

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Programa Cuidar Cuidando

Un programa integrador

Alumna: Analía Cecilia Terni

Tutora: Lic. Analía Brizzio

| | |
|--|---------|
| 1 Introducción | Pág. 3 |
| 2 Objetivos | Pág. 4 |
| 3 Marco teórico | Pág. 4 |
| 3.1 Salud Mental..... | Pág. 4 |
| 3.2 Políticas en Salud Mental..... | Pág. 6 |
| 3.3 Modelos Alternativos en Salud Mental..... | Pág. 10 |
| 3.4 Representaciones sociales..... | Pág.17 |
| 3.4.1 Representaciones sociales en salud/enfermedad..... | Pág. 18 |
| 3.5 Sistemas Complejos..... | Pág. 19 |
| 3.6 Abordajes interdisciplinarios..... | Pág. 21 |
| 3.7 Resocialización e Integración social..... | Pág.22 |
| 4 Metodología | Pág. 24 |
| 4.1 Tipo de estudio..... | Pág.24 |
| 4.2 Participantes..... | Pág.25 |
| 4.3 Instrumentos..... | Pág. 25 |
| 4.4 Procedimientos..... | Pág. 26 |
| 5 Desarrollo | Pág. 27 |
| 5.1. Introducción..... | Pág. 27 |
| 5.2. Definir los fundamentos del Programa..... | Pág. 28 |
| 5.3. Definir las representaciones sociales salud/enfermedad..... | Pág. 34 |
| 5.4. Describir las prácticas que promueve el dispositivo..... | Pág.38 |
| 6 Conclusiones | Pág. 41 |
| 7 Referencias Bibliográficas | Pág. 46 |

1 Introducción

La práctica de Habilitación Profesional V se llevó a cabo en el Programa Cuidar Cuidando en el Zoológico de la Ciudad de Buenos Aires, sito en la calle República de la India 3000, de la ciudad de Buenos Aires.

En el campo de la salud mental, el programa Cuidar Cuidando es un dispositivo alternativo tendiente a la integración social. El programa fue creado en 1990 por un conjunto de profesionales de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a través de un convenio con el Zoológico de la Ciudad de Buenos Aires.

El dispositivo tiene como objetivo la integración de niños y adolescentes con patologías emocionales severas, que reciben atención en hospitales de salud mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, centros de salud y también escuelas especializadas.

Los profesionales del dispositivo, conforman un equipo interdisciplinario en el que participan: psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos, terapeutas ocupacionales y acompañantes terapéuticos.

La práctica profesional que se realizó en el programa Cuidar Cuidando consistió en el cumplimiento de doscientos cincuenta horas semanales, estimadas en quince horas semanales.

Las actividades realizadas en el Programa Cuidar Cuidando consistieron en la observación de entrevistas de admisión de niños y jóvenes que ingresaron al programa. Otras de las actividades propuestas, fue acompañar a niños y jóvenes a los distintos recintos de los animales donde se realizaron tareas de limpieza y alimentación de animales. Una vez por semana, todos los integrantes del equipo realizaron: capacitación docente, reuniones ampliadas y una vez por mes supervisiones externas. Durante el período de práctica profesional, se mantuvo contacto directo con todos los niños y jóvenes del programa.

El tema elegido surge de la observación, participación y recolección de datos de las actividades diarias. Se analizará el programa, en tanto dispositivo alternativo en salud mental, y

sus fundamentos desde la concepción salud-enfermedad-atención que lo define como dispositivo de reinserción social-laboral.

2. Objetivos

El objetivo general de este trabajo fue analizar el Programa Cuidar Cuidando en el Zoológico de la Ciudad de Buenos Aires en tanto dispositivo alternativo en salud mental tendiente a la integración social.

Los objetivos específicos fueron:

Describir los fundamentos del Programa Cuidar Cuidando como dispositivo alternativo en salud mental.

Definir las representaciones sociales de salud-enfermedad de los profesionales que se desempeñan en el Programa Cuidar Cuidando.

Describir las prácticas que promueve el Programa Cuidar Cuidando.

3. Marco Teórico

3.1. *Salud Mental*

La Organización Mundial de la Salud (OMS), manifiesta que, la salud mental comprende las actividades relacionadas con el componente de bienestar incluido en la definición de salud que aporta la OMS: “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Dicha conceptualización, relaciona el bienestar, la

prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por diversos trastornos (OMS, 2009).

Stolkiner (2010), cuestiona esta definición y sostiene que está ligada a plantear la salud no como ausencia de enfermedad, sino como presencia. Plantea que debiera decir proceso y no estado. Para esto, esboza que la OMS surge al amparo de la ONU y su objetivo era que todos los países que constituían las Naciones Unidas puedan iniciar acciones mancomunadas para mejorar la salud mundial de la población y también tenía como objetivo la redistribución de recursos. Se trata simultáneamente, que en la fundación de un organismo internacional propone asumir la salud como un objeto complejo y como una responsabilidad social. Pensar en salud como estado de bienestar, es entrar en políticas de salud, provisión de agua potable, condiciones de vida digna, articulación entre políticas de salud y educativas, etc. Es decir que sobre esta definición, se planteará la problemática de salud no como atención de la enfermedad, sino como políticas sanitarias enmarcadas en estrategias preventivas.

Stolkiner (2010), propone el concepto de salud como un proceso complejo de determinaciones complejas y que no se mide como bienestar únicamente a diferencia de la definición de brinda la OMS: estado de completo bienestar biopsicosocial y no solo ausencia de enfermedad. Por eso sostiene que el concepto de salud es una noción que se construye permanentemente con sus prácticas. El campo de la salud es una práctica social, una imbricación de ideologías, teorías, acciones, formas institucionales y recursos, que adquieren una forma particular en cada momento histórico cultural.

Para Galende (1997), el campo de la salud mental es amplio y complejo, y aunque todavía se requiera de precisiones con respecto a sus alcances y límites, se puede afirmar que la salud mental debe considerarse como inherente a la salud integral y al bienestar social individual y familiar, grupos humanos, instituciones y comunidades. La atención en salud mental debe implementarse a través de diversas actividades fundadas en el saber de distintas disciplinas, que tienen como objetivos primordiales: fomentar, promover, conservar, restablecer y rehabilitar la salud mental de la población. Según este autor, la idea que sustentó la psiquiatría, de considerar a los trastornos psicológicos, como las demás enfermedades que trata el médico, fue mostrando su insuficiencia y debió ir dejando lugar a nuevas perspectivas. Es necesario, resituar los problemas

de las enfermedades mentales de la vida para fundar intervenciones más amplias sobre las condiciones de vida, de carácter más preventivo que asistencial, y atender a las fragilidades subjetivas por las que hacen su aparición las enfermedades mentales. Se trata entonces, de evaluar conjuntamente y colectivamente, las repuestas más convenientes. Es imprescindible aportar mayor racionalidad para el tratamiento de dichas enfermedades, asumiendo la obligación de los que fracasan o enferman, aportando conocimientos y esfuerzos de las poblaciones afectadas. Son las acciones colectivas la clave de los procesos de transformación social.

3.2. Políticas en Salud Mental

El siglo XXI se inicia con una nueva fase en el campo de la salud. Un signo de esta fase es la Declaración del Milenio, resaltando el problema de la inequidad y la pobreza en el mundo (Resolución 55/02 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).

