparten sus expresiones musicales, entre las que convergen los más variados géneros, como la saya boliviana, el rap callejero y el cuarteto cordobés.

Generalmente, en la sección central cobran un lugar protagónico los debates, que suelen ser de lo más variados y se hayan en función de los intereses e inquietudes de quienes los proponen. Aun cuando exista cierta diversidad de temáticas propuestas para cada programa (que van desde política y filosofía, hasta temas de actualidad), se destaca la recurrencia de cuestiones relacionadas con la salud mental, la internación, la estigmatización social y los derechos de las personas, por tanto aluden a problemáticas que atraviesan a la mayoría de los participantes. Se promueve la reflexión conjunta de estas temáticas, así como su problematización, lo que lleva a que los debates se constituyan en espacios de construcción de información accesible para los distintos participantes, en los cuales se pueda reconocer situaciones de vulneración de derechos, así como pensar en términos propositivos y colectivos respecto de ellas.

## Asambleas de producción

Al finalizar cada programa de radio se lleva a cabo una reunión colectiva de evaluación y gestión, en la que se toman decisiones conjuntas relacionadas con el crecimiento y sostenimiento del espacio. Esta tiene una duración aproximada de una hora y se lleva a cabo con la presencia de un grupo más reducido de personas que suelen ser quienes más sostienen la participación en la radio, aunque la invitación es, al igual que en el programa, abierta y voluntaria.

Al comienzo de la asamblea se realiza un temario en el que constan los distintos temas para tratar en cada encuentro;

cualquiera de los presentes puede proponer las temáticas. Regularmente, la primera parte está destinada a evaluar el programa del día y a realizar apreciaciones con respecto a su desarrollo, a lo que se debería mantener, modificar o potenciar, de manera que la estructuración de los programas pueda evaluarse y planificarse sobre la base de decisiones tomadas de manera conjunta. A su vez, se promueve la toma de decisiones colectivas relativas al funcionamiento y organización de las demás líneas de acción del dispositivo radial, tales como los desembarcos, los spots de difusión, los eventos, etc., así como aquellas relacionadas con el financiamiento del espacio.

Este espacio de asamblea se ha constituido en una instancia fundamental en lo que hace a la organización y apropiación del espacio radial, como así también en lo que atañe a la participación activa y comprometida de las diferentes personas que forman parte de él.

## **Difusión de los programas, microprogramas o clips radiofónicos**

Dada la imposibilidad fáctica de transmitir en vivo desde el hospital por carecer de los equipos técnicos necesarios para ello, la difusión de la radio se concreta mediante la retransmisión de programas enlatados de una hora por parte de distintas radios comunitarias de Córdoba, y a través de la difusión de microprogramas o clips radiofónicos en diferentes plataformas virtuales.

Actualmente, Radio Los Inestables retransmite sus

programas semanalmente por tres radios comunitarias: Radio Sur 90.1 FM de Villa El Libertador; Radio Comunitaria La Quinta Pata 93.3 FM de Barrio San Vicente; y Radio Curva 99.5 FM de la localidad de Salsipuedes. Además, se ha sumado el Centro de Estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba con la retransmisión de los programas en espacios abiertos de la Facultad de Psicología, aportando así a la difusión de esta experiencia que resulta alternativa tanto en el campo actual de la salud mental como en la formación universitaria tradicional.

En lo que respecta a las redes sociales, Radio Los Inestables cuenta con páginas en Facebook y en MySpace, y un blog, a través de los cuales se comparte información relacionada con el espacio, micro-programas, fotos, videos, documentos y otras producciones realizadas por los integrantes del proyecto; a la vez que resultan un medio de comunicación que posibilita un intercambio frecuente con aquellas personas y organizaciones sociales que apoyan la experiencia.

