

Universidad de Palermo

- **Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**

Trabajo Final Integrador (TFI)

Carrera Psicología

Título: “Los programas alternativos en el ámbito de la Salud Mental”

Autor: Federico Peña

Tutora: Victoria Saffich

INDICE

Introducción.....	1
Objetivos	2
Marco Teórico.....	2
1. Definición de Salud.....	2
1.1 Concepción holística de la Salud.....	4
1.2 Salud-Salud Mental.....	5
1.3 Trastornos Mentales Severos.....	7
2. Practicas en Salud Mental.....	8
2.1 Modelo Medico Hegemónico.....	12
2.2 La Medicación en los tiempos modernos	13
2.3 Salud mental en el Neoliberalismo.....	16
3. Programas alternativos en Salud Mental.....	18
3.1 La salida de los limites institucionales: Extramuros.....	21
3.2 Antecedentes en programas alternativos en Salud Mental.....	23
3.3 Programa	27
4. Metodología.....	28
5. Desarrollo.....	30
5.1 Objetivo 1 –Concepción de Salud-.....	31
5.2 Objetivo 2 –Concepción sobre el uso de la medicación-.....	38
5.3 Objetivo 3 -Condición de Extramuros-.....	42
6 Conclusiones.....	47
7. Referencias Bibliográficas.....	52

INTRODUCCIÓN

El presente plan de Trabajo Final Integrador (TFI) para la Carrera de Psicología de la Universidad de Palermo toma como eje central a un dispositivo Interdisciplinario e Interinstitucional de Reinserción Social para niños y adolescentes con trastornos mentales severos.

El Programa se constituye alrededor del objetivo de favorecer la integración de niños y adolescentes con trastornos mentales severos que encuentran obstáculos para incorporarse a su contexto sociocultural, educativo o laboral. Uno de los fundamentos básicos del Programa y de los pilares elementales que lo fundan es el carácter interdisciplinario que se puso en marcha desde sus inicios.

Las actividades del Programa están distribuidas en dos grupos. Lunes y martes son los días de los niños mientras que miércoles y viernes de los adolescentes. El jueves se realiza la reunión de supervisión, donde se tratan los diferentes casos con la presencia de otros profesionales que están involucrados en el tratamiento de los chicos. Las actividades son diferentes según el día, mientras que con los niños el formato es de índole grupal y el acompañamiento suele ser permanente, con los adolescentes se procura darles un espacio para que puedan desempeñar su rol como aprendices de cuidadores del Zoológico.

Esto da una pauta de la particularidad del Programa, donde se propicia un espacio en el cual los niños y adolescentes dejan su posición de pacientes para pasar a desempeñarse como aprendices de un trabajo real, generando la posibilidad de construir nuevas identidades sociales.

No es de extrañar que debido a su carácter alternativo, es decir, al ofrecer una modalidad novedosa dentro del orden de lo hegemónico, el Programa haya encontrado dificultades en el camino. En el presente trabajo se describirán tres aspectos que fundan la singularidad del Programa, estos serán; su concepción de Salud, la concepción sobre el uso de la medicación y su condición de dispositivo en Salud Mental extramuros.

OBJETIVOS

- **Objetivo General**

- Describir y Analizar el programa cuidar cuidando en tanto dispositivo alternativo en el abordaje de la población infanto-juvenil con Trastornos Mentales Severos.

- **Objetivos Específicos**

- Describir la concepción de Salud que sostiene el programa .
- Describir la concepción sobre el uso de la medicación que sostiene el Programa .
- Describir la condición de extramuros del Programa

MARCO TEÓRICO

1. Definición de Salud

La salud no es un concepto nuevo en la historia de la humanidad. Numerosas culturas, distantes en tiempo y espacio han tratado de definir y conservar la salud en el hombre a partir de sus cosmovisiones particulares. Desde una perspectiva histórica, encontramos tres grandes culturas que han hecho aportes significativos para restituir y promover la salud humana. Partiendo de la medicina tradicional china, siglo VI a. C, pasando por la Ayurveda hindú, VII y VIII a. C y finalmente encontrando la cultura Grecolatina 582-497 a. C., salvando obvias distancias conceptuales, parece que hay un hilo en común donde predomina la idea de que la salud es una condición que traduce el "equilibrio dinámico" entre el hombre y su ambiente. La salud en el hombre dependerá del ajuste dinámico de su organismo al entorno (Franco, 2002).

Haciendo un gran salto histórico se encuentra en el siglo XX la definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que se entiende por salud. Ésta es, sin lugar a dudas la brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) que plantea a la salud como; *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades* (p. 100). A pesar de que fue oficializada hace bastante tiempo, esta definición es relevante por su institucionalidad, es decir, es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS,

que es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocido en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia.

Según Alcántara (2008) una de las principales ventajas de la definición de salud de la OMS consiste en que ésta superó el enfoque asistencialista sanitario predominante en gran parte de los países. Este enfoque tenía una noción negativa de la salud, pues la entendía como la ausencia de enfermedad o dicho poéticamente como el silencio de los órganos. Su validez reside en que se trata de una definición holística y progresista que considera a la salud, ya no sólo como un fenómeno meramente somático y psicológico, sino también social. La salud se considera así como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad y por tanto representa una evolución del paradigma biologicista.

Ahora, si bien la definición ofrecida por la OMS es la más extendida a nivel global, también ha encontrado sus críticas. En esta línea, Navarro (1998) acotó que el problema de la definición es del orden de lo epistemológico, pues da por sentado que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, esto es, salud y bienestar, por lo que se trata de una definición ahistórica y apolítica. Según el autor, en cierta medida la OMS se estaría librando de la responsabilidad de clarificar quién decide lo que es bienestar y salud. Alcántara (2008) dice al respecto, que lo cierto es que la definición de salud está impregnada de un fuerte componente cultural, lo que no le permite escapar de las presiones de los intereses políticos y económicos de cualquier época y lugar determinados. Por lo tanto, la definición de Salud no es un concepto de carácter científico, es decir, que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual (Navarro, 2008), sino que más bien es una construcción que está íntimamente ligada con el contexto histórico en el que surge. Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) comentan al respecto, que la construcción del concepto salud no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad.

Queda clara entonces la noción de la interdependencia entre el hombre y su entorno en la génesis del proceso salud-enfermedad, la indisolubilidad del organismo y las influencias externas, ya sean éstas, físicas, sociales, económicas, políticas o culturales.

1.2 Concepción Holística de la Salud

Una concepción holística propone observar un sistema a partir de la totalidad, pero tomando en cuenta sus partes constitutivas y por ello pretende mirar cada parte en tanto juega su rol dentro del conjunto. Por tanto, la integración es uno de los rasgos del modelo holístico que busca dar el justo valor a las distintas expresiones del saber y el conocimiento humano (Carvajal, 2010).

En este sentido y buscando sintetizar una definición de salud que considere su dimensión holística, Briceño-León (2000) brinda una concepción lo bastante amplia que parece englobar los diversos factores que inciden en ésta. El autor apunta que la idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores: sociales, políticos, económicos, culturales y científicos; la salud es una síntesis, es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional.

Detrás de toda condición de salud o enfermedad está el riesgo de su alteración más o menos constante. Estas condiciones son procesos continuos; una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud (Freitez, 2001 citado por Alcántara, 2008). De esta manera el concepto de Salud se comprende como un proceso dinámico en constante movimiento que no puede estar desligado de la enfermedad. Se trata entonces de un proceso, el proceso salud-enfermedad. Ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias.

Esta concepción está representada por el modelo bio-psico-social, donde se construye el trabajo a partir de la interdisciplina, y por tanto se considera a las personas en un contexto, abordando el proceso de salud-enfermedad como un continuo. Este modelo busca una aproximación ética y humanista, con una concepción multidimensional de la persona, que preserve por sobre todo su autonomía y bienestar. En consecuencia, este acercamiento propone la acción no sólo desde el ámbito individual de atención, sino también el institucional, grupal y comunitario (Loubat & Margaña, 2005).

Por todo ello, Stolkiner (1988) prefiere definir la Salud como el máximo bienestar posible de cada sujeto en un contexto histórico, circunstancia determinada y producto de

la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto y su realidad. Es decir, la salud no puede definirse en forma de una categoría absoluta, objetiva e inmutable, sino más bien; una construcción que se elabora paralelamente junto con sus prácticas.

1.3 Salud- Salud Mental

A partir de una definición holística se comprende la salud como una sola, tanto la mental como la física no están desligadas la una de la otra, y por tanto se acaba con el dualismo mente-cuerpo. Esta es una concepción que está contenida en los orígenes del pensamiento occidental desde los primeros sistemas filosóficos (Stolkiner, 1988). De esta manera Carvajal (2010), aclara que en el campo de la salud se debe concebir al ser humano como una unidad indivisible donde mente y cuerpo no son opuestos sino distintas manifestaciones de una conciencia.

Aun así, la salud mental como constructo tiene una historia relativamente reciente y, según Enrique Guinsberg (2004), la conceptualización del término no ha estado libre de controversias. El autor afirma que si bien es un término difundido y utilizado incluso como denominación de una disciplina, su definición es tan compleja que para muchos resulta una labor imposible. El autor informa que la psicología como disciplina tiene tan solo un siglo y medio de autonomía, a diferencia de la medicina que tiene ya varios siglos de evolución. Asimismo esta última parece tener bastante precisas las nociones de salud correspondiente a las diferentes partes del organismo físico, lo que no se ha logrado aún con la salud mental.

Dada la imprecisión del concepto *salud mental*, éste puede entenderse mejor a través de una breve perspectiva histórica. Según Bertolote (2008), hasta 1946 no se encuentran referencias técnicas a la salud mental como campo o como disciplina. Durante ese año, la International Health Conference, celebrada en Nueva York, decidió establecer la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se creó la Mental Health Association. Antes de esta fecha se encuentran referencias del concepto de higiene mental, el cual puede entenderse como un sinónimo del concepto Salud Mental.

El diccionario de psicología (Merani, 1986) define la higiene mental como, *un estado de ajuste favorable, que presupone características mentales personales particularmente*

deseables, considerando el estado de salud física del individuo (pg.146). Esta definición es interesante en tanto reúne la salud física y mental en un solo concepto.

A su vez, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM IV- (1995) en la distinción entre trastorno mental y enfermedad médica, se afirma que; sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales. Es decir, el manual deja entredicho la indisolubilidad del componente mental y físico, afirmando la influencia de ambos aspectos en la génesis tanto de las enfermedades médicas como de los trastornos mentales. En otras palabras, la salud física y mental son la misma ya que se influyen simultáneamente.

Debido a la dificultosa tarea de conceptualizar la salud mental, resulta necesario retomar la definición de salud brindada por la OMS (1948), más allá de las críticas que pueda encontrar, pues lo que resulta significativo es su posición multidimensional, ya que entender la salud en sus dimensiones bio-psico-social es un salto decisivo tanto en la concepción como en el abordaje de la misma.

Ahora bien, la funcionalidad del constructo salud mental es aclarada por Stolkner (1988) cuando informa que hay prácticas que se definen como del campo de la salud mental, partiendo de cuerpos conceptuales teóricos propios. Eso no significa un tipo o especie particular de salud, sino una parcialización operatoria fundamental en la especificidad de sus formas de abordaje de las problemáticas de salud en general.

La autora no plantea ninguna definición de salud mental, en cuanto concepto, por considerar que la misma se fundaría en un equívoco de raíz dualista. Sin embargo, reconoce la utilidad de seguir utilizando eventualmente un término con reconocimiento consensual. Su importancia residiría en su funcionalidad operativa en el implemento de ciertas prácticas para la salud en general.

1.4 Trastornos Mentales Severos

A partir del constructo *salud mental* se encuentra otra delimitación conceptual, que de igual forma será importante en tanto categoría operativa en el tratamiento de la

salud de una población particular. Los denominados *Trastorno Mentales Severos* constituyen el grupo específico con el que se realizará el presente trabajo. Básicamente se lo puede definir como un grupo heterogéneo de personas, que tienen cierto tipo de dificultades que comprometen tanto aspectos personales como sociales y esto les impide relacionarse efectivamente en sociedad (Lopez & Laviana 2007).

Barcala, Torricelli, Brío, Vila y Marotta (2007) informan que, según datos recientes, el 20% de la población infanto juvenil en el mundo padece trastornos mentales de moderados a severos que comprometen su capacidad funcional completa para un desempeño estándar en la sociedad.

López y Laviana (2007) indican que, desde una perspectiva de atención comunitaria se define el concepto de Trastorno Mental Severo como; “personas con dificultades en el funcionamiento personal y social, derivadas de padecer problemas de salud mental de carácter severo y persistente, en nuestras sociedades” (p. 192). Esta concepción engloba una población más general que los criterios diagnósticos brindados por el DSM IV o CIE 10 que tienden a ser más específicos. La lógica de esta conceptualización indica que se busca identificar grupos con tipos de problemas que requieren estrategias de intervención similares, más allá de la visión clínica individual y de la referencia diagnóstica específica. Ahora, a pesar de una inicial heterogeneidad en su delimitación, parece haber un relativo consenso sobre las dimensiones que deben tenerse en cuenta para su definición operativa, incluyendo:

Una sintomatología: Se podría resumir en términos generales como "psicótica", en la medida en que genera dificultades de captación de la realidad y de funcionalidad, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales.

Una evolución prolongada en el tiempo: Entendida a partir de los dos años, donde generalmente se acarrea una historia de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, entre los que resalta como protagonista la hospitalización.

Un componente de discapacidad: que implica la presencia de alteraciones en varios aspectos funcionales, como el alojamiento, la conducta social, el funcionamiento en la vida cotidiana, las relaciones sociales y el trabajo.

Un componente contextual: referido a la existencia de un medio social próximo poco continente y/o agotado.

En la misma línea y sintetizando, Collazos (2007) informa que las causas de los trastornos mentales incluyen una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales. El modelo de abordaje que actualmente se utiliza es el bio-psico-social que incluye factores biológicos y psicosociales. El componente biológico incluye alteraciones en algunas áreas del cerebro y el componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal.