Esta declaración establece Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), dirigidos a fundamentar las políticas de los países miembros, con miras a disminuir la desigualdad, la inequidad y atender problemas prioritarios en cada país. Este nuevo escenario, coincide con la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud de revitalizar la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como una condición esencial para alcanzar tales objetivos. Desde este marco, se apela a la noción de determinantes sociales en salud y se retoman conceptos integrales en Atención Primaria, para mejorar los servicios sanitarios en las poblaciones vulnerables y desfavorecidas. Así mismo, se exhorta, a contribuir a las mejoras de vida cotidiana que favorezcan la salud y el bienestar social a lo largo de la vida (OPS, 2009).

El año 2002, es declarado por la Organización Mundial de la Salud, año Internacional de la Salud Mental y como parte de ello, se anuncia el Programa Mundial de Acción en Salud Mental destinado a fortalecer y promover la implementación de cambios y acciones en los países miembros. Las propuestas de reforma psiquiátrica enuncian:

- Centrar la atención en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo y no en el de enfermedad mental
- Rectificar la representación de peligrosidad asociada a la reclusión
- Modificar reglas jurídicas al respecto
- Promover formas ambulatorias e integradas a la sociedad de atención a las patologías psiquiátricas tradicionales
- Trabajar sobre la producción social de padecimiento subjetivo en las esferas de la vida social comunitaria en actividades de promoción de la salud
- Incorporar la conceptualización de ciudadanía y de derechos como componente de la práctica curativa y preventiva
- Reconocer que la complejidad de la problemática implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial (OMS, 2002).

Barcala (2008) se expresa, acerca de las transformaciones que las políticas públicas han sufrido en la Argentina en la década de los 90, y observa el impacto en las características y la dinámica del sector salud. En ese momento, la ausencia de dispositivos que alojaran a niños/as con problemas emocionales severos, la fragmentación del sistemas, las derivas institucionales por los servicios, la ausencia de equipos interdisciplinarios y de coordinación entre distintas instancias públicas, vulneraron los derechos de los niños y adolescentes, y tuvieron como consecuencia el aumento de la estigmatización, de la medicalización y casi la duplicación de las internaciones psiquiátricas de niños/as en una década.

El retroceso económico, cultural y social de la época se acompañó del retroceso y la participación del Estado en la responsabilidad de las políticas sociales consensuadas, empeorando no sólo las condiciones de salud de los niños, sino que, el acceso a los servicios de salud se encontraban en progresivo deterioro, con el aumento de las barreras de acceso de niños/as con mayor vulnerabilidad. Los servicios de salud, se vieron entonces, desbordados por nuevas demandas, que surgieron en el seno de una crisis profunda en la configuración de las actuales

relaciones sociales y su impacto en la subjetividad. Por aquellos días, la única respuesta posible para la atención de trastornos graves, lo constituía el Neuropsiquiátrico Infantil Carolina Tobar García (Barcala, 2008).

Siendo los niños y adolescentes declarados o no insanos, son las únicas personas en la sociedad occidental actual, que no tienen derecho al ejercicio pleno de la ciudadanía. Si a ésta condición de menor, se le suma el hecho de estar institucionalizado en torno a un núcleo manicomial, se podría decir, que a estos niños y jóvenes, sus derechos les son doblemente expropiados (Stolkiner, 2010).

Es necesario, para Galende (1997), la coherentización de una política para el bienestar humano (físico, psíquico y social) tendiente a reforzar la posición de los enfoques sociales de la medicina. Esto produce una alianza estratégica de salud mental con medicina social, basada en una identidad de objetivos, sin medicalizar los problemas mentales. Ha de considerarse, por lo tanto, que la psiquiatría asilar, la del aislamiento, la que encierra y custodia al enfermo mental, no es sólo de la psiquiatría alienista, sino que requiere para su abolición definitiva, actuar sobre los conjuntos humanos y las configuraciones de poder. Cualquier política en salud mental que se proponga alternativas a la institución manicomial, debe actuar simultáneamente sobre el aparato estatal, el dispositivo psiquiátrico profesional y la conciencia social espontánea.

En la Argentina, la Convención de los Derechos del Niño se plasmó en ley en 1990 y fue incorporada a la Reforma Constitucional de 1994. En esa década, no obstante, el desempleo, la precarización del empleo y la disminución de los gastos sociales del Estado, impulsaron a la pobreza a numerosos grupos familiares, en su mayoría los de mayor natalidad, produciendo una generación de infancia de desamparo. Las familias incluidas en el mercado se vieron conmovidas por el impulso al consumo ligado a la satisfacción inmediata, que incluyó a los niños como actores. La Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2006) proveyó una herramienta para comenzar a des-instituir prácticas que todavía se fundamentaban en el ideario de la ley de Patronato de Menores y cuya evolución depende de profundos cambios de la cultura institucional y social, dado que se trata de revertir la representación misma del niño como objeto de cuidado o de control (Barcala, 2008).

En la ciudad de Buenos Aires, la Ley Básica de Salud N° 153 requiere que el gobierno de la ciudad impulse la desinstitucionalización progresiva de instituciones asilares. Para ello, la ley ordena implementar modelos alternativos en salud mental que se orienten a lograr la integración social, tales como casa de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día (Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153, 1999).

En el año 2000, en cumplimiento de la Ley N° 153, se aprobó la Ley N° 448. El objetivo de la presente ley, es garantizar el derecho a la atención de la salud mental, y hace un llamado a la desinstitucionalización y a la rehabilitación y reinserción social de las personas institucionalizadas (Ley N° 448, artículos 12 y 13ª, 2000). La Ley N° 448, que en el artículo 3 establece los derechos humanos específicos de las personas con discapacidades mentales, busca transformar el modelo asilar y promueve servicios comunitarios de salud mental (Ley N° 448).

La legislación Argentina posee una legislación federal en salud mental. En este sentido la ley N° 25.421 adoptada en el año 2001, determina que las personas tienen derecho a recibir atención de salud mental dentro de los servicios de atención primarios, y prevé que las personas con enfermedades mentales deben ser rehabilitadas y reinsertadas socialmente. Esta ley permitió la creación del Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, designando al Ministerio de Salud de la Nación como organismo de aplicación de la ley. Sin embargo, hasta la fecha, el gobierno federal no ha reglamentado dicha ley (Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, 2001).

A partir del año 2008, se produjo una articulación intersectorial entre la Dirección General del Niño y el Adolescente, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social del GCBA, y el Programa de Atención Comunitaria de niños /as con Trastornos Mentales Severos, dependientes de Salud Mental. Dicha articulación está orientada hacia la mejor atención en salud mental de los niños/as y adolescentes alojados en hogares de atención especializada.