A su vez, esta línea de acción vinculada con la edición y difusión de las producciones radiales ha posibilitado a lo largo de estos años otro tipo de intercambios con experiencias radiales en salud mental de diversas partes del mundo. Se han realizado intercambios de materiales radiofónicos y documentales con experiencias de países como México, Costa Rica, España, Uruguay y Portugal, entre las cuales se ha apuntado a conformar una red de fortalecimiento mutuo y de abordaje conjunto de problemáticas que atañen a la realidad de la salud mental en diferentes contextos.

Por otro lado, otra forma de difusión se realiza mediante la producción y venta de discos compactos (CD) con materiales grabados en el marco de los programas radiales. Esta estrategia, decidida e implementada colectivamente, funciona, además, como una vía de recaudación de fondos que contribuye a la sustentabilidad de algunas de las acciones llevadas a cabo.

La difusión de la experiencia también ha encontrado correlato en otros medios de comunicación, tanto radiales como gráficos y televisivos, que ocasionalmente han documentado la experiencia y han ofrecido espacios de transmisión o publicación. Esto se ha concretado mediante la invitación a programas radiales y televisivos locales, realización de entrevistas a integrantes de la radio, participación de periodistas y documentalistas en el espacio radial, publicación de artículos en diarios y revistas, etc.

A través de todas estas vías de difusión, ha logrado concretarse aquel objetivo del radio vinculado con la visibilización de las problemáticas en salud mental y la problematización de discursos hegemónicos acerca de la locura, constituyéndose, además, en un mecanismo adicional que busca contrariar las lógicas cerradas del hospital y promover que las voces de las personas y la realidad institucional encuentren resonancias sociales diversas.

## Desembarcos

Se denomina *desembarcos* al desarrollo de radios abiertas en espacios públicos de la ciudad (plazas, parques,

predios universitarios, etc.), en los que se traslada el formato y la dinámica de un programa de radio habitual, promoviendo el intercambio simbólico y el fortalecimiento de vínculos entre las personas internadas y demás miembros de la comunidad.

En el último año, ha comenzado a desarrollarse lo que se entiende como *desembarcos barriales*. Estos apuntan a que las radios abiertas en espacios públicos no sean solo en parques y plazas céntricas y espacios académicos (como se logró realizar en los primeros años de la experiencia), sino en barrios populares o en las comunidades de origen de las personas participantes del espacio. Mediante esta línea, los desembarcos se llevan a cabo a partir de la modalidad de jornadas culturales de las que participan grupos artísticos barriales o cercanos a la experiencia radial.

Esto contribuye a fortalecer los vínculos de las personas internadas con sus comunidades y grupos de pertenencia, a partir del reconocimiento de sus recursos y potencialidades como sujetos activos y capaces, posibilitando el cuestionamiento de significaciones negativas asociadas a la enfermedad mental. Asimismo, apunta a sensibilizar acerca de las problemáticas de la salud mental mediante la incidencia territorial en un espacio de intercambio comunitario con distintas organizaciones y miembros de la sociedad civil.

A la vez, Radio Los Inestables cuenta con su propio “calendario festivo”, a partir del cual se realizan jornadas artísticas y culturales para celebrar diversas fechas especiales, como el cumpleaños de la radio, el Día del Amigo, el Día de

los Derechos Humanos, el Día de la Salud Mental y la fiesta de fin de año. Estas jornadas, que pueden realizarse o no en el espacio de algún desembarco, se fortalecen gracias a las redes de organizaciones sociales y de artistas que apoyan la experiencia y la nutren con la participación de murgas, bandas musicales, muralistas, escritores, susurradores, grupos de teatro espontáneo, etc.

### **Jornadas taller de sensibilización y reflexión**

A lo largo de la historia de la radio, se han llevado a cabo distintas jornadas taller en las que se trataron diversas problemáticas relativas a la salud mental, la comunicación y los derechos humanos, con la participación de diferentes actores de amplia trayectoria en las temáticas abordadas. Mediante estas jornadas, y al igual que en los espacios de debate promovidos en el programa radial, se pretende ampliar la conciencia de derechos de las personas participantes y fortalecer su capacidad de incidencia política con relación a ellos. Un ejemplo concreto de esto ha sido la realización de una Campaña por el Derecho al Voto, que fue implementada de manera conjunta con otras organizaciones vinculadas con la temática. A través de ella se consiguió que un 10 % de la población internada en el HNP pudiera votar en los comicios del año 2011.