2. Prácticas en Salud Mental

Las prácticas en salud mental en su corriente hegemónica han estado influenciadas por la concepción de la locura emergente del paradigma moderno, la idealización de la razón en detrimento de su contraparte la locura. Este paradigma se ha perpetuado en el tiempo y tiene consecuencias observables en la mayoría de las instituciones de reclusión de hoy, (la exclusión del “loco” del orden social).

Juárez (1997) aclara que a lo largo de la historia, la relación entre razón y locura ha existido y se ha manifestado de muy diferentes formas, pero en la edad moderna adquiere una peculiaridad que le marca un destino que hasta la fecha mantiene su vigencia.

En la Historia de la locura, Foucault (1967) ilustra mediante la nave de los locos una representación literaria y pictórica de finales del siglo XV, pero además y fundamentalmente expresa una trágica realidad social. En busca de una supuesta razón perdida, los insensatos eran embarcados en naves y obligados a descender los ríos mediterráneos. En este punto el autor rescata el elemento simbólico del agua como función purificadora pero a su vez inestable e incierta. Los denominados “locos” por perder la preciada racionalidad, empezaron a ser insólitas mercancías que eran abandonadas en los lugares de paso y de mercado en donde podían deambular con cierta libertad hasta que se iniciaba de nuevo el proceso de reclusión y deportación. No es de extrañar encontrar un parentesco entre algunos de los enfermos mentales que deambulan sin rumbo de internación en internación en los tiempos de hoy.

Según Correa, Silva, Belloc, y Martínez (2008), si bien Foucault nos indica que el modelo de control de la locura basado en las naves y la exclusión a los lugares de paso

tuvo un tiempo limitado de existencia, -por lo menos hasta la instauración del manicomio-, un análisis atento muestra que algunos elementos de este sistema persistieron. El manicomio instauro un sistema de reclusión sedentario, pero al igual que los barcos de locos supone la concentración de los insensatos en un espacio físico que es purificador y a la vez incierto. Al igual que las naves, los centros psiquiátricos no resuelven el problema de la locura sino que simplemente la contienen.

Este modelo asilar, cobró forma en los inicios del siglo XX, para llegar a su periodo de apogeo hacia comienzos de los años 20 y conocer su período de ocaso a mediados de la década del 30, declinando progresivamente hasta llegar, en los 50, a una virtual inexistencia de documentos programáticos (Lellis & Rosseto, 2009). Esto implicó en la mayoría de los países el comienzo de una reforma psiquiátrica, hacia un modelo de orientación comunitaria en el cual el hospital psiquiátrico dejaría de ser el protagonista de la atención sanitaria, y por tanto un espacio de reclusión, y se buscaría una integración activa de los sujetos al mundo social. Por ello, además de las prestaciones consideradas estrictamente sanitarias, debe ofrecerse cobertura a la rehabilitación psicosocial de las discapacidades, y facilitar la atención a la necesidad de apoyo social y comunitario, de inserción laboral y alojamiento (Cabrera, 2007).

En el contexto local, la ley 26. 656 (2010), sobre el Derecho a la Protección de la Salud Mental en el artículo 27, establece: "Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes, se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos".

La nueva ley también dispone en el artículo 14 lo siguiente: "La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario y social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social..."

Es evidente que la ley pretende integrar, restituir la voz de los excluidos. Juárez (1997) dice: "no pedimos un nuevo vínculo, ya irrealizable de nuevo, de la razón con la locura

en nuestros días, sino más bien un diálogo con las diferencias y el otorgamiento de la palabra a quien ha sido anulado por ese paradigma positivista de la razón” (p. 135).

Para ello resulta necesaria la inclusión de nuevas modalidades en el abordaje de la población con Trastornos Mentales Severos. Amarante (2001) habla de una trayectoria de desinstitucionalización, proceso destinado a la deconstrucción de los viejos espacios manicomiales y la invención de nuevas propuestas de cuidado.

En este contexto se puede hablar de las prácticas en Salud Mental. Se podría hablar entonces de un quiebre histórico, un momento donde se propulsa una reforma en la atención de la salud mental de la población con discapacidades mentales, un giro que pretende un cambio de paradigma que deje de entender a las personas con discapacidad mental como objeto de asistencia para considerarlas sujetos de derecho.

En este proceso de cambio, Lessof (1997) comenta que la sociedad debe elegir entre pagar el precio inevitable de un sistema de atención que da libertad y autonomía a sus enfermos, o recluir a gran número de personas para evitar el peligro que supone una minoría no identificable a priori.

Por tanto, citando a Stolkiner (1988) se puede hablar de tres modelos coexistentes en salud mental: el asilar, el tecnocrático y el de las practicas alternativas a los mismos.

En primer lugar habla de la dimensión *asilar*, ésta define su paradigma de salud a partir de una lógica netamente médica, en consecuencia, se comprende a la salud como la ausencia de enfermedad. Trasladando esta concepción al campo de la salud mental, la asistencia va a diferir según sea pública o privada. En la privada las posibilidades terapéuticas varían según lo que ofrezca el momento sociocultural. La pública se centra en el hospital psiquiátrico, desvinculada de la población, aquí se convalidan prácticas de encierro y aplanamiento simbólico. Ambas coinciden en la poca intencionalidad de actuar sobre los determinantes sociales que interactúan en el malestar del paciente y por lo tanto se reducen a lo curativo. Buena parte de los profesionales se transforman en trabajadores a sueldo. La necesidad de expandir el mercado conlleva a la medicalización de la vida.

La segunda dimensión explorada es la *tecnocrática*, esta corriente incorpora su paradigma de salud a partir de la funcionalización. Por consiguiente, esta concepción otorga un rol protagónico a la técnica, en el centro del paradigma existirá una

equiparación poder – saber, positivista, en donde se colocan los recursos de la planificación de la salud en manos de los técnicos. A su vez, este modelo asigna particular importancia a la prevención. Para ello, se desplaza la atención exclusiva en la demanda explícita (existente en el modelo asilar), hacia el diagnóstico de las necesidades de la población, necesidades evaluadas por los expertos. En salud mental esta prevención “normativa” encuentra su afinidad con el sueño positivista/conductista, en donde se procuraría la evitación de conductas consideradas “inadaptadas” o salidas de la norma.

Surgen los servicios de psicopatologías en hospitales generales, los centros periféricos de salud mental y el uso de técnicas terapéuticas combinadas con psicofármacos, junto con algunas medidas de readaptación a la sociedad del paciente psiquiátrico. Por tanto, la salud empieza a ser de a poco reconocida en su dimensión social, incorporándose aportes de la Medicina Social Funcionalista. Sin embargo, mantiene el concepto positivista de la salud en cuanto normalidad.

Finalmente, se incorpora el trabajo en equipos multidisciplinarios, aunque usualmente sucede que cada disciplina recorta su territorio, fragmentando a partir de diferentes miradas que dan cuenta de aspectos, rendimientos y diagnósticos.

Por último, plantea la existencia de *corrientes alternativas* a las dimensiones anteriores, que si bien no terminan por configurar un modelo, poseen muchos rasgos en común. En ésta dimensión el paradigma de salud se constituye a partir de la integración. La participación en estas prácticas es en sí un hecho de salud mental, en la medida que permite a los sujetos salir de un lugar imaginario (y real) de sometimiento a una autoridad sentida como omnipotente y arbitraria. A su vez, las prácticas que encontrarán correspondencia estarán destinadas a producir los efectos integradores que el paradigma propone, usando dimensiones no disciplinarias de la vida social y la cultura, aprovechando aspectos, espacios, personajes y rituales capaces de rescatar las limitaciones de toda institución de salud mental, esto es, abrir la escucha a su entorno. Para ello, es imprescindible que se entienda –la Institución Salud Mental- incompleta e incapaz de contener en su interior todo lo que requiere para producir los efectos que pretende (Calveyra et al, 2009).

Ahora bien, cuando se habla de corrientes alternativas es indispensable comprender y situar respecto de qué se convierten en esa otra opción –alternativa-. Si bien no son excluyentes de otras prácticas sanitarias, surgen para complementar las intervenciones en salud mental. La Real Academia Española–RAE- (2001), define alternativa como; *actividades de cualquier género, especialmente culturales, que se contraponen a los modelos oficiales comúnmente aceptados*. En este sentido no se las tomara como contrapuestas, ya que en este caso dependerían de lo hegemónico para existir, pero indudablemente resulta fundamental comprender cuál es el modelo hegemónico en salud mental y los factores que lo perpetúan, y a partir de allí, indagar en más detalle cuáles son esas otras miradas denominadas “corrientes alternativas”.

2.1 Modelo Médico Hegemónico

“Además del suplemento de calcio o de magnesio fuera del ajuste vertebral y la información de un neuropeptido un medico puede ofrecer a su paciente la medicina mas milagrosa, de menos efectos secundarios y más al alcance de sus manos y de su corazón; el amor” (pg. 98)

Carvajal (2012)

Según Menéndez (2005), en casi toda sociedad la enfermedad y los padecimientos son tratados por toda una variedad de formas de atención, aunque desde la perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico. Esto no ha sido legitimado exclusivamente por criterios profesionales sino también por instancias jurídicas, mediante el Estado. Las consecuencias naturales, son una hegemonización del saber de las instituciones médicas respecto de otros saberes que también operan sobre los padecimientos humanos.

En consonancia, el mismo Menéndez (1994) expone, que toda sociedad necesita producir estrategias de acción técnica respecto al tratamiento de los padecimientos que se reconocen como tales. Para esto, la principal maniobra es la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender las problemáticas de la salud. En la actualidad, las prácticas médicas terminaron identificándose como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad, generando una hegemonía en el campo. Esta categoría es denominada; Modelo Medico Hegemónico.

Esta hegemonía es expresada por la Organización Panamericana de la Salud (2010) cuando informa que; en el ámbito de la Salud Mental en la región de las Américas, el presupuesto dedicado a la salud mental, aún no excede el 1% del presupuesto general de salud. Lo más preocupante es que más del 90% de ese financiamiento se dedica a hospitales psiquiátricos, es decir, que la estructura del gasto no responde a los nuevos modelos de atención descentralizados e insertos en la comunidad.

Finalizando, es interesante el aporte de Sosa (2009), cuando afirma que el discurso médico, alejado de la realidad multidimensional de la salud, se reproduce y circula con fluidez como discurso autorizado desde una instancia de prestigio social. Se asume de forma poco cuestionada por el conjunto de la sociedad, ya que se basa en el discurso científico, uno de los que más fácilmente se auto reproduce, pues representa la autoridad a la cual se recurre constantemente para tratar de explicar el mundo de la vida.

Por lo tanto, tomando en consideración el indiscutible poder que ejerce el modelo médico hegemónico respecto de otras prácticas para la salud, este terminó por constituirse en el gran protagonista de las respuestas sanitarias, y en consecuencia, legitimando prácticas eminentemente biológicas.

2.2 La Medicación en los tiempos modernos

Es importante brindar un contexto a partir del cual surge la medicación como herramienta para la conservación de la salud. En este sentido se desarrollan dos hechos puntuales; la hegemonía del Modelo Médico –ya expuesta- y la influencia del neoliberalismo en el ámbito de la salud en general. En este contexto, la medicación pasó a representar el instrumento sanitario más utilizado, desplegando prácticas esencialmente biológicas –*dimensión asilar*- y por tanto, desconociendo el enfoque multidimensional de la salud.

Según Cannellotto, y Luchtenberg (2008) en las sociedades contemporáneas se ha impuesto una concepción de la salud biologicista impulsada por la lógica del mercado. Estas prácticas denominadas *medicalización*, son producto de los avances científicos y tecnológicos de la medicina los cuales, al tiempo que produjeron impensados beneficios, se han constituido en saberes hegemónicos que, consolidados como modelos de atención de la salud, concentran y dirigen la totalidad de las respuestas sanitarias.

Esta concepción de la salud, sesgada y reduccionista, ha potenciado en forma desmedida el uso de la medicación.

En la misma línea, Pérez (2002) informa que en los finales del siglo XIX ocurría algo en la historia de la salud humana que simultáneamente actuó como conquista y freno. La conquista fue el descubrimiento del papel de los microorganismos y los medicamentos, el freno fue una interpretación desmedida y con ello la creencia en el fin de la enfermedad. Esto, llevó a pensar que los medicamentos se comportarían como "balas mágicas", sin tomar en consideración las condiciones de vida de las personas. Esta postura sobre la enfermedad se la puede enmarcar dentro del biologicismo al que hace mención Alcántara (2008).

En este orden de ideas, Cochrane (1991) plantea que hay un supuesto en el centro de la moderna psiquiatría clínica, y esto es, que hay cierta ventaja terapéutica, al tratar las problemáticas psicológicas en analogía a la enfermedad física. Y afirma que esto es expresado mediante la medicalización de los problemas psicológicos. La medicalización, como señala Conrad (2007, citado por Cannelloto & Luchtenberg, 2008), puede describirse básicamente como un proceso, por el cual problemas no-médicos pasan a ser definidos y tratados como problemas médicos, ya sea bajo la forma de enfermedades o trastornos.

Según Cochrane (1991), algunas de las implicancias problemáticas que tuvo el auge del paradigma médico son:

Primero, el término enfermedad mental se desarrolló como análogo al de enfermedad física, siendo así que actualmente, a menudo se le da el mismo carácter científico. Ahora, esto significa que se adquiere un estándar universal de salud mental, a partir del cual, cualquier desviación es inevitablemente patológica. Esta postura desconoce el hecho de que podría haber diferencias culturales en términos de comportamiento, variaciones que probablemente no aparecen en las enfermedades físicas. Por ejemplo, la malaria, diabetes y tuberculosis tienen una expresión similar en cualquier parte que se presenten y son siempre consideradas indeseables. Además, Stolkiner (1988) afirma que esta analogía no se sostiene por los resultados, ya que los intentos de curación mediante la medicación –psicofármacos- jamás tuvieron los espectaculares resultados obtenidos con las enfermedades contagiosas.

Una segunda consecuencia al adoptar el modelo médico de enfermedad es el hecho de que las manifestaciones abiertas de los problemas psicológicos son consideradas como meros indicadores de otra cosa que subyace por debajo de ellas. Se las puede considerar como síntomas que facilitan la realización de un diagnóstico, pero no son pensadas en sí mismas como un problema real. Ya no se habla de una persona que tiene delirios, sino que es un esquizofrénico, con todas las implicancias que conlleva esta etiquetación.