La sanción, a fines de 2010, de la Ley Nacional N° 26657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental constituye una valiosa herramienta para el logro de una necesaria reforma en las prácticas en salud mental en Argentina. La ley señala, que las personas usuarias del servicio de salud mental, deben acceder en forma gratuita y equitativa, y su atención, debe realizarse

preferentemente, por fuera del ámbito de la internación, en el ámbito de un marco interdisciplinario e intersectorial. Prohíbe la creación de nuevas instituciones psiquiátricas y el cierre progresivo de las ya existentes (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

3.3 Modelo Alternativo en Salud Mental

Para realizar el estado actual del tema, se han considerado dos experiencias alternativas en salud mental, vinculadas con la desmanicomialización o desinstitucionalización. Una, llevada a cabo en Trieste, Italia, en 1978 cuyo referente principal es el Dr. Basaglia; y la otra, realizada en Bonneuil, Francia, en 1969, a cargo de M.Mannoni. En el primer caso, existen dos estudios que evaluaron el impacto de la Reforma en la sociedad. Sin embargo, el material encontrado sólo relata la realización de dos encuestas (1980, 1984). Ambas arrojan un balance positivo de la misma, pero no se extienden sobre las modalidades metodológicas de los estudios. Las experiencias latinoamericanas –Argentina, 1969, 1984; Brasil, 1974, 1986; Colombia, 1977; Costa Rica, 1965; Honduras, 1974; Panamá, 1977-1980– y europeas –España, 1984; Italia, 1978– relacionadas con la desmanicomialización y la salud mental comunitaria. Estas experiencias cuestionan el modelo médico hegemónico y al paradigma de las instituciones totales, pero resaltan la importancia del vínculo con la comunidad en la resolución de los problemas mentales. Asimismo, consideran los conceptos de rehabilitación psicosocial, los roles de los trabajadores de la salud, la concepción de usuarios en lugar de pacientes, sin que ello implicara el desconocimiento de las particularidades de cada uno en los procesos salud/ enfermedad/atención (OPS, 1990).

La única referencia es entonces, el modelo creado por Basaglia (1979), en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Italia. De alguna manera, la desinstitucionalización que propone este autor, es reformar desde lo interior, trabajando dentro de las instituciones que en el tiempo

tienden a cerrarse en sus reglas ya desproporcionadas, para modificarlas o anularlas, defendiendo así los derechos de los ciudadanos. La estrategia de la desinstitucionalización prevé varios niveles: el cultural científico, el organizativo y el nivel de las relaciones humanas. El primer nivel, considera la enfermedad psiquiátrica dentro de la persona, pero no tanto en sus genes y no es biológica (esta interpretación favoreció la cronificación), es más bien un disturbio muy complejo, que implica muchas causas, necesidades insatisfechas a nivel somático, psicológico, social, cultural; y entonces precisa de soluciones más complejas que las médicas.

A nivel de la organización institucional, Basaglia (1979), primeramente construyó un grupo de médicos sensibles a problemas científicos, institucionales y humanos. Junto con ellos empezó a transformar el papel de los enfermeros, de porteros-llaveros a personas que hablan con los pacientes y se transforman en agentes de relación terapéutica; esto fue posible a través de una capacitación teórico-práctica, trabajando siempre junto a ellos. Después de una huelga de los enfermeros, todavía limpiadores de los pabellones, Basaglia (1979), generó la posibilidad de que los pacientes ayudaran en la manutención, transformarse en trabajadores, creando una cooperativa con las mismas reglas económicas del mundo laboral, sin dejar de vivir dentro del hospital (nació en 1973 la Cooperativa Trabajadores Unidos). También continuaba el proyecto de humanización de cada paciente, incluyendo voluntarios, para reconstruir gradualmente derechos (dignidad de personas, posibilidades de encuentro con otros, familiares, afectos, intereses). Para sostener esta evolución, la Dirección Administrativa del hospital, ofrece a los egresados del hospital, como ahorro de internación, una subvención de alta y sobrevivencia afuera. Contemporáneamente se construían Servicios de Salud Mental en la Comunidad para ofrecer seguimiento a los egresados y a los nuevos pacientes del área sin hospitalizarlos. A nivel de las relaciones humanas, permitió que la atención de los internados fuera contemporánea a las intervenciones institucionales. Se precisaba reconstruir contactos humanos, estimulando confianza comunicativa, reconstruyendo juntos el nombre del internado, su identidad de antes (papel familiar y laboral, relaciones, actitudes, deseos, proyectos), poniendo atención en espacios y objetos personales (armarios, ropas.) y momentos de privacidad para motivar el camino hacia la autonomía personal, mas interacciones y protagonismo (asambleas, fiestas, talleres, periódicos internos, salidas, vacaciones).

La psiquiatría surge como rama de la medicina a fin de responder a una demanda de época consecuente al surgimiento de los estados modernos. Esto es lo que Foucault, explica Stolkner (2007), conceptualizó como su nacimiento político en el marco de la Revolución Francesa. Fue necesario entonces, definir un espacio material y simbólico para alojar a quienes resultaban disruptivos o fracasaban en elecciones que los posicionaran en forma libre e individual dentro de la sociedad. El estado era el garante del cumplimiento de este contrato y de allí surge el nacimiento de instituciones asistenciales fundadas en la lógica filantrópica y sostenidas en una articulación entre ciencia y moral.

Dentro de la heterogeneidad de las corrientes existentes en salud mental, Calveyra, De Gemmis, Massei, Papiermeister, Vasen (2009), señalan tres corrientes existentes, sujetas a predominio no siempre estable: la asilar, la tecnocrática y la alternativa. Galende se había ocupado del tema y tomando muchas de estas ideas, propone la noción de corrientes de la vida institucional como operador teórico para analizar las instituciones del campo que ocupa. Pero, esto coexiste con los esfuerzos de muchos que, tomando conciencia, intervienen de diferentes maneras: haciendo más poroso el encierro, facilitando el regreso lo antes posible a los hogares si se dan las condiciones de continencia y elaboración para ello, abriendo a nuevos espacios de acompañamiento y a prácticas re-habilitantes etc. Además, si el manicomio objetaliza, clasifica y aplana, los profesionales y técnicos del hospital suelen compartir un rechazo por prácticas que produzcan tales efectos sobre subjetividades en proceso que transcurren por momentos de fragilidad y crisis. Es por eso que ha resultado de enorme utilidad práctica pensar lo asilar, lo tecnocrático y lo alternativo como corrientes o dimensiones de la vida institucional que coexisten conflictivamente en una misma institución. La direccionalidad que adquiera ese conjunto, llamada formación institucional, será la resultante de los predominios siempre relativos que resulten de esta heterogeneidad de prácticas.

La corriente asilar obedece al paradigma proveniente del campo de la medicina que la define como un estado en el que predomina el silencio de los órganos. Una concepción que no da respuesta, caracterizada por la exclusión y la marginación. Su esencia consiste en que la asistencia brindada no se basa en una concepción de derecho. La privación de derechos, en la institución de la tutela, pasó a ser encubierta por el supuesto cuidado o de curación sostenida por

políticas asistencialistas según la cual, los niños, los locos y las mujeres-que estaban sometidas a la autoridad paternal o marital-sufrían una minoría social, no eran sujetos de derecho. En ese contexto, dichos establecimientos de reclusión compulsiva introducen la medicalización en la relación de asistencia, consolidando lo que será el paradigma de la medicalización de la locura. La internación prolongada nace en el marco del Estado Moderno y con la concepción de sujeto. En la modernidad, para dar respuesta a la problemática de la locura, se instituyó el modelo asilar-manicomial en el que en nombre de la cura científica se habilitaba la forma más radical de destitución subjetiva y construcción de un estado de excepción de derechos. Toda práctica en salud mental que conlleva procesos de mercantilización-medicalización se oponen a aquellas prácticas subjetivantes que ponen en el centro de la escena la dignidad como categoría. Este modelo comenzó a ser cuestionado a mediados del siglo XX, cuando la confluencia de políticas sociales universales de los estados de bienestar, la expansión de idearios de derechos en la posguerra y la aparición de recursos médico-farmacológicos con capacidad de mitigar las sintomatologías dieron lugar al nacimiento de las políticas en salud mental (Galende, 1990).