### **Talleres de formación y capacitación técnica**

En el presente año, Radio Los Inestables llevará a cabo una nueva línea de acción orientada a la capacitación y formación en herramientas técnicas de producción radiofónica,



tales como la operación en vivo, la edición y la difusión mediante redes sociales, con el objeto de que puedan ser realizadas por los diversos participantes de la radio. Esta línea –a realizarse conjuntamente con otras radios populares y organizaciones ligadas al campo de la comunicación comunitaria– se presenta como una estrategia para democratizar el acceso a las herramientas técnicas digitales y para potenciar la autogestión por medio de la promoción de una mayor autonomía respecto de la faz técnica.

## Diálogos y acercamientos con la Ley Nacional de Salud Mental

Desde sus comienzos y hasta la actualidad, se ha trabajado de manera transversal con los nuevos marcos normativos en salud mental: tanto la Ley Nacional N° 26.657 como la Ley Provincial N° 9.848; y en función de ellas es que se han delineado gran parte de los objetivos de esta experiencia radial, y sus consecuentes líneas de acción. Particularmente, en relación con la ley nacional, se adhiere a la definición de salud mental allí promovida, así como a la presunción de capacidad de todas las personas. Este trabajo desde la capacidad es, por ende, un articulador sustancial de las diversas líneas de acción desarrolladas en la radio.

En lo que hace a la sensibilización y ampliación de la conciencia de derechos promovida en el artículo 7 de la ley, desde el espacio radial se ha trabajado –incluso desde antes de su promulgación– sobre cada uno de los derechos contemplados

en ella a través de diversas modalidades (lecturas, debates, afiches, talleres). Asimismo, este trabajo pretende promover el acceso a la información contextualizada y comprensible relacionada con los derechos de las personas en lo concerniente a su salud y a las modalidades de tratamiento, como condición necesaria para tomar decisiones con respecto al cuidado de su salud en general. Por otra parte, a través de la difusión de los productos radiofónicos se persigue la problematización de estigmas y significaciones negativas ligadas al padecimiento mental.

El equipo coordinador de la radio, en consonancia con el artículo 8 de la ley, está integrado por profesionales de diversas disciplinas (psicología, trabajo social, comunicación social y acompañamiento terapéutico), y realiza acciones articuladas con los equipos interdisciplinarios de la institución.

En lo que hace al artículo 9 de la ley, el dispositivo radial se propone el “reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”, tanto entre los participantes, entre estos y los trabajadores del hospital, como así también con sus grupos de pertenecía y con la sociedad toda.

En función de esta primera aproximación a algunos de los puntos de la Ley Nacional de Salud Mental, podría decirse que la radio se constituye en un dispositivo alternativo de atención que pretende contribuir al desarrollo de acciones institucionales de inclusión social y de abordaje en salud mental comunitaria, en la medida que se presenta como una estrategia concreta, incipiente, que aboga por la reivindicación y el ejercicio de los

derechos de las personas que demandan atención en salud mental.

## Bibliografía

- Ardila, S. & Galende, E. (2011) El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 39-50.
- Ase, I. (2009, 2-3 de julio). *Algunas reflexiones sobre “el retorno del Estado”*: Un nuevo Estado para más democracia. Ponencia inédita presentada en el V Coloquio Regional del IIFAP, Córdoba, Argentina.
- Berra, C., Alderete, A., Plaza, S. & Barrault, O. (2007). La vulnerabilidad política: una nueva dimensión en salud mental. *Publicación del CIFYH*, 5(4).
- Cardoso, N. (2007) La comunicación desde una perspectiva de comunicación comunitaria. En *Taller de comunicación comunitaria* (pp. 19-22) Recuperado de [http://estrategiadidactica.files.wordpress.com/2012/09/catedra-cardoso\\_apunte-general-del-taller-de-comunicacion-c3b3n-comunitaria-2012.pdf](http://estrategiadidactica.files.wordpress.com/2012/09/catedra-cardoso_apunte-general-del-taller-de-comunicacion-c3b3n-comunitaria-2012.pdf)
- Cohen, H. & Natella, G. (2007). *Trabajar en salud mental: Desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Goffman, E. (2007). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Le Blanc, G. (2007). *Vidas ordinarias, vidas precarias: Sobre la exclusión social*. Buenos Aires: Nueva Visión.