A su vez Cannellotto, y Luchtenberg (2008), afirman que el auge del biologicismo también desconoce los factores sociales incidentes en las problemáticas mentales. Pues, según ellos, se reduce la complejidad de los problemas vitales a cuestiones de orden médico, centralizando en la persona la causa y tratamiento del malestar, desestimando los determinantes sociales de la salud mental, y por tanto, la intervención política y comunitaria sobre los mismos.

En este sentido, Martínez (2007, citado en Correa et al, 2008) indica que el problema del individualismo de las ciencias “psi” es la ilusión del paciente como una “isla psicopatológica” a ser explorada exclusivamente desde lógicas biológicas o psicológicas. Ya sea en términos de fallas sinápticas o discusiones teóricas. Es lo que se denomina un proceso simbólico por el cual, mientras se naturaliza el mundo de las aflicciones y sus formas de tratamiento, se niegan o disimulan las relaciones sociales que influyen directamente en el surgimiento de ambas.

Finalmente Cochren (1991), afirma que tal vez la consecuencia más importante y de esperarse, consiste en el exceso de confianza en la analogía con la enfermedad física que provoca una orientación terapéutica primordialmente física. De este modo, se desconocen los componentes sociales que influyen directa o indirectamente en las problemáticas mentales.

Según Correa et al (2008), la marginación de los afectados del mundo laboral, la pérdida de sus redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones y ejercer sus derechos de ciudadanía, la negación de su voz como actores, o los sentimientos que despiertan en el resto de la población (compasión, miedo, distanciamiento, burla) son fenómenos reales que están ahí, de la misma forma que las disfunciones neuroquímicas y los procesos psicológicos. Esto invita a pensar en modelos asistenciales basados no

sólo en la evidencia médica y/o psicológica, sino también en la evidencia social. Esta es, la limitación fundamental de los modelos de rehabilitación psicosocial hegemónicos.

Por ello, según Galende (1997) es esencial elevar la mirada de la “microscopía” clínica, hacia la comprensión de aspectos de la cultura y la vida social, en la cual se desentrañan valores de la producción de la subjetividad. Este proceder es necesario no solamente porque permite observar los rasgos de los pacientes con la cultura, sino también cómo esta cultura impregna la propia subjetividad de los agentes de la salud, en tanto sujetos de una misma cultura, lo cual hace más apremiante una mirada crítica sobre el desenvolvimiento de “lo social”.

2.3 Salud Mental en el neoliberalismo

“La desvalorización del mundo humano crece en razón directa con la valorización del mundo de las cosas”

Marx (1980)

Tognoni (1998), con respecto a la práctica farmacológica en un mercado neoliberal, dice: “los medicamentos no tienen derecho a existir, sino como un instrumento de servicio, sueño de un derecho de salud que sea priorizado con respecto a los intereses del mercado” (p. 20). De esta manera deja entredicho que la salud debe ser un fin en sí mismo y no un medio para el lucro de los mercados.

Guinsberg (2004) señala la gran influencia que tiene el sistema de producción neoliberal en todos los ámbitos de la realidad. Según él, en el mundo actual globalizado la llamada economía del mercado en su vertiente neoliberal, domina gran parte de los países, y por tanto, incide ya sea directa o indirectamente en la totalidad de las naciones. Por tanto, este modelo no solo actúa y tiene repercusiones en el terreno económico de donde surge, sino también en los ámbitos políticos, económicos y culturales.

En la misma línea de pensamiento, Galende (2008) comenta que la globalización de la economía ha irrumpido con gran ímpetu en los últimos treinta años, cuyo efecto mayor ha sido el ingreso al mercado y al consumo como valores idealizados para la construcción de las sociedades. Estos valores penetran en la subjetividad de los individuos estableciéndose como los nuevos parámetros que persiguen los sujetos.

Sin embargo, según Guinsberg (2004), es muy común que todas las críticas que encuentra el modelo neoliberal vengan de los ámbitos señalados anteriormente: político, cultural y social, sin hacerlo desde un terreno que es la síntesis de todo lo que acontece en el ser humano: la subjetividad y la salud mental.

Según Pérez (2003), la polución de las ciudades industriales es fuente de numerosas enfermedades no solo físicas sino también psíquicas. La soledad, inseguridad e incremento del ritmo de la vida cotidiana, en las grandes ciudades, producen estrés y conducen a conductas límite psicopatológicas. El autor dice que estas condiciones no pueden enfrentarse mediante las estrategias que las sociedades capitalistas proponen, esto es, incrementando el arsenal medicamentoso, ya que ninguna sustancia química puede ser creada y administrarse por cualquier vía sea (oral, nasal, ótica, retinal, cutánea, intramuscular, endovenosa etc.) sin estar totalmente libre de riesgos.

Esto último lo ilustra Stolkiner (1994) cuando dice que las políticas en salud se deslizan hacia el concepto de mercado de la salud. Resultando que el estado se retira de un lugar de garante de derechos y tiende a dejar abierto el juego de oferta y demanda. La prestación gubernamental entonces se reserva para acciones de corte asistencialista dirigidas a los sectores marginados. Por lo tanto, el ingreso de la salud en el mercado promueve mediante la industria farmacéutica capitalista un enfoque cuyo principal objetivo es maximizar las ganancias, y según Pérez (2004), es muy poco probable que las organizaciones orientadas a la rentabilidad, dediquen muchos esfuerzos para solucionar los problemas de salud de los países en desarrollo.

Correa et al (2008) comentan que desde la perspectiva neoliberal se mercantiliza el sufrimiento, transformándolo en ratios de financiación día/cama/paciente. Por su parte, el modelo biologicista centraliza su atención en la supuesta enfermedad más que en el enfermo. Se trata de combatir la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la depresión mayor y no tanto escuchar o comprender la voz del afectado, esa voz subjetiva, narrativa y autobiográfica y que generalmente remite a una historia de exclusión del mundo social. La enfermedad mental se convierte en un problema de ajuste del tratamiento psicofarmacológico y no en una realidad que es también biográfica, familiar, social, económica y política.

Según Leff y Warner (2006) cuando se considera el contexto, paradójicamente, en los ámbitos industrializados del capitalismo más avanzado el pronóstico de los denominados trastornos mentales severos - como la esquizofrenia- es menos favorable que en aquellos contextos menos desarrollados, con una diferencia de 2 a 1, es decir, el doble. Existen diferentes hipótesis sobre este fenómeno, fundamentalmente acerca del rol que juega el contexto social, factores como la mayor tolerancia social, el papel de apoyo de la familia o la mayor facilidad para acceder a un rol productivo formal o informal son indicadores favorables en el pronóstico para estos trastornos.

Más aun, Carvajal (2010) comenta que el respaldo social es el medicamento más universal y eficaz para sostener la salud de una comunidad; una palabra de esperanza, una actitud solidaria, un silencio afectuoso puede salvar una vida. Según el autor, muchas veces estas actitudes son más valiosas que cualquier medicamento.

3. Programas alternativos en Salud mental

Llegado a este punto, se ha visto desde el ámbito particular de la salud mental como a partir del Modelo Médico Hegemónico y un sistema de producción neoliberal se han convalidado y perpetuado prácticas marcadamente biologicistas/individualistas, impulsadas por la lógica del mercado. En este contexto surgen las corrientes alternativas como voces extranjeras del discurso hegemónico, como dice Stolkiner (1988), si bien no logran configurar un modelo (al modo de lo asilar y lo tecnocrático), su importancia radica en que aportan una visión novedosa e incipiente en el ámbito de la salud mental, conteniendo en su centro una concepción holística de la salud.

Retomando a Stolkiner (1988), se puede encontrar una definición bastante ajustada acerca de este tipo de prácticas. La autora plantea que las *corrientes alternativas* tienden hacia la elaboración de acciones integrales, esto es, incorporando lo referente a la salud mental en acciones educativas, culturales y comunitarias, acciones destinadas a promover la salud en función de la integración. Esta propuesta supone rupturas radicales con la concepción positiva de la ciencia, el causalismo y el mecanicismo.

Las teorías que entran en prácticas de esta índole, son necesariamente transformadoras, pero se debe recurrir a diferentes enfoques conceptuales. En el centro de estas prácticas se parte de una concepción holística de la salud, es decir, una perspectiva multidimensional y progresista que considera a la salud, ya no sólo como un fenómeno

meramente somático y psicológico, sino también social, por tanto las prácticas se constituyen a partir de la diversidad o mejor dicho, la interdisciplina. Generando un proceso de búsqueda y constitución de situaciones nuevas. Esto es, la salud comprendida como un fenómeno complejo que para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí (Alcántara, 2008).

El criterio de normalidad no define la salud, y por ende sus acciones preventivas consisten en facilitar procesos en los cuales emergen conflictos naturalmente, pero se los utiliza como motores que impulsan la movilización de recursos. Por tanto, no se trata de propuestas adaptativas (Stolkiner, 1988).

A su vez, dichas corrientes encuentran gran afinidad con La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010). En primer lugar, la legislación al ubicar su objeto, utiliza la denominación sufrimiento o padecimiento mental en lugar de otras como enfermedad o trastorno, pues las considera acorde a la definición de salud mental dada en la Ley, la cual remarca que la misma no está determinada exclusivamente de forma biológica, sino como un proceso en el que influyen componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos (Hermosilla & Cataldo, 2013).

En consecuencia y como menciona Carpintero (2011), la ley rompe con una concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo. Esto es expresado según el autor a partir de cuatro niveles. En primer lugar los derechos humanos en relación a los pacientes, en segundo lugar la atención desde el trabajo interdisciplinario e intersectorial; en tercer lugar, las modificaciones en cuanto a las estructuras manicomiales y por último lo que llama “una reivindicación absolutamente democrática”, en relación a la igualdad de los profesionales en cuanto a condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones.

Sintetizando, entre las principales innovaciones que promulga la ley se gesta un campo fértil para la aparición de las *corrientes alternativas*. Según Hermosilla y Cataldo (2013) estas innovaciones son;

- El énfasis en la interdisciplina: El artículo 8 dispone que deben promoverse acciones en salud mental destinadas al ejercicio de la interdisciplina a partir de equipos

integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados, donde se incluyen áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

- La orientación comunitaria y el trabajo intersectorial.
- Disposiciones en relación a las internaciones: Convirtiéndose éstas en el último recurso terapéutico y promoviendo acciones que deben realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación, promoviendo la integración y la promoción de los lazos sociales.
- La creación en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, de un órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios.

Al respecto, Vasen y Massei (2006) informan que en la actualidad muchas experiencias de rehabilitación en salud mental en la infancia y adolescencia se proponen un desplazamiento del interés desde los factores meramente individuales hacia los factores comunitarios que inciden positivamente en el proceso de la cura. Es decir, que es la comunidad misma la que colabora en la creación de ambientes promotores de salud dando lugar a una perspectiva multidisciplinaria en el estudio de los problemas y las estrategias de intervención.

Según Amarante (2001, 2007), los paradigmas hegemónicos de nuestros tiempos tienen un enfoque marcadamente individualista, como es el caso de la mayoría de los modelos “psi” (psiquiatría biológica, psicoanálisis, terapias cognitivo-conductuales, etc.) Este sesgo individualista es funcional principalmente en los países de capitalismo avanzado, donde se ve difundida y estandarizada esta concepción en los campos del conocimiento, como las revistas especializadas. Pero en menor medida, en sociedades latinoamericanas, donde las influencias intelectuales y políticas de participación popular han permitido la integración de reformas basadas en la construcción social de la ciudadanía, contrarrestando con el enfoque más individualista extendido globalmente. De la misma manera, Stolkiner (1988) afirma que la posibilidad de desarrollo de propuestas de esta índole está básicamente relacionada con las posibilidades y formas de participación popular en nuestros países. En definitiva, el beneficio de estos programas

reside en que permiten la creación de nuevos espacios de interacción social o de escucha social.

Según Correa y col (2008), el campo de la rehabilitación psicosocial de los llamados trastornos mentales severos es una realidad incipiente en las sociedades contemporáneas, y constituye una alternativa al modelo custodial clásico a partir de la creación de dispositivos externalizados y la puesta en práctica de iniciativas de tratamiento e inserción social de una población que había visto reducidos sus derechos de ciudadanía. Sin embargo, informan que hay que tener cuidado para no reproducir en los nuevos espacios asistenciales las limitaciones del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada, etc.

Por último y sintetizando, las *corrientes alternativas* contienen un paradigma de la salud vinculado con la integración; creativa, participativa, aunque esto no excluya el conflicto. Las prácticas que encontrarán afinidad con este paradigma se valdrán y resaltarán la importancia de dimensiones no disciplinarias, como los ámbitos extranjeros provenientes de la vida social y la cultura. Ello implica entonces salir desde lo hegemónico hacia aquellos terrenos que no forman parte del dominio de la salud mental para llevar allí a aquellos que padecen debilidades subjetivas, empleando este camino alternativo como medio para integrarlos de manera creativa (Calveyra et al, 2009).

En definitiva, estos dispositivos alternativos se basan, justamente, en dos elementos: la integración social y la recuperación de espacios no convencionales (Vasen & Massei, 2006).

3.1 La salida de los límites institucionales: Extramuros

En la vigésimo segunda edición de la Real Academia Española –RAE- (2001) se define el concepto de extramuros como derivado del latín extra-muros, fuera de las murallas. Fuera del recinto de una ciudad, villa o lugar.

Ahora bien, trasladando esta definición al campo de la Salud Mental, primero habría que definir ¿cuáles son las murallas?, y resulta evidente que ello apunta a las prácticas asilares y custodiales, y por tanto a la reforma psiquiátrica que afronta en la actualidad el ámbito de la Salud Mental. Esto es expresado mediante el artículo 9 de las nuevas

leyes en Salud Mental (2010) cuando informa claramente “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”. En todo caso, si bien las leyes se encuentran legalizadas ello no implica que se encuentren legitimadas, en otras palabras, que se hayan ampliado al imaginario social y se inscriban como nuevas formas de ser y estar en el mundo, es decir, de entender la salud mental (Hermosilla & Cataldo, 2013).