Calveyra et al. (1999), definen un hospital infantojuvenil con pacientes sometidos al encierro, con condiciones de vida de hospital con horarios estrictos (concentrados en la mañana, escasos en la tarde y casi nulos los fines de semana) haciendo de la vida intramuros como algo tedioso y convertido en una institución de cautiverio.

La tecnocrática corriente apunta al debilitamiento simbólico. Este paradigma sustenta modos de práctica que intentan abordar un objeto previamente redefinido en términos técnicos. Es decir, que el paradigma que gobierna esta modalidad es la funcionalización. Las disciplinas que lo sustentan fragmentan sus saberes dando cuenta de aspectos, rendimientos y diagnósticos. En los hospitales psiquiátricos las actividades fueron tendencialmente se fueron agrupando y organizando en talleres, funcionando en la planta baja (de pintura) y otro en el primer piso (de títeres), por ejemplo. Todo un logro ante la desolación asilar. Las corrientes tecnocráticas cuyo objetivo es la funcionalización en sus pacientes, tienen su eje en paradigmas que sustentan modos de práctica que intentan abordar un objeto previamente redefinido en términos técnicos. Como la complejidad del mismo requiere de aproximaciones diversas, cada disciplina recorta su territorio. Cada quien deviene entonces disciplinariamente fragmentado por diversos saberes que

dan cuenta de aspectos, rendimientos y diagnósticos. Porque, además, parecería que todo debe estar en el hospital, centro y eje de todas las prácticas habidas y por haber. Este predominio del hospital como centro en la formación profesional tiende a dificultar una escucha más abierta al entorno. Ambas corrientes coinciden, en la nula intencionalidad de actuar sobre los determinantes sociales, en el malestar del paciente y por lo tanto se reducen a lo curativo.

La tercera corriente, el modelo alternativo, está diseñada por dos elementos: la integración social y la recuperación de espacios no convencionales. Foucault (1992), conceptualiza la noción de dispositivo alternativo, como un conjunto de saberes heterogéneos, que implican: discursos, instituciones, decisiones reglamentarias, leyes, disposiciones arquitectónicas, medidas administrativas, enunciados científicos, considerando que el dispositivo mismo, es la red que puede establecerse entre estos elementos.

Los ejes del desafío teórico del modelo alternativo son:

- Romper con la idea de determinación lineal y con el concepto de estructura para centrarse en el estudio de procesos.
- Superar las lecturas dicotómicas o fragmentarias de orden disciplinario (biológico-psíquico, individual-social, biológico-social, etc.).
- Renunciar a la idea de causalidad lineal y de determinación mecánica.
- Enlazar la comprensión de lo singular con lo genérico.

La concepción de sujeto que utiliza un modelo alternativo, es inconcebible con la idea de una determinación estructural absoluta y con la dualidad individuo sociedad. No se trata de delimitar un objeto: lo psíquico, como lo interior en dicotomía con lo exterior o lo social. Fernández (1977), define sujeto como un ser común y potente que se forma en el proceso histórico. Ser común, porque está compuesto por las necesidades comunes de la producción y de la reproducción de la vida. Ser potente, puesto que rompe continuamente estas necesidades para determinar innovación, para producir lo nuevo. El sujeto es un proceso de composición y

recomposición continua de deseos y actos cognoscitivos que constituyen la potencia de la reapropiación de la vida. Esta combinación entre necesidad y potencia rompe con cualquier idea de determinismo unilineal e incorpora las dimensiones de producción social de subjetividad.

Stolkiner (2001) observa una tendencia a la objetivación manifiesta en las múltiples prácticas en el campo de la salud mental. El resurgimiento del biologismo, dice, de la psicofarmacología y de la genética es transformado en una ideología objetivante que reduciría los padecimientos a disfunciones orgánicas individuales. Es de considerar, que esta tendencia actúa de manera menos evidente, en prácticas que objetivan al descontextuar y negar la historicidad de las narrativas singulares, reduciendo a los sujetos a estructuras abstractas intemporales. Estas representaciones operan en los agentes a partir de las instituciones. El proceso de objetivación se produce en el abordaje medicalizante de las así llamadas enfermedades mentales, por un triple movimiento: individualizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, reducir el padecimiento psíquico a la psicopatología y ontologizar luego el cuadro psicopatológico. Utilizar el término individualización, supone la categoría individuo, que permite considerar lo social como externo al fenómeno en observación; en cambio, al utilizar la categoría sujeto o subjetividad, lo social es parte constitutiva de la singularidad.

La dualidad individuo-sociedad es reemplazada por la articulación entre genérico y singular, esta reducción implica negar la complejidad del proceso. Si bien la psicopatología puede ser una herramienta útil para los procesos terapéuticos, es necesario reconocer que el padecimiento subjetivo no es reducible a ella, que se produce de manera compleja y excede el cuadro psicopatológico. El sufrimiento producido por la estigmatización, por ejemplo, no es inherente a la enfermedad sino a la posición social de la misma. El constructo teórico sufrimiento subjetivo permite anular otra dualidad: la de mente-cuerpo, en él lo biológico y lo subjetivo se articulan como dimensiones a los fines de la comprensión, y no como realidades diferenciables.

Hay un antagonismo central que atraviesa todas las formas institucionales: la tensión indialectizable entre tendencia a la objetivación y a la subjetivación. La lógica de mercado tiende necesariamente a la objetivación de los otros no sólo porque, en sus casos extremos, los transforma a ellos mismos en mercancía (tráfico de personas, compra venta de órganos vivos, etc.) sino porque naturaliza o legitima que la optimización de la ganancia puede consumir vidas.

Es decir, que lo mercantil postularía una sociabilidad mínima centrada en el intercambio entre equivalentes y del cual se excluiría todo significado sustancial a las acciones individuales y colectivas. En antagonismo con esto, se evidencia por estos tiempos una enunciación tan explícita de los derechos como objetivo para la organización societal y otras veces, es masiva y visible su violación. Pero para que un derecho se denuncie como violado es necesario que exista como representación. Y sobre esta enunciación de derechos se construyen algunos idearios que requieren de un nuevo contrato social redistributivo. Se trata entonces, de la relación entre subjetividad y ejercicio de la ciudadanía (Stolkiner ,1977).

El sujeto no es algo que pueda ser alcanzado directamente como una realidad sustancial presente en alguna parte; por el contrario es aquello que resulta del encuentro cuerpo a cuerpo con los dispositivos en los cuales ha sido puesto en juego antes que ninguno el lenguaje (Agamben,2005).

Siguiendo con esta línea, Calveyra et al. (1999), sostienen, que las experiencias de rehabilitación en el área infantojuvenil, proponen un desplazamiento del interés en los factores individuales hacia factores comunitarios que inciden positivamente en el proceso de la cura. Las estrategias desarrolladas en áreas comunitarias no ortodoxas (por ejemplo: plazas, zoológicos, microemprendimientos, etc.) tienden a implementar métodos alternativos en el área dedicada al tratamiento o rehabilitación, utilizando nuevas sedes y modalidades, o formando nuevos operadores en salud preparados para ofrecer un servicio terapéutico no tradicional que supere el aislamiento.