## UNIDAD DE LETRADOS ARTÍCULO 22, LEY 26.657, DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN\*

Nombre de la Institución: Unidad de Letrados, artículo 22, Ley 26.657, Defensoría General de la Nación

Domicilio: Bartolomé Mitre 648 7° A

Localidad: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Correo electrónico: letrados-saludmental@mpd.gov.ar

Representantes: Dr. Mariano Laufer Cabrera (coordinador)

### Descripción de la práctica

En el campo de la salud mental, no ha sido nada usual que los actores judiciales se pregunten por qué una persona internada contra su voluntad goza de menos garantías que un acusado de la comisión de un delito; o por qué no puede acceder a un abogado como lo hace un imputado; o, simplemente, por qué cuando la persona quiere señalar su disconformidad con las condiciones en que debe transitar esa internación, su voz no es escuchada con la importancia que merece todo reclamo de respeto de derechos humanos.

\* La presente reseña ha sido elaborada por Mariano Laufer Cabrera, Alejandra Barcala y Facundo Capurro Robles.

Estas preguntas han sido históricamente silenciadas merced a la subsistencia del paradigma médico-judicial de “protección de pacientes” y segregación de la locura, que sustituye a las personas en la toma de decisiones, refuerza su pasividad y las considera objeto de cuidado, y que para lidiar con su “peligrosidad” encuentra como remedio el aislamiento social.

Este modelo ha sido posible en virtud de factores culturales, históricos, normativos, y de prácticas médicas y judiciales, amparadas en una concepción tutelar emanada, hace más de un siglo y medio, de un anticuado Código Civil y de leyes de ejercicio profesional de la salud que respondían a ese esquema.

Esta situación entró en evidente crisis con la vigencia de los tratados de derechos humanos, que nos interpelan a replantearnos aquellas preguntas, a ponerles volumen e intentar debatirlas; aunque, claro está, la respuesta siempre fue clara: nunca hubo razones atendibles para ejercer discriminación, exclusión y perpetuación del estigma.

## Contexto actual en el que se desarrolla la experiencia

La Unidad de Letrados Artículo 22 Ley 26.657 fue creada el 1° de agosto de 2011 en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, por decisión de su titular, la defensora general de la Nación (DGN), Dra. Stella Maris Martínez, a efectos de cumplir con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ratificada por Ley N° 26.378),

con los Principios de Salud Mental de la ONU, y con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657,<sup>5</sup> cuyo objeto consiste en asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de sus derechos reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Se creó para dar cumplimiento a lo exigido por el artículo 22 de dicha ley, que reconoce el derecho de toda persona internada involuntariamente a designar un abogado, y, en caso de no elegir un letrado particular, se obliga al Estado a proveerle un abogado defensor de manera gratuita durante toda la internación forzosa.

## Objetivos de la práctica

El objetivo de la Unidad de Letrados Artículo 22 Ley 26.657 consiste en brindar servicio de defensa técnica para todas las personas mayores de edad internadas en forma involuntaria, por razones de salud mental, en la Ciudad de Buenos Aires.<sup>6</sup> Debe garantizar el derecho de los asistidos y contribuir a su externación e integración comunitaria. Se contempla así el derecho de las personas a ser escuchadas, siendo el principal

---

5. La Unidad fue creada, puesta en funcionamiento y facultada para actuar a través de las Resoluciones DGN N° 558/11, 841/11 y 1102/12. Para comunicarse con la *Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657*, contactarse al teléfono (011) 4-342-5838, remitir un fax al (011) 4-342-5823, o enviar un mail a [letrados-saludmental@mpd.gov.ar](mailto:letrados-saludmental@mpd.gov.ar).