Ahora, es sabido también que el cierre indiscriminado de hospitales psiquiátricos, sin las adecuadas estrategias de intervención, abrirían una nueva serie de problemáticas ligadas a esta población. Lessof (1997) habla del aumento de los “sin techo”, la peligrosidad, los pacientes difíciles, los nuevos crónicos, la transinstitucionalización etc. Aun así, el autor siguió a 800 pacientes tras su salida de los hospitales (Cane Hill y de Tooting Bec) en el Reino Unido, y encontró que solo siete acabaron en la calle, desmitificando un poco la contribución del cierre de los hospitales al crecimiento del número de los enfermos mentales sin techo.

En este contexto las prácticas alternativas –extramurales- adquieren gran importancia y según Calveyra y col (2009) solo cobran sentido cuando el imaginario significativo de las instituciones en salud mental se reconoce como incompleta para producir los efectos que pretende. Es decir, cuando reconoce sus limitaciones y por tanto debe recurrir a otros recursos que se encuentran afuera de los muros de las instituciones.

De esta manera Vasen y Massei (2006) señalan que lo que se propone con estas prácticas alternativas es favorecer no solo una recuperación clínico-psiquiátrica sino también la posibilidad de crear nuevas identidades sociales. Para lo cual según ellos, es necesario inventar un afuera transicional, armar un puente hacia allí, generar una ocupación con sentido y no separar la cura de la reinserción social.

Por consiguiente, estas prácticas alternativas –extramurales- se las puede pensar como lo que serían los *espacios transicionales* de Winnicott (1999). Por fenómeno transicional se comprende aquella experiencia que no es ni interna (subjetiva) ni externa (percibida objetivamente) aunque involucre a ambas (Bareiro, 2009). Según el autor, este fenómeno paradójico comprende la creación por parte del bebé de un objeto

preexistente. El bebé crea un mundo que ya ha sido creado, pero que está a la espera de significación. Trasladando esta conceptualización, se hablaría de aquellas experiencias que se plantean como un “dentro fuera”. No pertenecen al dominio de la salud mental por estar fuera del dominio –muros-, pero que están incorporadas al campo de la salud mental, de las intervenciones, por tanto formarían parte. A su vez, es un afuera donde hay trabajadores capacitados en disciplinas de salud mental, entonces es un afuera que tiene algo de adentro. Es una condición igualmente paradójica.

Por tanto, y en definitiva, se trataría de renovar la inscripción social de quienes van siendo segregados. De la movilización de potencialidades que se encuentran en la trama social y simbólica, a fin de reintegrar a ella, de un modo innovador a quienes padecen de fragilidades subjetivas (Calveyra et al, 2009).

3.2 Antecedentes en programas alternativos en Salud Mental

Correa y col (2008) informan que las experiencias de intervención alternativas han intentado generar espacios sociales para este tipo de actores (aquellos que padecen Trastornos Mentales Severos), buscando potenciar, más allá del objetivo estrictamente terapéutico, su autonomía y dignificación. A pesar de la multiplicidad de estas experiencias –las cuales generalmente tienen poca difusión en los medios académicos y adquieren un carácter local-, se aprecian algunas similitudes entre ellas: la devolución de la palabra a los afectados, la importancia otorgada a la lucha contra las etiquetas o la creación de condiciones de posibilidad para la integración real al cuerpo social, superando el modelo de “vida tutelada” y cronicidad que conforma aún la existencia de gran parte de estos actores, principalmente – y paradójicamente- en los países de capitalismo avanzado.

Algunas experiencias en programas alternativos en Salud Mental:

- **La Colifata: Radio terapia des-estigmatizante**

Según Olivera (2005), la Colifata es un espacio convocado por coordinadores de distintas profesiones, con el apoyo de los internos y externos del Hospital neuropsiquiátrico Borda de Buenos Aires. Su objetivo principal es la producción de un

programa radial que sale al aire los días sábados de 14:30 a 19:30 Hs. Este proyecto desarrolla sus actividades en los jardines de dicho hospital por propia voluntad de los participantes, ya que no forma parte del organigrama hospitalario. Participan de la misma en promedio 50 pacientes (dispositivo abierto) y 20 visitantes por día de emisión (oyentes, estudiantes, periodistas y familiares que se acercan a compartir la emisión con los internos), puede ser sintonizada por cualquiera de los pacientes así como por los vecinos del barrio de Barracas en el 100.1 MHZ.

Es un proyecto de Salud Mental Clínica y Comunitaria que se construye mediante la utilización de los medios de comunicación (radio, TV, web, etc.) para obtener impacto en 2 campos donde reconoce problemas. Estos son: El problema de las psicosis como formación clínica y el problema de la estigmatización de la locura presente en las representaciones y conductas sociales. Por tanto, promueve la recuperación de la subjetividad a través del desarrollo de actividades culturales y artísticas en el espacio radial, se intenta generar la restitución del lazo social perdido, escindido a partir del sentido común que estigmatiza al loco en la sociedad Argentina.

En definitiva, el pilar terapéutico del proyecto se trata entonces de la construcción colectiva, donde cada uno de los actores: internos, comunicadores sociales, oyentes “el hombre común” y profesionales de la salud, participan activamente en la construcción de espacios de salud a través de los medios de comunicación con efectos terapéuticos y desestigmatizantes.

- **Caleidoscopios narrativos: una experiencia del Sur de Brasil**

Según Correa y col (2008), el Taller de Expresión (TE) fue un espacio creado en el Servicio de Salud Mental de Novo Hamburgo (Área Metropolitana de Porto Alegre) en la década de los noventa. Se trata de un servicio público, en el cual el TE ofrecía originalmente actividades de expresión artística para los usuarios en el mismo espacio ambulatorio, pero que después fue trasladado a un nuevo espacio público pero no terapéutico: el Taller Municipal de Arte del municipio, de esta manera desvinculándose del dispositivo de atención en salud mental.

En ese momento, Brasil iniciaba su reforma psiquiátrica y esto impulsaba la creación de servicios descentralizados de atención como dispositivos alternativos de los hospitales psiquiátricos que aún están presentes en la geografía de la mayoría de estados de este país.

El objetivo de este movimiento era devolver la ciudadanía a los afectados, clausurar los manicomios materiales y simbólicos mediante la movilización social, rescatar las memorias de los afectados y construir colectivamente espacios de autonomía a partir de la participación de los internos en asambleas comunitarias, en contactos con los diferentes partidos políticos o en congresos de salud mental con la presentación de trabajos y propuestas.

Cuando su identidad social se convirtió en la posibilidad de algo más que “loco” o “enfermo”, cambiaron su forma de vestir, de presentar su persona en público, narraron sus historias de vida o debatieron sobre la simbología de las artes plásticas con los creadores considerados “normales” que participaban en el Taller Municipal de Arte de Novo Hamburgo (Correa et al, 2008).

- **La Huella: Programa de emprendimientos sociales en Buenos Aires**

“La huella” es una empresa social en formación nacida en el 2006, que surgió a partir de de los emprendimientos sociales en salud mental que se vienen desarrollando en el sistema público de la Ciudad de Buenos Aires desde el año 1997. Los equipos que participan en estos emprendimientos estuvieron constituidos inicialmente por trabajadores de salud mental de los Hospitales Borda y Tobar García; actualmente se registran experiencias similares en el Hospital Moyano.

El objetivo de esta práctica es lograr la real inserción comunitaria de los sujetos con padecimiento psíquico, obteniéndose resultados satisfactorios en la población beneficiaria, adolescentes y adultos, en interacción con personas de la comunidad en situación de vulnerabilidad.

“La huella”, como empresa social en formación, trabaja y produce rediseños en maderas con piezas descartadas, restaura y brinda servicios de reparación. Crea valor económico, social y comunitario. Toma como eje de su visión la integración socio-laboral de

personas. Y es parte de iniciativas de solución a problemáticas estructurales del empleo y la exclusión social de personas con vulnerabilidad psicosocial. Sus actividades reúnen la complejidad de una empresa. Capacita sin dejar de asistir y sostiene emprendimientos como forma de proyectar procesos de integración social y capacidades invisibilizadas, teniendo como meta la inclusión socio-laboral real.

Institucionalmente está articulada con el Programa de Emprendimientos sociales en Salud Mental, Los talleres de Pre-alta del Hospital Borda el Proyecto ISOLE, la ONG argentina “En Camino Con Otros” (ECCO) y la ONG Italiana CISP (Empresa Social, La Huella, s/f).

- **“Nave tomada”: La experiencia de Radio Nikosia**

Radio Nikosia es una emisora realizada por un grupo de entre 20 y 30 personas que comparten el hecho de haber sido diagnosticados con alguna problemática mental alguna vez en su vida, y que desde febrero del 2003 transmite en directo todos los miércoles de 16hs a 18hs por Radio Contrabanda en el 91.4 Fm de Barcelona. Su objetivo es devolver la palabra y la dignidad a los afectados y, al mismo tiempo, dar lugar a una reflexión crítica alrededor de las nociones de locura que existen en los imaginarios expertos y populares. El grupo es acompañado por tres profesionales del ámbito de la antropología, la psicología y la comunicación que hacen las veces de marco de contención y que contribuyen a generar el contexto de posibilidades desde donde la experiencia se activa. Radio Nikosia nació con el propósito de devolver la expresión de la palabra de la persona que ha atravesado la experiencia de una problemática mental, como una manera de habilitar un espacio analítico y comunicacional alrededor de la vivencia de la llamada locura. Se articula como un intento de poner en marcha prácticas alternativas para una integración activa dentro del cuerpo social; una integración que surja desde un rol diferente al de enfermo y que permita reconstruir las identidades deterioradas por una existencia de ingresos consecutivos y exclusión social.

La experiencia de Nikosia se desarrolla fuera de toda dimensión clínica y en su hacer cotidiano, podría definirse como un nuevo tipo de territorio de escucha y producción de sentido en el ámbito de la salud mental. Un territorio que se articula como tal a partir de

desarrollarse precisamente como un más allá de las definiciones nosológicas y terapéuticas de los saberes expertos. Nikosia no tiene como objetivo una intención terapéutica, pues esto ubicaría a sus participantes en la posición de pacientes, aunque esto no significa que no genere efectos terapéuticos, cambios y transformaciones como consecuencia de un posicionamiento que se estructura desde fuera del ámbito nosológico (Correa et al 2008).

3.3 Programa Cuidar Cuidando: una experiencia en el Zoológico de Buenos Aires

El 5 de diciembre del año 1990 desembarcó el primer grupo de chicos que fueron seducidos por la idea de cuidar animales en el Zoo. A través del programa niños y jóvenes derivados del Hospital de Centros de Salud y Hospitales de Día, del GCBA (Gobierno de la ciudad de Buenos Aires) y de los CENTES (Centro Educativo para la Atención de Alumnos con Trastornos Emocionales Severos) concurren entre una y cuatro veces a la semana al zoológico donde dejan su posición de pacientes para pasar a desempeñarse como aprendices de cuidadores. Lo que se busca con este programa es un desplazamiento de los factores puramente individuales para utilizar a la comunidad como promotora misma de salud, dando lugar a una perspectiva multidisciplinaria que promueva la integración (Calveyra et al, 2009).

El eje del programa reside en la relación que se establece entre los chicos y los cuidadores del Zoológico. Esto es, mediante la tarea conjunta que desarrollan cuidando a los animales, este oficio los ubica en el lugar de cuidadores de otro, sacándoles del circuito en el cual siempre fueron ubicados cumpliendo el rol de “cuidados”. Bajo el asesoramiento y supervisión de los profesionales del Hospital Carolina Tobar García los chicos van adquiriendo herramientas que los ayudan a la hora de enfrentarse a la sociedad y de insertarse laboralmente.

Después de más de dos décadas de actividad ininterrumpida más de 1000 chicos y adolescentes se han beneficiado de esta experiencia innovadora. El programa les permitió acceder a diferentes formas de inserción más o menos precarias o a una integración social y laboral más plena semejante a la de otros jóvenes de su edad. El programa tiene dos grupos de actividades; Los más chicos concurren en grupo y podríamos decir que juegan a que son cuidadores. El eje de su práctica es una conexión

lúdica con los animales que favorece, de un modo transicional, el lazo social con sus pares. Reparten su tiempo entre los corrales, la plaza de juegos y una merienda compartida. Los adolescentes, en cambio, asumen responsabilidades sobre animales y zonas de trabajo, y la vinculación más fuerte es con el cuidador y los saberes que éste transmite (Vasen & Massei, 2006).

Este programa es auspiciado por UNICEF, declarado de Interés Nacional y reconocido por el Episcopado a través del Premio San Martín de Tours y el Premio S.O.S- Vida, es una experiencia que por sus características es una única en el mundo. (Hospital Carolina Tobar García, 2009).

Se tomará al programa como eje central y representante de los programas alternativos en Salud Mental y a partir de la experiencia en éste dispositivo se realizará un análisis congruente con los objetivos que se han planteado en el inicio del trabajo.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Tipo de estudio y diseño: Tipo de estudio descriptivo.

4.2 Participantes

El grupo sobre el que se realizó este estudio estuvo constituido por adolescentes con Trastornos Mentales Severos pertenecientes al Programa Cuidar Cuidando de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. También se tomaron en cuenta a los Cuidadores del Zoológico que trabajan los días miércoles y viernes con los participantes del Programa. Asimismo se contó con los profesionales que dirigen el Programa y trabajan en forma interdisciplinaria desde sus respectivas áreas: dos terapistas ocupacionales, un psiquiatra-psicoanalista y un psicólogo. Quienes viven en CABA, y son; 2 varones y 2 mujeres.

A partir de un grupo mayor se selecciono una muestra de estudio constituida por cinco adolescentes, quienes viven en CABA, tres varones de entre 14 y 21 años, y 2 mujeres de entre 13 y 16. De estos 5 chicos, 3 convive con sus familias, y 2 viven en

establecimientos de protección de menores, entre los cuales figuran el Hogar Buenos Aires y los Servicios de internación del Hospital Alvear. Son chicos que han sido diagnosticados con diferentes patologías (Retraso Mental Leve, Síndrome de Asperger, TGD y Trastorno de la conducta), que asisten regularmente al Programa Cuidar Cuidando y llevan más de un año concurriendo a las actividades.