Uno de los principios orientadores en el proceso de reforma de la atención psiquiátrica que se inicia luego de la segunda guerra mundial, es oponer al dispositivo asilar un dispositivo inverso –caracterizado por la participación e integración social y comunitaria, la atención ambulatoria y la no discriminación por el diagnóstico de enfermo mental. Este dispositivo representa la corriente alternativa en Salud Mental. El sentido de tales reformas era instaurar un lazo social distinto al de la psiquiatría tradicional (Calveyra et al. 1999).

En los dispositivos de salud mental tradicionales, el usuario no es sujeto sino objeto de unas prácticas: las prácticas, ya están establecidas de antemano, ya se sabe cómo tratar a quien

ingresa. En ese sentido, el usuario es paciente de ese discurso, y es pasivo respecto de esos procedimientos. Pero este procedimiento genera su propia falla: impide la integración social de los pacientes-usuarios. El dispositivo alternativo no se presenta como un procedimiento fijo y predeterminado: se va armando en el encuentro con otros. Y son los otros, quienes van transformando el modelo con su trabajo, con sus ideas; es decir, con su participación activa en ese espacio. Entonces, el participante en ese pasaje deja de ser objeto de práctica, no es paciente, no es pasivo, sino que es sujeto de esas prácticas (Calveyra et al.).

Toda práctica en salud mental con niños y adolescentes debe producir dispositivos que favorezcan la subjetivación. Algunas de las características de estos dispositivos favorecedores de subjetivación deben ser:

- Producir un marco de normas que propicien los vínculos con pares, con adultos, con la naturaleza, consigo mismo
- Mantener presente la dimensión lúdica, incorporar la del trabajo en lo jóvenes
 - Abrir espacios para la palabra
 - Recuperar la dimensión ética, estética y creativa (Stolkiner ,2009).

3.4 Representaciones sociales

Las representaciones sociales como sistemas sociales de valores, ideas y prácticas, cumplen dos funciones: orden y comunicación. En la concepción de Moscovici (1979) se plantean cuatro elementos constitutivos de la representación social: la información, la imagen, las opiniones, las actitudes, elementos estos, que tomamos como guía para el análisis de la información.

La representación es una acción psicológica que posee una función simbólica, ya que implícitamente contiene un significado y éste tiene que ver directamente con la situación del

sujeto frente al mundo en que vive y con el que se relaciona. Por eso Moscovici (1979), considera la representación como una organización psicológica, una modalidad de conciencia particular. En consecuencia, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud).

Cada ser humano inmerso en su mundo será moldeado de acuerdo al ambiente social y las características socioculturales en las que se encuentre. Cada persona en proceso de desarrollo se interrelaciona no solamente con un ambiente natural establecido, sino también con un orden cultural y social específico mediatizado para él por los significantes al cual pertenece. Una característica de las representaciones sociales es no ser sólo una copia o reflejo de la realidad, sino que el resultado de un proceso de construcción o creación. Las informaciones que el sujeto tiene del objeto representado, provenientes de sus sentidos, de su experiencia previa y con otros sujetos, no son meras reproducciones de comportamientos ni simples reacciones a estímulos, sino que acciones que modifican al sujeto y al medio ambiente. (Berger y Luckmann , 2001).

Una representación social, es para Jodelet (1986), siguiendo la línea de Moscovisi, una manera de interpretar y de pensar la realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. La representación social es una forma de conocimiento elaborado y compartido, con una orientación práctica y debe asistir a una construcción de una realidad común de un conjunto social. La producción de las representaciones sociales tiene naturaleza social, ya que sus bases se encuentran en la cultura, el lenguaje y la sociedad.

Las representaciones sociales son sistemas de pensamiento, remiten a procesos que permiten interpretar y construir la realidad y asimismo, como fenómenos cognitivos, aportan direcciones afectivas, normativas y prácticas, organizan la comunicación social y dotan a los objetos de la particularidad simbólica, propia de los grupos sociales (Cohen, 1994).

3.4.1 Representaciones sociales en salud enfermedad

De Souza Minayo (1997), reflexiona acerca de las representaciones sociales en salud/enfermedad, explicando cómo una sociedad engendra actitudes, comportamientos y la visión que tiene del mundo. La experiencia del estudio de las representaciones sociales salud/enfermedad permite comprender las opiniones de un grupo social acerca de lo que les avasalla y los intima, y brinda acceso para conocer sus pensamientos acerca de las instituciones y sobre la organización social en sus sustratos económico, político y social. Salud/Enfermedad, como fenómeno social, se constituye a partir de las explicaciones de los especialistas (doctores, curanderos, rezadores, mágicos) y además se construye a partir del día a día del sentido común.

Se puede pensar la enfermedad como compleja, en la que intervienen diversos factores (posición de clase, medio ambiente) que influyen de manera singular en un sujeto, y la misma enfermedad influye de manera singular en otro sujeto (como por ejemplo, el acceso a la atención). Una modificación en la estructura, al alterarse la relación entre factores, puede dar lugar a otra estructura. De esta manera, se considera un sujeto que no está dividido, en donde no hay un adentro y un afuera. Siendo todo inmanente (todo está dentro de un mismo plano, no se puede aislar un elemento), aparece la subjetividad como incluyendo todo (Vasco Uribe, 1987).

Por otro lado, Vasco Uribe (1987), realiza una propuesta epistemológica acerca de la conceptualización de la salud-enfermedad desnaturalizando conceptos. El autor toma la noción de estructura causal dinámica como un conjunto de elementos relacionados entre sí, cuya capacidad de expresarse como enfermedad depende de los factores, pero también de la forma como ellos se relacionan entre sí. Entonces, si el concepto de salud-enfermedad es histórico y social, se plantea la necesidad de pensarlo como una construcción social. Cada sociedad y cada momento histórico dentro de la misma, tiene un discurso particular sobre la salud-enfermedad. Analizar dichos discursos, permite comprender las relaciones individuo/sociedad, y además, las instituciones y sus mecanismos de dirección y control.

3.5 *Sistemas complejos*

La teoría de Sistemas Complejos desarrollada por García (2006) se sostiene a través de varios conceptos a considerar. Esta teoría establece que, todo proceso constituye un complejo que funciona como totalidad. Aquí la complejidad no está determinada sólo por la heterogeneidad de las partes constituyentes, sino, por la interdiferibilidad, y mutua dependencia de las funciones que desempeñan dentro de la totalidad. Lo que caracteriza a un complejo es un comportamiento particular, es decir, un número determinado de actividades, que juntas, conforman el funcionamiento de la totalidad.

Cuando se estudia una situación compleja, no se pueden analizar todos los elementos. Sin embargo, es inevitable que cada estudio establezca un número limitado de elementos abstraídos de la realidad y toda abstracción implica tomar en cuenta sólo algunos aspectos de la experiencia. Cuando un elemento es abstraído, es porque ya ha sido interpretado. Por supuesto que la experiencia permite identificar datos, y lo observable (conceptualización) del dato. Sobre la base de datos obtenidos, se construyen los observables. El problema se vuelve más complicado cuando se pasa a la identificación de los elementos abstraídos, es decir de los observables producto de las conceptualizaciones, a tratar de comprender los procesos que allí tienen lugar.

Un proceso es un cambio o una serie de cambios que constituye el curso de acción de relaciones causales entre eventos. El conjunto de relaciones causales entre los eventos en un complejo constituye una construcción, en la cual la conceptualización del investigador juega un rol tan importante como la de los hechos objetivos. Las distinciones entre datos, observables y procesos, permite plantear la relación entre los datos empíricos y las conceptualizaciones hecha por el investigador. Estas relaciones causales y los procesos que intervienen en el análisis son inferencias sobre la base del material empírico. Es entonces que el investigador construye un sistema con estos elementos conceptualizados, y con esas relaciones y procesos inferidos. Es decir, que un sistema es una construcción producida por el investigador para representar a los actores principales y a las actividades más significativas de un determinado proceso empírico (García, 2006).