6. Incluye a las personas que no se encuentren bajo proceso de determinación del ejercicio de su capacidad jurídica, internadas en forma involuntaria en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Cuando existe un proceso de insania o inhabilitación –o se encuentra en discusión la capacidad de la persona–, o si la internación data de antes del 1 de agosto de 2011, los casos son tomados por curadores públicos. Por otro lado, si se trata de niños o adolescentes (menores de 18 años de edad), la defensa es asumida por una unidad específica para personas menores de edad.

mandato del abogado defensor el de respetar la voluntad y preferencias de la persona. El abogado puede, en consecuencia, oponerse a la internación, solicitar la externación, controlar las actuaciones, historias clínicas y tratamientos, y constatar que las internaciones sean lo más breves posibles.

De este modo, con la creación de la Unidad de Letrados se apunta a garantizar el derecho a la salud de las personas, pero también su reconocimiento como sujetos de derecho en sentido amplio, con capacidad de decidir sobre sus vidas y defenderse legalmente como el resto de los ciudadanos. Así, la tarea de la Unidad es materializar el acceso a la justicia de personas en especial situación de vulnerabilidad.

### Equipo responsable de su ejecución

La Unidad de Letrados está conformada por abogados que cuentan con el apoyo técnico de un equipo interdisciplinario formado por médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, quienes forman parte de la actividad de defensa técnica y acompañan presencial y permanentemente la asistencia y el diseño de las estrategias de intervención (según lo previsto en las reglas 41 y 64 de las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad).<sup>7</sup>

---

7. La Unidad es coordinada por Mariano Laufer Cabrera, y el equipo está conformado por Alejandra Barcala, Facundo Capurro Robles, Soledad Valente, Rodolfo Martínez, Julia Feierherd, Marcela Leloir, Pablo Glanc, Esteban San Martín, Carolina Brandana, Natalia Di Bartolo, Victoria Maestri, Jorgelina Portaluri, Lucila Gurman, Daniela Domínguez, Cristina Menchaca, Silvana Ossola, Mariano Devic, Natalia Di Marco, Sol Gilges, Julia Bianchi, y Guillermo Sourigues.



## Descripción de la experiencia

Desde el 1º de agosto de 2011, los abogados y equipos interdisciplinarios recorren a diario los hospitales neuropsiquiátricos públicos, los servicios de salud mental de los hospitales generales, las clínicas privadas, y las comunidades terapéuticas de la ciudad, a los que pueden ingresar sin necesidad de autorización previa por parte de los efectores de salud ni de ninguna otra autoridad.

El trabajo comienza contactando a la persona en los primeros momentos de la internación, en el lugar donde esta se lleva a cabo, luego de recibida la comunicación de la situación por cualquier medio formal o informal, incluso a través de un fax 24 horas, por parte de juzgados, efectores de salud o sus trabajadores, familiares o amigos.

Luego se revisa su historia clínica, se dialoga con el personal de la institución, se contacta a los referentes familiares, se realizan visitas periódicas de seguimiento, y se analiza la internación: la ley requiere que sea “lo más breve posible”. La Unidad procura tener un perfil de inmediatez e intervención activa a efectos de controlar las intervenciones en los primeros días y trabajar para que no se prolonguen innecesariamente.

Los abogados y equipos de la Unidad escuchan las demandas de las personas internadas, tanto respecto de sus reclamos de externación como acerca del mejoramiento de las condiciones de internación, la medicación recibida, el impedimento de paseos o de llamados telefónicos, las contenciones físicas o las peticiones de otro tipo de tratamiento

ambulatorio. Generalmente, se logra acordar con las instituciones la externación de los usuarios/as.