Los criterios de inclusión que se utilizaron en la muestra de los (5) adolescentes fueron:

- Participación activa de 1 año o más en las actividades del Programa Cuidar Cuidando.
- Haber tenido experiencias anteriores en otros espacios de Salud Mental.

4.3 Instrumentos

La recolección de datos se obtuvo por medio del uso de entrevistas semi-estructuradas y observación directa participante de los adolescentes y de los profesionales que trabajan en el Programa elegido.

Estructura para entrevista a los Profesionales:

- Datos personales de formación.
- Historia profesional en el Programa .
- Percepción de qué es el Programa para el profesional.
- Retos y dificultades que se le han presentado ejerciendo la profesión trabajando en un dispositivo alternativo en Salud Mental.
- Utilidades que encuentra impartiendo el Programa fuera del ámbito Hospitalario.
- Concepción acerca de la Salud.
- Concepción acerca de la medicación.
- Progreso evaluado en los adolescentes participantes del Programa.

Estructura para entrevista a Adolescentes:

- Historia del paciente en el Programa (hace cuánto tiempo asiste, horario y frecuencia)
- Cómo se siente participando en el Programa.
- Opinión sobre el Programa para el adolescente.
- Diferencias que encuentra entre el Programa y otros dispositivos en Salud Mental a los que haya asistido.
- Qué le gusta del Programa.
- Qué le disgusta del Programa.

4.4 Procedimiento

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a los cinco adolescentes y cuatro profesionales. Se entrevisto a un adolescente por vez después del almuerzo hasta llegar a entrevistar a toda la muestra y al terminar las actividades del día se entrevisto a los profesionales en forma individual.

Luego se analizó la información obtenida para describir cuáles son las concepciones que tienen acerca del Programa, en tanto dispositivo alternativo en Salud Mental, así como también se rescataron otros datos de utilidad.

Asimismo se hizo una observación directa participante a los adolescentes durante las actividades .

5. DESARROLLO

A partir de ahora se realizará un análisis detallado de cada uno de los objetivos que han impulsado el desarrollo del presente trabajo. Para ello, se emplearan aportes teóricos y empíricos, estos últimos provenientes de las experiencias en el Programa . Retomando los objetivos, se ha planteado el desarrollo de tres ejes centrales que fundan la singularidad del Programa, estos son; su concepción de Salud, la concepción sobre el uso de la medicación y su condición de dispositivo en Salud Mental extramuros.

Se comprende al Programa como un programa alternativo en Salud Mental, esto implica según Calveyra y col (2009) que contiene un paradigma de Salud vinculado con la integración, utilizando dimensiones no disciplinarias y ajenas del ámbito de la salud mental para lograr los objetivos que persigue, el Zoológico es un claro ejemplo de ello. De esta manera se busca integrar de forma creativa a aquellos que van siendo relegados de la sociedad. Es interesante el aporte que realiza el psicólogo del programa cuando afirma; *ser alternativo no quiere decir que se contrapone con lo hegemónico*, porque según él, *esto implicaría que se depende de lo hegemónico para existir*, cuando afirma que, *las practicas alternativas tienen su propia historia, tampoco se excluyen otras*

formas de atención sanitaria, pues justamente con estas prácticas se expone la necesidad de trabajar a partir de la interdisciplina. Mas bien, las plantea como; cierto tipo de intervenciones que surgen a modo de complementar el abordaje en salud mental, las cuales en definitiva persiguen el objetivo de la integración social.

5.1 Describir y analizar la concepción de Salud que sostiene el Programa Cuidar Cuidando

En una de las reuniones posteriores a las actividades, uno de los directores del Programa relató una anécdota que ilustra gráficamente la funcionalidad de este tipo de experiencias en salud mental. Cuenta la historia de A, una paciente que se encontraba internada y mostraba una conducta muy diferente cuando estaba en el Zoológico a cuando estaba en el Hospital. En una asamblea se le preguntó el porqué de sus cambios conductuales tan drásticos. Y ella respondió *“yo no soy b... el hospital es para hacerme la loca, no en el zoológico”*. El zoo no es una institución ligada a la enfermedad, ni espera que nadie actúe como paciente o “loco”, en cambio un hospital neuropsiquiátrico si lo espera (Calveyra et al, 2009). En consonancia, el psicólogo del programa afirmaba; *este espacio permite sacar a los chicos del circuito de la enfermedad, permitiéndoles desenvolverse en un lugar ligado a la infancia y en definitiva a la Salud, ya que los chicos y jóvenes no son pacientes sino aprendices, son sujetos de una práctica que se funda en el rescate de su curiosidad y de sus posibilidades de establecer nuevos modos de lazo social.*

Este acercamiento integrador de la salud encontrará afinidad con la concepción bio-psico-social expuesta por Loubat y Margaña (2005), donde se promueve el trabajo interdisciplinar y se contiene un enfoque multidimensional de la persona. En consecuencia, esta aproximación propone la acción no sólo desde el ámbito individual de atención, sino también el institucional, grupal y comunitario.

El programa se enmarca dentro de un espacio comunitario, como lo es el zoológico, pero no desconoce la dimensión individual de la persona, para ello se trabaja con un equipo interdisciplinario. Una de las terapistas ocupacionales rescataba este tipo de abordaje comunitario, señalando la importancia de sacar a los chicos de la posición de pacientes e insertarlos en la comunidad mediante el trabajo real y simbólico que los adolescentes aprenden en el Zoo; *los chicos acá no vienen a pasear, sino que vienen a*

trabajar, entonces el trabajo es el medio a través del cual ellos pueden empezar a resocializarse, a interactuar; con el cuidador, con el acompañante -terapéutico-, y con la gente de la comunidad, porque no nos olvidemos que el zoológico es un espacio comunitario, entonces de hecho se encuentran siempre con gente del público y de repente les preguntan, primero porque los confunden con cuidadores -tienen el uniforme- y eso está buenísimo, entonces les dicen “señor, me puede decir dónde queda tal lugar, tal recinto” y los chicos felices en un rol de trabajador súper importante. Este nuevo posicionamiento social, genera la posibilidad de construir nuevas identidades sociales, es decir, se promueven acciones destinadas a la generación de potencialidades en los participantes. Como dicen Vasen y Massei (2006), la riqueza de este tipo de programas consiste en rescatar dimensiones no disciplinarias de la vida y la cultura, utilizando espacios no convencionales en función de los objetivos que persigue.

Se observa entonces que la concepción de Salud que sostiene el Programa se funda en el ejercicio de la interdisciplina, no solo de las disciplinas habituales dentro de los abordajes en salud mental (las corrientes “psi”), sino también aquellas disponibles en el mundo de la vida y la cultura que puedan ser rescatadas en función del propósito de integración, para ello, el psiquiatra/psicoanalista mencionaba, es necesario un *“hacerse falta mutuamente”*, para lo cual según él, *se requiere de un horizonte ético compartido, en este caso, un horizonte que implica como meta; la integración social.* Esto es, como menciona Alcántara (2008), la concurrencia entre diversas disciplinas que interactúan y se integran entre sí. Comprender la salud de esta manera es concebirla a partir de una visión holística, ya que se tienen en cuenta todas las partes constitutivas que intervienen y se le da la importancia debida a cada uno de los factores intervinientes en el proceso salud-enfermedad (Carvajal, 2011).

Ahora bien, en este punto resulta oportuno el aporte que realizaba uno de los profesionales en la entrevista, cuando afirmaba que hay que tener cuidado con este tipo de prácticas alternativas ya que puede ocurrir que subsistan las formas de las prácticas hegemónicas. Esto mismo es reconocido por Correa y col (2008) cuando informan que hay que procurar que no se reproduzcan en los nuevos espacios asistenciales las inercias del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación o la vida tutelada. Decía; *el proceso de incorporación al Zoo podía ser un mero injerto y no un dispositivo de reinserción que apuntara a la integración social. El zoo podría ser un lugar de*

explotación o, en el mejor de los casos, un taller protegido. En todo caso, si bien presumíamos que a los chicos les hacían falta los cuidadores lo que fuimos descubriendo es que también a los cuidadores “les hacían falta” los chicos. Y el punto de encuentro, que no es una entrevista, anuda la curiosidad infantil por un lado con el deseo de trascendencia del otro, armando como una suerte de filiación a un linaje de trabajadores.

Por una parte, justamente lo que se ha pretendido es mantener “virgen” el territorio del zoológico de los conocimientos psicológicos. Se ha tratado entonces que los cuidadores no tuvieran ningún tipo de conocimiento “psi”, sino que se desempeñaran espontáneamente, buscando generar un tipo de vínculo cotidiano, de trabajo, donde se promueva efectivamente una integración al mundo real. Esto lo aclaraba el psiquiatra/psicoanalista diciendo, *Los cuidadores no reciben ningún tipo de capacitación, esto es una premisa institucional, lo que sucede en el Zoo es que permite trascender la lógica de las practicas asilares o tecnocráticas, lo asilar sería el acallamiento, lo tecnocrático es el recorte, es lo que se expresa en un graffiti que un chico llamado Marcelo puso en una pared de internación del hospital que dice: “en este lugar todo encuentro casual es una entrevista”. En el Zoo todo eso fluye, el encuentro del chico con el cuidador es justamente un encuentro, no una entrevista, el encuentro del chico con el animal también es un encuentro, no le hace una entrevista al pato. Lo que nosotros pretendemos es que ese núcleo no disciplinario que constituyen los animales y los cuidadores no sea fagocitado por nuestras disciplinas, que sea una alteridad, una extranjería dentro del programa. Esa alteridad funciona como motor, lo que hacemos es acompañar a los cuidadores, estar dispuestos a charlar, a acercarnos, ellos ya saben más o menos lo que hacemos.*

Por tanto, los cuidadores son los que se disponen a trabajar con el Programa. En este sentido, el Zoo ha dispuesto la posibilidad de que los cuidadores participen de la experiencia y dependerá de su interés si ellos quieren participar o no.

Uno de los cuidadores del zoológico decía; *Desde un principio yo sentí que era uno más, y el desafío siempre me gusto, siempre me cayeron bien los pibes. Siempre me lleve bien con ellos, no tengo ningún problema con los chicos con trastornos mentales, de hecho ni siquiera los veo así, los trato como cualquier adolescente. Entre los chicos yo me siento como uno más, jodo con ellos como puedo joder con ustedes, no me*

guardo nada, le digo a ellos lo que le digo a cualquiera, es bien cotidiano. No sé si me sale bien o me sale mal, pero no es que me estoy cuidando de que voy a decir o que no. Esta forma de vínculo es un hecho en salud mental en sí mismo como plantea Stolkiner (1988), en la medida que permite a los sujetos salir de un lugar imaginario (y real) de sometimiento a una autoridad sentida como omnipotente y arbitraria como lo son algunas veces las instituciones en salud mental. Para ello, estas *corrientes alternativas* utilizan dimensiones no disciplinarias de la vida social y la cultura, aprovechando aspectos (el trabajo), espacios (zoológico), personajes (cuidadores) y rituales (vestimentas) capaces de rescatar las limitaciones de toda institución de salud mental, esto es, abrir la escucha a su entorno.

Por tanto, este vínculo entre el cuidador y los aprendices se constituye en uno de los pilares del Programa, permitiendo a los chicos la posibilidad de construir otros modos de lazo social, en otras palabras el psicólogo del Programa resaltaba la funcionalidad de esta relación diciendo; *se establece una relación interesante entre el chico y el cuidador donde ellos dos, cuidan a un tercero. Además, hay una relación de intercambio, nosotros decimos que existe “un hacerse falta mutuamente” entre el chico y el cuidador. Por el lado del cuidador, la cierta trascendencia que tiene respecto de los chicos hace que su profesión adquiera un sentido a partir de la transmisión del conocimiento. Hay un posicionamiento de maestría y de que tiene un saber para transmitir. Por el lado del chico, la posibilidad de aprender ese saber que le es transmitido, que, genera un poder cuidar a un tercero. Con ese conocimiento el chico entonces puede cuidar al animal.*

Otra derivación de esta concepción de salud inclusiva e integradora consiste en que permite trascender la lógica del paradigma moderno, un modelo constituido a partir de la idealización de la razón y el rechazo de su contraparte la “locura”, y que según Correa y col (2008) todavía tiene consecuencias observables en la mayoría de las instituciones de salud mental de hoy. En consecuencia, se puede llegar a construir un diálogo con las diferencias y otorgar la palabra a quienes han sido anulados por ese paradigma positivista de la razón, un cambio que deja de entender a las personas con discapacidad mental como objeto de asistencia para considerarlas como sujetos de derecho (Juárez 1997). Resulta adecuada la frase de Foucault (1967), en historia de la

locura en la época clásica cuando dice; “Si el personaje médico puede aislar la locura, no es porque la conozca, sino porque la domina” (pg. 254).

Esta concepción de Salud integradora se ubicará en un lugar que promueve el rescate de los derechos de quienes padecen debilidades mentales, y es aclarado por el psicólogo del programa cuando describe la concepción de salud que se sostiene: *Básicamente me parece que está incorporada a la vida social, que no hay salud sin integración social. Viste que hay distintas concepciones, hay una concepción tradicional que la mira como “el silencio de los órganos”, la salud como evitar el conflicto, el encierro como practica, en este sentido lo asilar sería como; encierro al paciente, lo curo y después lo largo a la sociedad. Y por el contrario nosotros creemos que la cura es el proceso de integración social con otros. Me parece que esto sería sintéticamente.* Es indudable el paralelismo entre esta concepción y aquella brindada por Stolkiner (1988) cuando plantea que las *corrientes alternativas* tienden hacia la elaboración de acciones integrales, esto es, incorporando lo referente a la salud mental en acciones educativas, culturales y comunitarias, acciones destinadas a promover la salud en función de la integración.

Este mismo enfoque que se viene desarrollando se encuentra legalizado en las nuevas leyes de Salud mental (2010), y es expresado en sus principales innovaciones, estas son; el énfasis en la interdisciplina, la orientación comunitaria y el trabajo intersectorial, la promoción de acciones que deben realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación, y mediante la creación en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, de un órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios (Hermosilla & Cataldo, 2013). No obstante, si bien esto demuestra una realidad jurídica, aun falta para que se encuentre legitimado, es decir, que se convierta en una realidad operante en el campo de la salud mental.