El estudio de los procesos, es el núcleo central del análisis de la dinámica de los sistemas. Los sistemas complejos son abiertos, es decir carecen de límites bien definidos y realizan intercambios con el medio externo. Esquemáticamente, refiere García (2006), las relaciones

estructurales pueden resumirse de la siguiente manera: cuando las perturbaciones provenientes de un subsistema exceden un cierto umbral, ponen en acción mecanismos del siguiente nivel; esos últimos obedecen a una cierta dinámica propia que puede actuar como reguladora contrarrestando la perturbación, o bien, pueden desembocar procesos que reorganizan la estructura. La interdisciplina supone, que cada uno de los miembros del equipo sea especialista en su área; que la investigación interdisciplinaria implique el estudio de problemáticas concebidas como sistemas complejos y que el estudio de sistemas complejos exija investigación interdisciplinaria.

3.6. Abordaje Interdisciplinarios

El abordaje interdisciplinario requiere de un contexto donde la tendencia sea la integración. Toda integración requiere de un trabajo sostenido y constante. Como afirma Elichiry, Nora (1987, pág. 337): “una cooperación ocasional no es interdisciplina”. Se requiere de un trabajo constante y sostenido y aunque resulte obvio, es necesario recordar que el trabajo interdisciplinario es un trabajo grupal. La articulación entre imaginario social e imaginario grupal y la dimensión institucional en que se plantea la actividad son productoras de la misma.

Comes (2005) establece la diferencia entre investigación interdisciplinaria y práctica interdisciplinaria. Para la autora dicha diferencia, radica en el producto y no en la forma de concebir el problema. En un nivel epistemológico, la interdisciplina cuestiona principalmente criterios de causalidad lineal y la dificultad en la división de los distintos fenómenos que se aborden. Las distintas disciplinas constituyen una construcción histórica de los objetos teóricos y métodos que las fundan.

Explica también que, pensar en un desarrollo interdisciplinario, desde un nivel metodológico, implica:

- Programar la forma y las condiciones en las que se despliega el equipo, la yuxtaposición de disciplinas no es interdisciplina.
- La construcción conceptual de un problema con un abordaje interdisciplinario implica: un marco de representaciones común entre disciplinas y un acotado nivel de análisis.
- Un equipo interdisciplinario requiere de los dispositivos necesarios para funcionar como tal, dedicar tiempo para ateneos compartidos, reuniones de discusión de casos, elaboración el modelo de histórica clínica única.

Considerando un nivel referente a lo subjetivo o grupal, las disciplinas existen por los sujetos que las reproducen, las transforman y son atravesados por ella. Un equipo interdisciplinario es un grupo, pensado con una lógica que contemple lo subjetivo, y lo intersubjetivo, una forma de saber disciplinario es una forma de poder y en consecuencia las cuestiones de poder aparecerán inevitablemente.

Lo transdisciplinario es un momento, es un producto que contiene la diversidad de conocimientos que no se explica por simple adición. Este momento transdisciplinario, sería el producto de una investigación referida a un problema definido conceptualmente de manera interdisciplinaria o la estrategia que un equipo asistencial propone frente a una situación nueva. Una situación es una construcción continua, no un estado (Comes, 2005).

Un sistema funciona si cada disciplina desempeña su función individual, pero no independientemente, expresa Elichiry (1987). En un sistema de articulación interdisciplinaria, cada disciplina es importante en su función. La integración sistémica de las distintas disciplinas conlleva una orientación transdisciplinaria. La aproximación transdisciplinaria no se conforma en lograr reciprocidades entre investigaciones especializadas, sino que, situará estas conexiones en el interior de un sistema total sin límites estables entre las disciplinas.

3.7 Resocialización e integración social

Galende (1990), define que resocializar es devolverle al individuo lo social de lo que le fue expropiado por la institución psiquiátrica. Esto consiste, en encontrarle una familia, un domicilio, un trabajo, facilitarle vínculos con la comunidad. Pero, la reinserción no logra despojar al ex internado su condición de diferente, es en el espacio público, como espacio común en el que se despliega la cultura y la vida social, que asegura que el individuo obtenga reconocimientos sociales de ciudadanía. La integración requiere de lo público para romper con el circuito diferenciación- segregación.

La internación psiquiátrica y la medicalización son estrategias que promueven la aniquilación de los sujetos, sostenida por dos razones: una política de estado que todavía no ha resuelto esta cuestión, y la incapacidad de recursos que tienen los servicios para resolver estos problemas. Lo que postula la salud mental en la comunidad, como eje central de la atención y de la rehabilitación es, por el contrario, preservar o recuperar en el sufriente mental su capacidad de relación con los otros de su comunidad (Ardila, 2008).

Las instituciones totales (Goffman, 2004) tienen un papel central albergando a aquellos que la sociedad considera por fuera de ellas: los locos, los pobres, los marginales, los adictos, los ancianos, formando parte de un colectivo social que constituyen estas instituciones.

Integrar es recuperar lo expropiado como los derechos de ciudadano, pero de manera primordial se recupera el reconocimiento de los otros como semejante. La reinserción no se vincula con la integración. Esta última implica devolver derechos y garantías ciudadanas, atender a las necesidades de empleos, retribución adecuada, vivienda, educación; mientras que la reinserción son intentos sociales de inserción social (Calveyra et al. 1999).

Saraceno (2004), compara un centro de salud mental, con un bazar o un mercado donde se aglomeran y multiplican demandas, como sucede en un mercado de canje. Aquí ubica un cuerpo social (centro de salud mental), y un sujeto que se singulariza a través de la participación. Tomando como ejemplo el bazar, se puede pensar que un centro debe favorecer el intercambio, pero no apropiarse del sujeto. El sujeto, sólo está de paso, su vida continúa fuera del mercado.

La relación del sujeto con el trabajo, explican Calveyra et al. es una relación libidinal de una importancia central en la constitución subjetiva, incorporando al sujeto a la realidad y a la comunidad humana. La cuestión del trabajo, no alude sólo a la producción de bienes, sino que también habla de un espacio de relaciones, de constitución y de afirmación de identidades, de comunicación, conflictos, de cultura. El trabajo es la práctica que pone en juego el lugar de pertenencia, de autoestima y de reconocimiento social.

Castel (1997), plantea que la asociación trabajo/inserción relacional sólida, caracteriza una zona de integración. A la inversa, la ausencia de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión.

Para Calveyra et al.(1999), la integración social es el modo en que cada sujeto significa y se apropia de un dispositivo de integración social. El autor incorpora dos nuevos conceptos al de integración: experiencia y vivencia. La experiencia es de carácter subjetivo, es por lo tanto, singular, mientras que la vivencia es, una totalización en la singularidad del sujeto de una realidad. Las cosas poseen una significación para aquel que las hace objeto de su vivencia. Experiencia es la enseñanza adquirida con la práctica. La experiencia esta siempre en relación con alguien o algo distinto de uno mismo.