Se trabaja con las autoridades y equipos tratantes sobre la necesidad del debido asiento, fundamentación y control a través del registro preciso en la historia clínica; se busca la fiscalización temprana y adecuación de la medicación utilizada, y la prevención de situaciones innecesarias de contenciones físicas; se impulsa la requisitoria a los equipos médicos para que adopten en cada caso un plan de tratamiento y externación que no se extienda más allá de lo necesario; se pretende la concreción de las peticiones del defendido, sobre todo en lo vinculado con el reforzamiento de los lazos comunitarios – contacto con el entorno familiar, permisos de visitas, paseos, llamados– y la comunicación al defendido de sus derechos y garantías durante el proceso.

En especial, a través de la intervención rápida de la Unidad, se han detectado y evitado ciertas prácticas pasibles de ser catalogadas como violaciones de derechos humanos, tales como privación ilegítima de libertad; intentos de aplicación de *electroshocks*; abusos sexuales naturalizados o no denunciados; derivaciones compulsivas a monovalentes, geriátricos o comunidades terapéuticas fuera de la comunidad; uso de cuartos de aislamiento; contenciones físicas sistemáticas; y falta de atención de cuadros clínicos urgentes.

De este modo, gran parte del trabajo desarrollado por la unidad es extrajudicial. Dos de cada tres comunicaciones sobre pacientes que requieren asistencia provienen directamente de

las clínicas y hospitales, mientras que el tercio restante llega de parte de algunos de los 24 juzgados nacionales de primera instancia en lo civil, con competencia en asuntos de familia, ante los cuales la Unidad interviene.

Se trata de que la gestión judicial sea el último recurso. Solo luego de haber agotado las instancias de cooperación con los equipos tratantes se han interpuesto pedidos judiciales de externación, y se han dispuesto audiencias con la presencia de jueces, abogados, miembros del equipo interdisciplinario y profesionales de la institución psiquiátrica, cuando fuere necesario. El 98 % de los planteos tuvo una favorable acogida.

## Logros, aprendizajes y desafíos

Desde los inicios de la actuación y hasta julio de 2013, en menos de dos años de trabajo se ha brindado asistencia jurídica gratuita a más de 4400 personas internadas contra su voluntad en la Ciudad de Buenos Aires, atendándose casi 200 nuevas defensas cada mes. Cerca del 70 % de ellas resultaron externadas, derivadas con su consentimiento a ámbitos de tratamientos menos restrictivos, o aceptaron transitoriamente su internación una vez revisada. En este período, también se incrementó el número de centros de internación controlados: actualmente son más de 33 instituciones, dentro de las que se encuentran los hospitales neuropsiquiátricos públicos y las clínicas privadas.

En definitiva, mediante esta experiencia se intenta dar cumplimiento con el modelo social de la discapacidad y

con el cambio de rol asignado a la justicia, en el sentido de abandonar el paradigma tutelar de protección con el que nació el Código Civil, y cumplir el deber de considerar a la persona con discapacidad psicosocial como sujeto pleno de derecho, asegurando una garantía básica de toda persona, como lo es el derecho a ser oído.

En esta tarea nos encontramos diariamente, como un actor más en el camino de erradicación de la cultura manicomial, que, hay que decirlo, hace demasiado tiempo excedió los muros de los hospicios.

# Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos

Asesoría General Tutelar  
Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

ADESAM  
ASOCIACIÓN FORUL DE ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL

Ministerio Público  
de la Defensa

Ministerio Nacional de  
SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES

Ministerio de  
Salud  
Presidencia de la Nación

**inadi** Instituto Nacional  
contra la Discriminación,  
la Xenofobia y el Racismo

Secretaría de Derechos Humanos  
Ministerio de  
Justicia y Derechos Humanos  
Presidencia de la Nación

Ministerio de  
Trabajo y Empleo  
Presidencia de la Nación

**CELS**  
CENTRO DE ESTUDIOS  
LEGALES Y SOCIALES

Con el apoyo  
técnico de