El Psicólogo del Programa afirmaba; *Siempre fue una experiencia que costó bastante instaurarla. Me acuerdo de una anécdota; en los primeros años del programa vino un psiquiatra a colaborar con el programa, le interesaba la experiencia y fue a hablar con el jefe del servicio, era un residente, su intención era hacer una rotación en el programa y el jefe de residencia le dijo “bueno, nada de rotaciones exóticas”, Como que esto era un territorio exótico a la salud mental. Entonces sí, creo que hasta que se logre legalizar una práctica nueva y legitimizar, tarda un tiempo.*

En el mismo sentido, una de las terapistas ocupacionales mencionaba la dificultad de convivir con el modelo médico hegemónico y sus prácticas institucionalizadas, aun así, según ella, estas prácticas alternativas encuentran afinidad con la nueva ley en salud mental lo cual les permite sostenerse en el horizonte de la salud mental; *ahora están accediendo porque la ley los obliga, si no tuviéramos esa ley no se hubiera podido sostener el programa. El problema es que para ellos los chicos toda la vida van a seguir siendo pacientes, pero cuando nosotros les contamos que nosotros les llamamos aprendices y no pacientes, que intentamos no usar ese término, correrlos de ese lugar, ellos contestan que siempre van a seguir siendo pacientes, y no entienden que nosotros tratemos de revalorizarlos desde otro lugar.*

Este proceso de reforma psiquiátrica citado por Cabrera (2007) promueve un cambio hacia un modelo de orientación comunitaria donde se buscaría una integración activa de los sujetos al mundo social. Amarate (2001) lo denomina como una trayectoria de desinstitucionalización, proceso destinado a la deconstrucción de los viejos espacios manicomiales y la invención de nuevas propuestas de cuidado. El programa Cuidar Cuidando sería un representante de estas nuevas modalidades en el abordaje de la población con Trastornos Mentales Severos.

Ahora, paradójicamente aunque estas *corrientes alternativas* tengan todo el aval legal, todavía se encuentran luchando por abrirse paso en el panorama de la salud mental, de alguna manera se encuentran como “nadando contra la corriente” en el terreno institucionalizado. Correa y col (2008) confirman esto cuando informan que estas experiencias de intervención alternativas que buscan potenciar, más allá del objetivo estrictamente terapéutico, la autonomía y dignificación de esta población (aquellos que padecen Trastornos Mentales Severos), generalmente tienen poca difusión en los medios académicos y adquieren un carácter local.

Inevitablemente resuena la pregunta: ¿por qué?

Un análisis pertinente permite dilucidar una lógica que subyace a los intereses de la salud. Primero, la hegemonía del modelo médico que sostiene una concepción de la salud biologicista es reconocida institucionalmente y autorizada para atender las problemáticas de la salud (Galende 1994). Esta hegemonía según el autor no es tan arbitraria, sino que es construida a partir de factores ideológicos, políticos y

económicos. Por lo tanto, y sumado a ésta, se encuentra un sistema de producción de una sociedad el cual se constituye como la base del resto de sus expresiones. En la actualidad según Guinsberg (2004), el sistema de producción neoliberal tiene influencia en todos los ámbitos de la realidad, incluido el ámbito de la salud. Por tanto, este modelo no solo actúa y tiene repercusiones en el terreno económico de donde surge, sino también en los ámbitos políticos, económicos y culturales. Ahora, cuando se anuda el Modelo Médico Hegemónico con el ingreso de la salud en el mercado, se desprende una concepción de salud particular, por una parte biologicista/reduccionista y por otra, sujeta a las leyes del mercado. Bajo esta lógica se han convalidado prácticas eminentemente biológicas en el terreno de la salud mental y con esto, se da el puntapié inicial para continuar con el análisis del siguiente objetivo; el uso de la medicación.

Resumiendo, la concepción de salud que sostiene el Programa Cuidar Cuidando se basa en una comprensión bio-psico-social de la persona. Este acercamiento multidimensional implica que la atención no solo debe realizarse desde instancias individuales, sino también grupales, institucionales y comunitarias. En consecuencia, se promueve el ejercicio de la interdisciplina como punto de partida para incidir integralmente en el tratamiento de esta población (TMS). El Programa Cuidar Cuidando se sitúa en un espacio comunitario, aspirando incorporar a la vida social a quienes padecen fragilidades subjetivas, sin separar la cura de la reinserción social. Esto implica partir de una concepción de Salud que gira en torno a la idea de integración social. A su vez, aunque esta forma de abordar la práctica en salud mental está legalizada en las nuevas leyes de salud mental, todavía se encuentra con algunas dificultades en su ejecución. Por lo tanto, este tipo de dispositivos se presentan como una alternativa incipiente en el campo de la salud mental y cobran gran importancia cuando se advierte que vienen a complementar los abordajes en salud mental.

5.2 Describir la concepción sobre el uso de la medicación que sostiene el Programa Cuidar Cuidando

Entre los profesionales del Programa existe un consenso en donde se promueve un uso responsable de la medicación; enmarcado en una postura ética, enfocado en la particularidad de cada sujeto y en función del objetivo de integración social.

El psicólogo del programa comentaba con respecto a la medicación; *Nunca hay que desconocer la particularidad, dependerá de cada caso singular; en algunos casos podrá ser necesaria, en otros creemos que no. Lo bueno de acá es que a diferencia del trabajo que realizan los psiquiatras, es que el psiquiatra lo ve -al chico- en un breve espacio de tiempo y no lo ve en función. Nosotros acá lo vemos trabajando e incorporado a la vida social. A veces esto nos permite ver que un chico por ejemplo puede estar sobre medicado, que viene, se duerme, no puede trabajar y no puede hacer otras actividades que favorecen la integración, entonces en ese caso intentamos hablar con el psiquiatra para disminuir la medicación. En otro caso puede ser que la medicación pueda servir para favorecer la integración, sería por ejemplo un chico que está muy disperso, agresivo, o híper estimulado, que no puede concentrarse en la tarea, en este caso capaz que podemos hablar con el psiquiatra para que alguna medicación le pueda servir “en el mientras tanto” para que se pueda ir incorporando al programa y siempre en función de este objetivo de la integración.* Esta manera de concebir el uso de la medicación encontrara afinidad con la postura de Tognoni (1998), cuando afirma que los medicamentos solo deben existir como herramientas de servicio, donde el derecho a la salud sea priorizado con respecto a otros intereses.

El psiquiatra/psicoanalista de la institución planteaba una postura un tanto más crítica donde expresaba; *“Los psicofármacos cada vez tienen más presencia en la vida cotidiana de los chicos. A veces, esta presencia llega acompañada por un criterio inteligente, cuando viene a partir de un abordaje psicoterapéutico. Pero cualquier enfermedad que sea tratada con psicofármacos como única intervención en la vida de un chico, puede considerarse iatrogénica, es decir, responsabilidad del médico...”* y continua; *Muchos profesionales tienen la tendencia a generar una serie de proyecciones, en general catastróficas, que terminan siendo atemorizantes para los padres. Dicen cosas, como: “Este chico va a tener de por vida tal cuadro y tal medicación va a ser imprescindible”. En estos casos, el chico pasa de padecer un síntoma a ser el síntoma. También es muy común que en muchas aulas se escuche a las maestras decir: “Tengo un ADD”, con lo cual se pierde algo de la singularidad del chico, se dejan de lado cosas tan importantes como el lugar que tiene el niño en la familia, la situación de sus padres, las fantasías del niño, las cosas que lo asustan etc.*

Este fenómeno también es considerado por Cochrane (1991), cuando afirma que en algunos casos las manifestaciones abiertas de los problemas psicológicos son consideradas como meros indicadores de otra cosa que subyace por debajo de ellas. Se las considera como síntomas que facilitan la realización de un diagnóstico, pero no son pensadas en sí mismas como un problema, dejando escapar la particularidad de la persona. Según el autor, esta forma de operar de los agentes de la salud es producto de la hegemonía de un modelo médico que piensa a las enfermedades mentales en analogía a las físicas. También se lo puede enmarcar en lo que Conrad (2007, citado por Cannelloto & Luchtenberg, 2008) denomina como *medicalización*, entendido como un abuso de la concepción biologicista, donde problemas no-médicos pasan a ser definidos y tratados como problemas médicos, ya sea bajo la forma de enfermedades o trastornos, esto conlleva a centrar excesivamente la atención en las soluciones farmacológicas.

Como se ha mencionado, este tipo de prácticas parten de una concepción biologicista (Alcantara, 2008) y como reconoce Galende (2008) se genera una relación contradictoria y antagónica entre las propuestas de una comprensión bio-psico-social de la salud mental y la utilización generalizada del psicofármaco.

Otro aporte al respecto lo ofrecía el Psicólogo del programa cuando informaba: *En los tiempos de hoy la medicación parece entrar en la lógica de una sociedad consumista, de querer todo ya y no respetar los procesos de las cosas*. Con este aporte, se abre la posibilidad de otra línea de análisis, el de una sociedad consumista en donde las políticas de salud se deslizan hacia el concepto de mercado de la salud (Stolkiner, 1994). El mercado, concebido como mercado total, es decir, como la base de la producción de la sociedad neoliberal, no solo abarca todos los ámbitos de la vida social, sino que se sustenta en el mito del crecimiento sin fin (Guinsberg, 2004). Ahora, esto trae las consecuencias de que en la práctica, los seres humanos terminan siendo definidos como consumidores de bienes de todo tipo. Esto lo expresaba uno de los profesionales cuando explicaba sobre como en las sociedades actuales se ha perdido el rol que ocupaba la familia como dadora de subjetividad, quedando la construcción de la misma a merced de los medios de comunicación; *La familia ha ido perdiendo progresivamente las funciones que la hacían una microsociedad. En la actualidad, la socialización de los niños transcurre cada vez más fuera de la esfera doméstica. Esto hace que la familia deja pues de ser una institución y los padres guían cada vez menos*.

Ese espacio es colonizado por los medios que invaden la cotidianeidad y ponen en evidencia las múltiples fuentes que gravitan en la crianza y la educación. Lo que a veces resulta abrumador. Si te das cuenta, esta contraposición de tendencias es representada en la tapa del DNI, donde formar parte del Mercosur como consumidor está por encima de ser ciudadano argentino. Este contrapunto entre ciudadano-consumidor produce dos subjetividades distintas. Mientras la subjetividad del ciudadano se conforma a partir de la Familia, la Escuela y detrás de ellas el Estado Nación, la subjetividad mediática que viene arrinconando a la primera, es producida por los medios de comunicación. Esto hace que nuestra subjetividad ya no alberga solamente los arroyos y mimos, los olores, las voces, los nombres y apellidos. También ha sido colonizada por las marcas. En otras palabras, el consumo ha pasado de ser una mera adquisición de bienes y/o servicios, a ser un proceso sociocultural de construcción de la propia identidad mediante la apropiación y uso de los productos. Esta forma de concebir a las personas, conlleva a que sean vistas como permanentes consumidores potenciales. En consonancia, Galende (2008) comenta que la globalización de la economía ha irrumpido con gran ímpetu en los últimos treinta años, cuyo efecto mayor ha sido el ingreso al mercado y al consumo como valores idealizados para la construcción de las sociedades. Estos valores penetran en la subjetividad de los individuos estableciéndose como los nuevos parámetros que persiguen los sujetos. Según Correa y col (2008), cuando la salud entra en esta dinámica mercantilista, de una sociedad consumista, la enfermedad mental se convierte en un problema de ajuste del tratamiento psicofarmacológico y no en una realidad que es también biográfica, familiar, social, económica y política. En definitiva, esta ruptura entre ciudadano de derechos versus consumidor de productos, característica de las sociedades modernas puede ser descrita a partir del concepto de *modernidad líquida* brindado por Bauman (2002). Se entiende como el estado fluido y volátil de la sociedad actual, sin valores demasiado sólidos, en la que la incertidumbre por la vertiginosa rapidez de los cambios ha debilitado los vínculos humanos. Lo que antes eran nexos potentes ahora se han convertido en lazos provisionales y frágiles.

En este punto resulta adecuado el aporte de Galende (1997) cuando comenta de la importancia de elevar la mirada de la “microscopia” clínica, para comprender aspectos de la cultura y la vida social. Según el autor, este análisis permite entrever valores en la producción de la subjetividad, lo cual resulta fundamental no solo porque permite

comprender rasgos de los pacientes con la cultura, sino también como ésta impregna la propia subjetividad de los terapeutas. Una toma de perspectiva es saludable, el psiquiatra/psicoanalista del programa utilizaba el término de *determinaciones de época* para describir estos aspectos culturales que son productores de subjetividad, y se expresan como modos de ser de los chicos/adolescentes. Además, afirmaba que si no se atiende esta dimensión social se puede caer en un reduccionismo estéril. A modo de ejemplo decía; *cuando un chico está desatento, quizá no tenga un déficit de atención, sino un déficit de interés, de motivación: está con su cabeza en otra cosa. Plantearlo como déficit y decir que no hay atención y entonces lo que falta es dopamina, tratar de resolver el problema con una pastilla, es un reduccionismo peligroso.*

Continuando el análisis, sumado a una concepción reduccionista/biologicista de la salud, y a la lógica de una sociedad de consumo en donde la salud se convierte en un medio para el lucro de los mercados, se puede observar como esta noción encuentra su mejor aliado en la técnica (o el tecnocentrismo). Como menciona Stolkiner (1988) todo queda reducido a aspectos, rendimientos y diagnósticos. En consonancia, uno de los profesionales del programa mencionaba; *La técnica es “encantadora”. Miles de padres, docentes y profesionales creen que están contribuyendo, a través de ella al control sobre fenómenos de nuestra naturaleza -humana-. El pensamiento de la época lleva entonces a considerar que las múltiples manifestaciones de lo humano queden reducidas a la biología. Con lo que las nuevas formas históricas de la subjetividad, los chicos de hoy por ejemplo, son recogidas por la nosografía de un modo que las aplana.* En otras palabras, el problema del uso desmedido de la técnica consiste en que la subjetividad queda instituida, rígida, como de molde, entonces se pierde la singularidad y el espacio para las diferencias.