Hasta aquí, se han descriptos los fundamentos de un modelo alternativo en Salud Mental, que tiende a la integración social. Para ello, se abordaron los conceptos de campo de la salud mental, y la legislación vigente para la rehabilitación y reinserción social de los niños y adolescentes con problemas emocionales severos.

Se realizaron aproximaciones teóricas explicando, cuáles son los elementos que conforman los diferentes modelos en la atención de Salud Mental: el modelo asilar, el tecnocrático, y en particular, el modelo alternativo. Este último, definido por sus prácticas, se basa en dos elementos, que guían su diseño: promueve la integración social y la recuperación de espacios no convencionales.

Posteriormente, se definen representaciones sociales en salud/ enfermedad y las características de abordaje de un equipo interdisciplinario. Considerando en este caso, el

funcionamiento de los sistemas complejos, y los lineamientos de la investigación interdisciplinaria.

Finalmente se reflexiona, acerca de la reinserción social y la integración social.

4 Metodología

4.1 *Tipo de estudio*

Descriptivo, a partir de la utilización del método cualitativo.

4.2 *Participantes*

Los participantes que intervienen en este trabajo son dos médicos psiquiatras, una terapeuta ocupacional y un psicólogo. Los médicos y la terapeuta ocupacional son profesionales de planta de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El psicólogo es personal contratado por el Zoológico de Buenos Aires. Participaron además, un ayudante contratado por el Zoológico de Buenos Aires que asistió al Programa Cuidar Cuidando, un adolescente participante del programa, un cuidador del zoológico y una facilitadora comunitaria.

Todos los participantes, que conforman el equipo de profesionales, trabajan en la creación del programa desde 1990 y su objetivo es la integración socio-ocupacional para niños y adolescentes con problemas emocionales severos.

Este programa se lleva a cabo por un convenio entre dicho hospital y el Zoológico de la Ciudad de Buenos Aires.

4.3 Instrumentos

Se utilizó como instrumento de investigación entrevistas semiestructuradas, confeccionando ítems sobre las siguientes áreas de interés:

- Representación salud-enfermedad
- Constitución de la concepción de paciente
- Acerca del recorrido de los niños por el programa como se incorpora la dirección de la cura
- Estrategias de intervención
- Conformación del equipo de salud y desde donde se sostiene la concepción de salud.
- Abordaje del trabajo en un dispositivo alternativo en salud mental.
- Actividades diarias realizadas en el programa.

-Se realizaron observaciones no participantes de los fundadores del programa y de las intervenciones que realizaron con los participantes del Programa. Las observaciones se realizaron de lunes a viernes durante tres horas de duración.

-Se relevó información de las entrevistas de admisión, de la participación directa de las reuniones de equipo y de las supervisiones realizadas por los profesionales del programa.

4.4 Procedimientos

Se realizaron siete entrevistas de aproximadamente noventa minutos de duración. Dichas entrevistas se han grabado, previa consulta y aprobación de los participantes.

Se realizó también un registro de operaciones espontáneas en forma simultánea al desarrollo del discurso del entrevistado.

Posteriormente se inició el proceso de desgravación de las entrevistas y la transcripción de las mismas. La información obtenida es codificada con posterioridad.

La observación participante se realizó en base a registros realizados en el Programa y además se realizó un análisis documental en base a la bibliografía publicada sobre el programa.

5. Desarrollo

5.1 Introducción

El programa Cuidar Cuidando está destinado de niños y jóvenes que tienen entre 6 y 21 años. Estos niños y jóvenes son derivados de un hospital dependiente de la Ciudad Autónoma de Buenos, delos Centros Educativos para Niños con Trastornos Emocionales Severos N° 1 y N° 2 (CENTES) y de distintos hospitales y hogares de menores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Los niños y jóvenes organizan sus actividades en dos grupos: un grupo de 6 a 12 años y el otro grupo de 13 a 21 años.

El Programa Cuidar Cuidando surge de observar el fracaso en la reinserción social de los pacientes dados de alta luego de un período de atención o internación. Su principal objetivo es: lograr la integración social de niños y jóvenes atendidos en instituciones de Salud Mental, en especial, los derivados por el hospital.

El dispositivo interviene sobre el espacio manicomial y el espacio público al mismo tiempo, intentando disolver la división afuera-adentro que instala la institución asilar. Además, intenta dar una respuesta a la problemática de la diferenciación-segregación, y para ello utiliza un dispositivo particular que se encuadra dentro de las corrientes alternativas en salud mental. Este dispositivo pretende, generar herramientas para que los niños y adolescentes puedan operar en su mundo cotidiano, intentando aprender de la práctica. En este proceso de construcción, se utilizaron los saberes que no intentan establecer normas, sino desencadenar un proceso permanente de discusión y análisis de los problemas.

5.2 Definir los fundamentos del Programa Cuidar Cuidando en tanto dispositivo alternativo en salud mental

Para definir los fundamentos del programa, en tanto dispositivo alternativo en salud mental, se procedió a la observación, a la recolección de datos de historias clínicas y posteriormente a entrevistas realizadas a cuidadores.

En diciembre de 1990 llega al zoológico de la ciudad de Buenos Aires el primer grupo de jóvenes motivados por la idea de cuidar a los animales. El equipo interdisciplinario que estuvo desde el comienzo de la experiencia tenía la convicción sobre la incapacidad de afrontar estas problemáticas desde teorías omniabarcativas y reduccionista, una ética común sobre el respeto de la singularidad como límite para cualquier intento funcionalista que anule el despliegue simbólico necesario para alcanzar la integración social (Calveyra et al.).

A poco tiempo de iniciado el programa, ingresa un joven derivado del Hospital Dra. Carolina Tobar García con el diagnóstico de Trastorno Esquizoide de la infancia. Dadas sus características, no se producía un intercambio entre Cuidador-Chico. En este caso, el joven no

podía incorporar el saber transmitido por el Cuidador. Debido a eso, el joven deja de asistir al programa. No conforme con esa resolución, y aprovechando cada encuentro casual en el hospital, amenazaba con volver al zoológico. Ante su reclamo y frente a la escucha de la demanda por parte del equipo interdisciplinario, se construye un nuevo dispositivo, en el que se incorporan Facilitadores Comunitarios, que acompañan y ayudan a aquellos niños y jóvenes que lo necesiten, hasta estar preparados para trabajar con los cuidadores.

Algunos de los objetivos elaborados por los fundadores del Programa Cuidar Cuidando. Estos objetivos son el producto de una construcción colectiva del equipo de coordinación.

- Propender a la resocialización de niños y adolescentes con cuadros graves que encuentran obstáculos para reincorporarse a su medio sociocultural, educativo o laboral.
- Revertir el aislamiento que suele caracterizar el abordaje de esos cuadros graves.
- Favorecer el desarrollo de habilidades y destrezas necesarias para el desempeño de una ocupación (cognitivas, sensoperceptivas, motoras, etc.)
- Favorecer el desarrollo de hábitos de la ocupación: responsabilidad, organización.
- Favorecer el desarrollo de habilidades necesarias para organizar el propio tiempo libre: capacidad para interactuar con otros, capacidad para manejar situaciones sociales, uso de medios de transporte, etc.
- Favorecer la orientación de los intereses ocupacionales y la posible inclusión en un puesto de trabajo competitivo.
- Ayudar a romper el aislamiento para permitirle conectarse con el otro y con su realidad.
- Transmitir el valor de ser solidario, aprender a compartir, facilitando la posibilidad de dar y recibir afecto.
- Ayudar a adquirir hábitos independientes para poder autovalerse.