Sintetizando, el programa sostiene un uso responsable de la medicación, comprendiendo la salud como el estado bio-psico-social de una persona. Por lo tanto, se parte de una toma de perspectiva para observar el desenvolvimiento de “lo social” para comprender aspectos de la cultura que subjetivizan no solo a los pacientes sino también a los profesionales de la salud (Galende, 1997). En este análisis, se advierte que la medicación como herramienta para la salud ha quedado expuesta al devenir de una sociedad consumista, que responde a una concepción biologicista/reduccionista de la salud y es impulsada por la lógica de un sistema de producción –neoliberal- que concibe

a las personas como consumidores potenciales (Cannellotto & Luchtenberg, 2008). La comprensión sobre los *determinantes de época* como mencionaba uno de los profesionales, les permite a los responsables posicionarse en una postura ética con respecto a su función como agentes de la salud. En consecuencia, se pretende realizar un uso respondiendo exclusivamente a cada caso singular, acompañado de un proceso psicoterapéutico, un abordaje interdisciplinar y tomando como objetivo guiador la integración efectiva a la sociedad. Para lograr esta última se debe recurrir a un enfoque multidimensional de la persona, donde se asista no solamente desde lógicas individuales, sino también sociales y comunitarias. En este contexto, se realza la figura de los programas alternativos –extramurales- como alternativas que vienen a complementar los abordajes en salud mental.

5.3 Describir la condición de dispositivo extramuros del programa Cuidar Cuidando

En una de las entrevistas uno de los directores del programa comentaba; *Los dispositivos de este tipo -extramurales- no se proponen, ni deben leerse, como excluyentes. Por ejemplo, el Programa se realiza desde una institución pública como lo es el Hospital Carolina Tobar García donde coexisten diferentes modos de práctica e intervención, lo que podría denominarse como diferentes “corrientes de la vida institucional”. Así, lo asilar, lo tecnocrático y lo alternativo son parte de una heterogeneidad constitutiva de las instituciones del campo. La articulación con el “afuera” permite que se abran diversas formas de ayuda que la propia comunidad puede ofrecer atenuando una perspectiva exclusivamente médica con el consiguiente “hospitalocentrismo” que suele traer.*

Esto lo confirman Vasen y Massei (2006) cuando informan de la posibilidad de rescatar factores comunitarios que inciden positivamente en el proceso de la cura, es decir que es la comunidad misma la que participa en la creación de ambientes promotores de salud, dando lugar a una perspectiva multidisciplinaria en el estudio de los problemas y las estrategias de intervención.

Según Calveyra y col (2009) las prácticas extramurales solo pueden aparecer en el panorama de la salud mental cuando el imaginario significativo de las instituciones se

reconoce como incompleta para producir los efectos que pretende. Es decir, cuando reconoce sus limitaciones y por tanto debe recurrir a otros recursos que se encuentran afuera de los muros de las instituciones.

En consonancia, una de las terapistas ocupacionales del programa expresaba que este tipo de programas complementan las intervenciones en salud mental, porque según ella; *no nos olvidemos de la definición de salud como el bienestar bio-psico-social de una persona, aquí completamos esa definición, no estamos en la parte de tratamiento sino en la parte de rehabilitación que tiene que ver con la integración social de una persona. La intervención desde el programa consiste en una de las últimas etapas del proceso de rehabilitación, toda la parte de tratamiento, internación, y hasta las primeras etapas de la rehabilitación se pueden realizar dentro de un hospital, pero este es el último paso para finalizar la rehabilitación e integración social.* En otras palabras, este tipo de prácticas tienen una importancia trascendental ya que articulan el mundo institucional con el mundo real, generando una suerte de espacio intermedio o de puente.

En consecuencia, esto permite pensar este tipo de dispositivos como *espacios transicionales* al modo de Winnicot (1999). Este concepto ilustra adecuadamente la incorporación de este tipo de espacios en el campo de la salud mental. Se plantea entonces una situación paradójica, donde estos espacios no pertenecen ni a “un adentro” ni a “un afuera”, sino a ambos simultáneamente. Por una parte no pertenecen al dominio de la salud mental en términos institucionales por estar fuera del dominio –muros-, pero a su vez están incorporadas al campo de la salud mental, por tanto formarían “un parte”. Además, es un afuera donde hay trabajadores capacitados en disciplinas de salud mental, entonces es un afuera que tiene algo de adentro. En definitiva y como expresaba la Terapeuta Ocupacional, es un “dentro fuera” que persigue el objetivo de la rehabilitación a la vida social de esta población.

La importancia de este espacio intermedio era expresada por uno de los profesionales cuando decía; *La importancia crucial era la de sacar a los chicos del ambiente institucionalizado, sería muy diferente –y es con lo que nosotros no acordamos– llevar animales al hospital y poner un mini zoológico o una mini granja en el hospital. Eso para nosotros sería un error craso, porque lo que haríamos sería institucionalizar a los animales y no sacar a los chicos de las instancias de institucionalización que si se*

eternizan los dañan, así como también dañan a los profesionales cuando están eternizados en las instituciones, estas te tragan. Creo que el punto es armar un afuera, un afuera que es transicional.

Ahora, si bien el objetivo fundamental del programa gira en torno a la idea de la integración social, y para ello se ubica en un *espacio transicional*, favoreciendo no solo una recuperación clínico-psiquiátrica sino también la posibilidad de crear nuevas identidades sociales (Vasen y Massei, 2006), cuando se habla de la población con Trastornos Mentales Severos hay que tener en cuenta que se trata de la población con más dificultades para reinsertarse efectivamente en sociedad. Esto era explicado por una de las terapistas ocupacionales cuando decía; *la idea es que en un futuro puedan ingresar a un espacio competitivo de la sociedad que es limitado porque las condiciones laborales de nuestro país nunca son las mejores. Imagínate, si le cuesta conseguir trabajo a una persona sin estos problemas, ahora, este tipo de población con la que nosotros trabajamos - la psiquiátrica- es la más difícil de reinsertar, cuando ven que son pacientes psiquiátricos los “bochan”. Porque es verdad, la gente tiene prejuicio de que los pacientes psiquiátricos se pueden descompensar.* En consonancia el Psiquiatra/psicoanalista del programa mencionaba; *Esto dificulta el retorno a la vida social que nunca es sencillo. Sobre todo en una época donde la crítica a la institucionalización coexiste con la necesidad de crear alternativas que “alojen” y contengan hospitalariamente a quienes quedan desafiliados y excluidos de los beneficios de una integración social plena.*

Es de esperarse entonces que muchas veces el objetivo real de integración a un puesto competitivo en la sociedad no logre conseguirse. Aun así, el programa ofrece la posibilidad de fortalecer valores como la autoconfianza y atenuar los efectos que la institucionalización suele imprimir en esta población. Este tipo de abordaje y sus consecuentes beneficios son los que promueve la nueva ley en Salud Mental (2010), en el artículo 9 se decreta que el proceso de atención debe realizarse fuera del ámbito de internación hospitalario, a partir de un abordaje interdisciplinar y promoviendo la restitución y creación de lazos sociales.

Es muy esclarecedor el aporte de uno de los profesionales sobre la posibilidad de generar mayor autoconfianza en este tipo de prácticas extramurales; *les permite generar más autoconfianza, inclusive ha habido chicos que se les ha ocurrido la idea de*

estudiar alguna carrera o tecnicatura, ya que este espacio les permitió reconocer potencialidades propias y la posibilidad de desarrollarse como adolescentes comunes y corrientes. El programa sirve para desarrollar capacidades y habilidades tanto manuales, de destreza como también sociales, es un espacio que apunta siempre a lo comunitario, a lo grupal. Cuando derivan a los chicos justamente el objetivo es trabajar el vínculo, la socialización, saben que el espacio es grupal y que apuntamos a eso, y en este tipo de pacientes, el vínculo siempre está alterado, está interrumpido entonces hay que volver a trabajar sobre eso y este es un espacio ideal para ello. El trabajo también ayuda a devolverles la autoconfianza, se reconocen que pueden hacer cosas, además, desarrollar la responsabilidad los obliga a cumplir horarios, a firmar una planilla, a viajar solos, a vestir la indumentaria adecuada, a estar con el cuidador que sería como estar con un superior, y aceptar las ordenes. Lo cual no es una labor menospreciada, si entendemos que muchos chicos justamente tienen dificultades para aceptar normativas y esto, sumado a que juntos cuidan a un tercero –animales-, les facilita empezar a aceptar las normas y desempeñarse en una instancia de trabajo. En definitiva, toda la experiencia es favorecedora para la formación de nuevas identidades, algunas vinculadas a cuestiones vocacionales.

Otra línea de análisis permite observar cómo; cuando se emprende este camino alternativo se pueden rescatar valores inesperados de la cultura que inciden positivamente en el tratamiento de esta población (Trastornos Mentales Severos). Valores cuya obtención es impensable dentro de los “muros” (de las prácticas hospitalarias y hegemónicas). Particularmente el zoológico ofrece un aspecto que se constituye como un elemento fundamental: los animales. Calveyra y col (2009) hablan de la movilización de potencialidades que se encuentran en la trama social y simbólica.

El psicólogo mencionaba sobre la utilidad de los animales en el programa; *El tema de los animales es algo fundamental que permite el desarrollo de la ternura, la posibilidad de cuidar a un ser indefenso, a su vez, de relacionarse con un ser sin lenguaje, en una relación “para-verbal”, que no está mediada por la palabra. Obvio que la palabra también sirve, pero a veces genera una reacción ansiogena, además el animal se ubica en un lugar de terceridad en el vínculo que establece el chico con el cuidador, entonces el animal permite disminuir la ansiedad que genera establecer un nuevo vínculo. El tener que cuidar “entre los dos” a alguien, disminuye esta ansiedad. Por lo tanto es*

favorecedor de lo que nosotros llamamos una relación “fuera de serie”, es decir, no seriada. Según se ha visto hasta aquí, esta relación -no seriada-, que quiere decir que no está previamente establecida, sin roles pautados (no es una relación: médico-paciente) esta mediada por los animales, es espontánea y se constituye en un vínculo de aprendizaje entre el cuidador y los aprendices. Esto permite el intercambio en un encuentro comunitario, en consecuencia, este vínculo facilita un modo de relacionarse donde los adolescentes pueden formar nuevas identidades sociales. Según el Psicólogo, este encuentro “social” produce los efectos terapéuticos que genera la participación en el programa.

Otro aporte sobre la importancia de los animales lo realiza el psiquiatra/psicoanalista del programa; *El animal pasó a funcionar como una alteridad, una terceridad, una fuente de misterio, de curiosidad, de proyección. Un chico que le tiene miedo a un pato es porque está proyectando en el animal otra figura. Poner algo intermedio entre el pato y él como puede ser un alimento, da cuenta de la posibilidad de poder atender a la demanda del Otro con una intermediación.*

Habiendo detallado la utilidad de los animales en este dispositivo, resulta interesante la función proyectiva que ocupaban en el discurso de Hugo, uno de los adolescentes del programa. Hugo es un paciente psiquiátrico, en la actualidad se encuentra internado en un Hospital Público de la ciudad de Buenos Aires, y es diagnosticado con Retraso Mental Leve. Durante la entrevista comenzó a mostrar gran sensibilidad con los animales, incluso menciona que su sobrenombre “chico palomo” surge a partir de su gran conocimiento acerca de la conducta de las palomas. Tomando en cuenta su gran pasión por las aves, coherentemente se lo fue asignado a desarrollar las actividades en el recinto de “pajarera”. En la entrevista relata; *“me encanta venir al zoo y trabajar, pero me da pena de los animalitos, me pone mal, están todos encerrados. Los humanos somos tan egoístas que les quitamos su libertad”*. Posteriormente, cuando se le preguntó acerca de su situación en el Hospital, sobre cómo se encontraba y como se sentía, decía; *“y algunas veces bien otras no tanto, pero la verdad es horrible estar encerrado a veces siento que la sociedad me c... que perdí mi libertad y me dan ganas de llorar”*. Resulta evidente que sumado a su gran sensibilidad por los animales, el malestar de Hugo se anudaba a la identificación que sentía con los animales en condición de encierro, y esto era expresado proyectivamente. De alguna manera, los

animales le permitían mediar y expresar ese malestar que le surgía al sentirse “encerrado” en la internación hospitalaria.

Resumiendo, estas prácticas extramurales promueven la recuperación de la subjetividad de la población con Trastornos Mentales Severos a través del desarrollo de actividades culturales y laborales. Como mencionan Correa y col (2008), se pretende devolver la palabra a los afectados, crear condiciones donde surjan posibilidades para la integración real al cuerpo social, superar el modelo de “vida tutelada” y cronicidad que conforma la realidad de gran parte de estos actores. Estas prácticas extramurales rescatan espacios no convencionales y se valen de factores inesperados de la cultura que inciden positivamente en el tratamiento de esta población, principalmente atenuando los efectos que la institucionalización suele imprimir (Vasen & Massei, 2006). Todo ello se inicia a través de la creación de *espacios transicionales* que funcionan como un puente entre la vida institucional y la realidad social, generando la posibilidad de construir nuevas identidades y el desenvolvimiento de potencialidades personales, técnicas, como también sociales.

CONCLUSIONES

Tomando como punto de partida el objetivo general del trabajo se puede afirmar que se ha conseguido describir y analizar el Programa elegido en tanto dispositivo alternativo en el abordaje de la población infanto-juvenil con Trastornos Mentales Severos (TMS). En primer lugar, el programa se ha planteado como una experiencia alternativa en el campo de la salud mental al ofrecer una modalidad novedosa e incipiente en el tratamiento de esta población. A su vez, se ha debido redefinir la condición de -alternativo- ya que la definición ofrecida por la Real Academia Española (2001) plantea esta condición como: *actividades que se contraponen a los modelos oficiales comúnmente aceptados*. A diferencia de ello, los profesionales del programa han dejado en claro que lo alternativo del programa no se contrapone con lo hegemónico en salud mental, sino que surge para complementar el abordaje. En otras palabras, plantean la coexistencia de diferentes "corrientes de la vida institucional", en donde lo asilar, lo tecnocrático y lo alternativo formarían parte de una heterogeneidad constitutiva de las instituciones del campo.

Ahora, pasando a la concepción de salud que sostiene el Programa se la comprende como el estado bio-psico-social de una persona. Por lo tanto, y tomando como punto de partida la multidimensionalidad de la misma, es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen entre sí para ofrecer un abordaje integral. Esta forma de abordar la salud es denominada interdisciplina (Alcántara, 2008). El Programa se funda en el ejercicio de la interdisciplina y tiene como objetivo principal la integración social de esta población (TMS). Asimismo, cuando se parte de esta concepción de salud se promueven estrategias holistas que no solamente apunten hacia lógicas individuales, sino también institucionales, sociales y comunitarias. En este lugar se sitúa el Programa, en un espacio comunitario que se plantea como puente entre la vida institucional y la integración social, favoreciendo la unión entre la cura y la rehabilitación psicosocial. Esta forma de abordar la salud está legalizada en las nuevas leyes de Salud Mental aunque no se haya trasladado a la realidad como nuevas formas de accionar en el campo.

La concepción sobre el uso de la medicación que sostiene el Programa se desliza de la concepción de Salud de la que parte. En consecuencia, este enfoque bio-psico-social enfatiza la promoción de herramientas, no solamente biológicas y psicológicas, sino también sociales. En este punto, se advierte la contradicción entre la difusión de un enfoque multidimensional de la persona y el uso desmedido y generalizado de los psicofármacos, comprendiendo que no es lo mismo prescribir medicamentos con criterio científico y pertinente, que medicalizar la vida. Por una parte, esto es debido a la hegemonía de un modelo médico difundido y aceptado socialmente, y por otra, por el ingreso de la salud en el mercado en donde las personas son vistas como consumidores potenciales de todo tipo de productos. Por lo tanto, y desde una postura ética, el Programa va a promover un uso responsable de la medicación, enfocado en cada caso singular, acompañado de un proceso psicoterapéutico, un abordaje interdisciplinar y tomando como guía el objetivo de la integración social.

Por último, la condición de dispositivo en salud mental extramuros del Programa Cuidar Cuidando responde a la necesidad de crear alternativas en el camino de la integración de la población con TMS. Desde esta perspectiva, el Programa se va a situar en un *espacio intermedio* creando las condiciones reales donde surgen posibilidades para la integración positiva a la sociedad. Estas prácticas extramurales rescatan espacios no

convencionales y se valen de factores inesperados de la cultura que inciden positivamente en el tratamiento de esta población, principalmente atenuando los efectos que la institucionalización suele imprimir (Vasen & Massei, 2006).

El desarrollo del trabajo no ha estado exento de dificultades, fundamentalmente provenientes de limitaciones teóricas en el campo. La diversidad de corrientes psicológicas en salud mental implica un amplio abanico de conceptualizaciones donde las definiciones resultan de una labor compleja y polivalente. En el caso de la *salud mental* como constructo se ha advertido que paradójicamente aunque sea un término tan utilizado, inclusive como denominación de una disciplina su delimitación conceptual no es muy precisa, e incluso para muchos resulta una labor imposible. Por otra parte, la conceptualización sobre las *corrientes alternativas* tampoco ha resultado de una labor fácil, en este caso el motivo ha sido la escasez de definiciones, quizás esto sea debido a su reciente aparición en el campo de la salud mental.

El presente trabajo ha permitido realizar una lectura panorámica del ámbito de la salud mental en las sociedades modernas. Este análisis ha llevado a profundizar el desenvolvimiento de "lo social", de desentrañar los valores que constituyen el sentido epocal, esto ha derivado en una reflexión ética que permita encontrar aquellos valores que marcan la vida en el actual contexto histórico, para poder desde allí, encarar la acción profesional.

En la actualidad se advierte la condición de una sociedad líquida (Bauman, 2002), sin valores sólidos, expuesta a las leyes del mercado, a la presión que ejercen los laboratorios para imponer sus productos, a la prolongación de la vida humana, al modo de vida de las grandes ciudades, a la medicalización de la sociedad, al control de los cuerpos ejercido desde los Estados, y muy fundamentalmente a lo poco o nada que vale la vida humana. En este contexto, cabe reflexionar sobre la vigencia de la pregunta por la ética, específicamente en relación a las prácticas de la salud de hoy. Replantear el cuestionamiento por la ética en salud mental ha sido una de las derivaciones que han surgido a partir de la elaboración del presente trabajo. Es imperiosa una toma de conciencia sobre los determinantes de época, reflexionar y actuar sobre las patologías sociales, producidas por los modos de vida (economía liberal de mercado, sociedad de consumo, desempleo, exclusión, miseria, pobreza etc.). En estos tiempos, si no se adquiere una mirada crítica, los agentes de la salud pueden convertirse en un mero

eslabón del sistema de producción neoliberal. Por esto mismo, una reflexión ética es indispensable, entendiendo la ética como una toma de posición que puede justificarse, una concepción del mundo y de la vida.

A su vez, esta postura ética también promueve el reconocer a la población con problemáticas mentales como sujetos de derecho y no como meros objetos de asistencia, de reconocer al sufriente como un humano enfermo, y no como una especie de entidad que ha perdido su racionalidad, y por tanto su condición de ser humano. Desde un paradigma racionalista se supone que la locura es en el hombre la desaparición de su humanidad, entonces desde esta lógica se despliegan las acciones que se dirigen a todo lo inhumano ¿Encierro o eliminación? Detrás de esta lógica dualista, de la razón contra la locura, se han legitimado numerosas prácticas en salud mental. Ahora, diferente es partir de una definición positiva de la humanidad del hombre, donde el humano, además de un cuerpo biológico, es un modo de subjetivación que lo hace tener un proyecto, una necesidad de crear sentidos que den continuidad a un pasado, un presente y un futuro. Un ser autónomo con capacidad de autodeterminación y el derecho a decidir sobre las opciones de las que dispone como individuo. De esta manera, la locura es entendida como esa condición que bloquea momentáneamente la posibilidad de construir una subjetivación, pero ello no implica ni mucho menos que la persona haya perdido su humanidad. En definitiva, desde una postura ética se debe pensar al padecimiento psíquico como un proceso que impide este *ser sujeto*, pero nunca como algo definitivo, incurable, proscripto para siempre de su ser social.

A partir de aquí surge otra derivación importante, la necesidad de proteger a las personas con disminución de su autonomía, no solo en función de la contención, sino también trabajando sobre sus derechos, sin caer en un optimismo idealista que niegue o invisibilice su fragilidad real. Esto implica comprender la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino también permitir el despliegue de las potencialidades de las personas. De esta manera, pareciera que el desafío presente de la Salud Mental consistiría en promover un cambio paradigmático, una transformación en la concepción sobre la locura y por lo tanto de sus prácticas. En este punto y en forma de aporte resulta interesante comprender la locura a partir de un acercamiento analéctico (Dussel, 1973). Éste es un método propuesto por el filósofo argentino que implicaría una ruptura radical con las concepciones hegemónicas sobre la enfermedad mental. Como plantea el autor,

este modo de pensar es intrínsecamente ético, en el sentido que cuando se piensa a una “otredad”, en este caso la locura, se debe partir de la aceptación del otro como otro, es decir, su categoría propia es la de exterioridad, su principio no es el de identidad sino el de distinción. "La aceptación del otro como otro, significa ya una opción ética, una elección y un compromiso moral: es necesario negarse como Totalidad y afirmarse como finito..." (p. 115). Con este acercamiento hacia la locura, se pretende recuperar la voz del otro, es una postura ética porque no se imponen las propias concepciones racionales sobre la locura, esta última, es una postura que como indica Foucault (1967) es un residuo del paradigma moderno, una época fundada a partir de la idealización de la razón y del rechazo de su contraparte la locura, y parece corresponder más a una relación de dominación que de verdadera comprensión sobre el fenómeno de la enfermedad mental.

En consecuencia, resulta adecuada entonces la generación de espacios para la integración de las personas con debilidades subjetivas a la sociedad, de rescatar su voz, de promover sus potencialidades y ofrecer espacios en la vida social y la cultura. En este contexto, y en consonancia con el desarrollo del trabajo, puede plantearse que las prácticas alternativas ofrecen una posibilidad viable en pos de este objetivo en salud mental y, por lo tanto, es esencial que se promuevan con mayor apoyo estatal para afianzar la democratización de las mismas.

Para finalizar y en forma de aporte personal, el camino teórico/práctico emprendido en el desarrollo del presente trabajo ha permitido profundizar la realidad histórica del ámbito de la salud mental. Este acercamiento ha producido una rectificación vocacional en el estudiante en vísperas de la finalización de la carrera, potenciando además, el interés de intervenir desde la acción. Al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poco, es la única manera de probar que la realidad es transformable.

7. Referencias Bibliográficas

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Redalyc, Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 94-105.
- Amarante, P. (2001). *Loucos pela Vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora
- Artigas, P, J. (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Rev. Neurol*, (52), 59-69.
- Barcala, A., Torricelli, F., Brio, C., Vila, N., & Marotta, J. (2007). Características de los servicios asistenciales para niños/as con trastornos mentales graves en la ciudad de Buenos Aires – Argentina. *Revista Investigaciones en Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. (3) 7-24.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Briceño, L, R. (2000). *Bienestar, salud pública y cambio social*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Cabrera, H, A. (2007). *Programa de Trastornos Mentales Graves*. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. Imprenta Moreno – Montijo.
- Calveyra, S., De Gemmis, V., Massei, H., Papiermeister, A. & Vasen, J. (2009). *Del invento de la herramienta*. Editorial: Polemos.
- Cannellotto, A. & Luchtenberg, E. (2008). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Buenos Aires: Secretaria de Programación para la prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/>.

- Carpintero, E. (2011). *Topia, Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*. Recuperado de: <http://www.topia.com.ar/articulos/ley-nacional-salud-mental-analisis-y-perspectivas>
- Carvajal, J, I. (2010). *Hacia una Medicina con Alma, el horizonte de la síntesis*. Medellín, Colombia: Editorial: Viavida.
- Carvajal, J, I (2012). *Un Arte de Curar*. Medellín, Colombia: Editorial Gente Nueva.
- Cochrane, R. (1991). *La creación social de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Nueva Visión, SAIC.
- Collazos, M. V. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental. *Salud mental*, 30(2), 75-80.
- Correa Urquiza, M., Silva, T., Belloc, M., & Martínez Hernández, Á. (2008). La evidencia social del sufrimiento. *Salud mental, políticas globales y narrativas locales. Quaderns De L'Institut Català D'Antropologia*, (22), 47-69. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042/20108>
- Dussel, E. D. (1973). *América Latina: dependencia y liberación*. Fernando García Cambeiro.
- Empresa Social, La Huella (s,f). *¿Qué es la huella? y Marco institucional*. Buenos Aires: Recuperado de: <http://lahuellaescritosyconceptualizaciones.blogspot.com.ar/>
- Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (2010). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Versión Electrónica]*, (28) (2) ,183-184. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000200011&lng=en&nrm=iso. ISSN 0120-386X
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, Vega, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud: reseña histórica. *Salud Pública de México*, 44(3), 258-265. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000300010&lng=es&tlng=es.

- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar.
- Hermosilla, A. M., & Cataldo, R. (2013). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2) 134-140.
- Hospital Carolina Tobar García (2009). *Programa Cuidar Cuidando*. Buenos Aires: Recuperado de: http://blogsdelagente.com/comunidad-tobargarcia/2009/09/13/programa-cuidar-cuidando/?doing_wp_cron
- Lellis, M. & Rosseto, J. (2009). Cien años después: Transformaciones de una institución asilar en la República Argentina. *Eä* (1) (1) Recuperado de: <http://www.ea-journal.com/art/Transformaciones-de-una-institucion-asilar-en-la-Republica-Argentina.pdf>
- Lessof, L. (1997). *Care in the community: Illusion or reality?* J. P. Leff (Ed.). Londres: Wiley.
- López, M. & Laviana, M (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* [Versión Electrónica], 27(1): 187-223. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352007000100016>
- Loubat, M., & Magaña, I. (2005). Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile: Una Experiencia de Reestructuración Inspirada en los Modelos Biopsicosocial y de Salud Pública. *Revista de Psicología*, 14(002).
- Marx, K. (1980). *El capital. Crítica de la economía política*. Madrid: Siglo XXI

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM IV- (1995). *American Psychiatric Association*. Fourth Edition. Masson. S.A; Barcelona.
- Menéndez E, L. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es.
- Navarro, V. (1998). *Concepto actual de la salud pública*. Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Olivera, A. (2005). La Colifata, radio terapia des-estigmatizante. *Interrogant*, (6), 60-66.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Versión Electrónica]. Recuperado de: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Pérez P, J (2003). Eficiencia en el uso de los medicamentos. *Rev Cubana Farm* [Versión Electrónica] ,37(1): Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152003000100004&lng=es
- Pérez P, J (2004). Dos enfoques sobre los medicamentos y la industria farmacéutica. *Rev Cubana Salud Pública* [Versión Electrónica] ,30(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400007&lng=en
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. (22 ed.). Madrid, Spain; Author.
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta [Versión Electrónica]. *Salud colectiva*. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-8265
- Salud Publica Ley 26.657 (2010). Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. *Infoleg, información Legislativa*.

Ministerio de Economía y Finanzas públicas. Recuperado de:
<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

- Stolkiner, A. (1988). Practicas en Salud Mental. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 6(1): 31-61.
- Stolkiner, A. (1994). *Tiempos “posmodernos”: ajuste y salud mental”* en O. Saidón, P. & Trianovski (Eds.) Políticas en salud mental. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tognoni G. (1998).La cultura del medicamento. *Medicamentos y Salud*, 2(1):24.Prólogo: En: Marchand B. Buscando remedio. Managua AIS:VII.
- Vasen, J. & Massei, H. (2006). Reinserción social en adolescentes a través del programa “Cuidar-cuidando”. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, (17) 433-439.
- Winnicott, D.W. (1999/1951). *Objetos y fenómenos transicionales*. En J. Beltrán (Trad.). Escritos de Pediatría y Psicoanálisis, (1ª Reimpresión). España: Paidós.