- Crear un espacio intermedio entre el adentro institucional y un afuera que pocas veces ofrece posibilidades de anclaje.
- Producir un marco de normas que favorezcan los vínculos con pares, con adultos, con la naturaleza y con sí mismo – normas que no sean dispositivos de control al servicio de la objetivación y el orden heterónimo; normas que reconozcan la particularidad y la diversidad.
- Posibilitar el pasaje de ser objeto de cuidados a ser sujeto de una praxis sobre otros (animales), a partir de lo aprehendido en el vínculo con los cuidadores.
- Y en cuanto a la familia, recuperar la autoestima de sus miembros a partir de la incorporación del miembro marcado como enfermo en lugares de salud.
- Lograr que acompañe al paciente en el proceso de desmarginalización propuesto (Calveyra et al.).

El programa cuenta con tres de trabajo, en base a las características de los participantes:

1° Eje Lúdico: destinado a niños menores de 13 años y/o con patologías más graves en donde el objetivo es estimular y desarrollar capacidades a través del juego como preparación para una futura ocupación. Jugar a ser cuidador.

2° Eje Aprendizaje: destinado a niños/adolescentes a partir de los 13 años pero que por su características aún no pueden acceder a la capacitación laboral. Aprender a ser cuidador.

3° Eje entrenamiento y Capacitación Laboral: destinado a aquellos que por sus características están en condiciones de prepararse para desempeñar una ocupación. Empezar a ser cuidador (Calveyra et al. 1999).

En su comienzo, el hospital, ponía a disposición una ambulancia que llevaba al Zoológico algunos adolescentes en condiciones de ser externados. Iban al zoológico por algunas horas para realizar las actividades organizadas y volver luego a la internación. Esta actividad lograba efectos que contribuían a una externación más rápida, pero se observaba que

los jóvenes al dejar el hospital, dejaban también el zoológico y muchas veces sufrían descompensaciones y nuevas internaciones. Frente a esta situación, los fundadores del Programa, comenzaron a pensar que Cuidar-Cuidando, funcione de manera tal, que ayude a los niños y adolescentes en el momento de transición desde la internación a sus hogares. Entonces, el programa comienza atendiendo a adolescentes, pero con el correr del tiempo se incorporan también niños.

El proceso de admisión al programa se torna fundamental. Los niños y adolescentes llegan derivados desde distintos centros, acompañados por sus padres o adultos responsables. Son recibidos por algún profesional del Programa y mientras el equipo realiza una entrevista de admisión, el niño o adolescente, es acompañado por una facilitadora comunitaria a conocer y recorrer los espacios del zoológico destinado para el Programa. Luego de cuatro encuentros, se les pregunta a los niños y adolescentes, si les interesa comenzar la experiencia en el zoológico. El objetivo es que los niños y jóvenes puedan apropiarse de la decisión de ingresar al mismo.

El Zoológico es un espacio creado por la comunidad como paseo de distracción en el centro de la ciudad, exponiendo peculiaridades que no podrían observarse de otra manera. Además, el zoológico es un lugar de la infancia, es decir, de la curiosidad y del asombro. La puerta de ingreso del personal del zoológico se ubica en la calle República de la India al 3000. Por este mismo lugar ingresan los niños y jóvenes que asisten al Programa. Los días lunes y martes, la jornada de trabajo se extiende desde las 9 a 11.30 hs para los niños y los miércoles y viernes de 9 a 12.30 hs para los adolescentes.

Es frecuente encontrarse, en el ingreso, con varios de los niños y jóvenes que asisten al programa. Desde allí, se dirigen hasta la “casita”, que es el espacio físico designado por el zoológico para el Programa. Este encuentro espontáneo entre los chicos y los profesionales o con los facilitadores comunitarios, propicia un espacio para la palabra, compartiendo alguna situación particular que les haya sucedido.

Los niños y jóvenes son recibidos, en la casita, por los profesionales del Programa y por los facilitadores comunitarios. El equipo interdisciplinario del Programa está conformado por

profesionales de la salud: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, facilitadores comunitarios y por trabajadores del zoológico: cuidadores.

Los facilitadores comunitarios tienen como tarea acompañar a los niños y jóvenes en los distintos espacios en los que estos se desempeñan. Las tareas específicas que realizan los facilitadores son: acompañarlos en el vestido de su equipo de trabajo, indicarles o recordarles cuál es su puesto de trabajo, ayudarlos en la organización del trabajo, recordar los pedidos que el cuidador indica a los niños y jóvenes (cortar la dieta de determinada manera según la necesidad del animal) y ayudar en la organización de la mañana de trabajo junto a los profesionales del Programa.

El zoológico está dividido en cuatro sectores de trabajo con un capataz a cargo. Cada sector, (granja, serpentario, rinoceronte, ciervos, pajarera, monos, economato) lo constituye un número determinado de recintos de animales cuya responsabilidad de atención y cuidado está a cargo de un cuidador o trabajador del zoológico. Las tareas que desempeñan están supervisadas, no sólo por el capataz responsable, sino también, por un grupo de veterinarios especializados. Todos ellos interactúan a través de su bagaje cultura y conocimientos, advirtiéndose un buen trato afectivo.

Los niños más pequeños se dirigen en grupo, acompañados por los facilitadores comunitarios, al sector granja. Al llegar, esperan que el cuidador del sector les distribuya el alimento destinado para cada animal. Los adolescentes, realizan su tarea en algún sector del zoológico en forma individual o grupal, acompañados también por algún facilitador comunitario. En ambos casos, es el cuidador, el que indica las tareas a desempeñar. Las tareas que se realizan, en general, tienen que ver con el contacto directo con el animal: preparar la dieta, alimentación, limpieza de recinto y cuidados.

Luego de la actividad de la granja, en un tiempo y espacio y con una secuencia de la actividad a seguir, se concurrió con los niños al arenero del jardín zoológico. Este lugar cuenta con juegos convencionales de plaza como hamacas, tubos con cuerdas y diferentes espacios de rampas y escaleras.

Los niños juegan en forma espontánea y muchas veces desde el equipo, se proponen juegos que tienen que ver con el recorrer y explorar los diferentes espacios del arenero. En algunas ocasiones los niños mismos proponen juegos simbólicos, transformando una casita en un kiosco, intercambian roles de vendedor y comprador o venden boletos de tren.

Los adolescentes, una vez que culminan sus tareas, comparten el almuerzo en el bufete del zoológico. Estas actividades se realizan en espacios comunitarios: como la plaza y el bufete. Estos espacios son considerados por el Programa de fundamental importancia, dado que durante estos encuentros interactúan entre ellos y también con otros niños de la comunidad que concurren al zoológico, por ejemplo niños de escuelas que realizan visitas guiadas por el parque. Para Galende (2009), la reinserción social se sostiene desde el espacio público, lugar del despliegue de la cultura y la vida social, espacio donde se obtiene el reconocimiento como ciudadano.

Como dicen Calveyra et al. las prácticas ofrecidas en salud mental a través servicios alternativos de la comunidad, no se limitan al tratamiento individual del niño o del joven, sino, que este tipo de prácticas les permite tener acceso a diversas formas de ayuda que la propia comunidad puede ofrecerle, alejándolo de la perspectiva del aislamiento, estar integrado en la comunidad es recuperar derechos y garantías como ciudadano, atender a las necesidades de empleo, una retribución adecuada, siendo ésta la forma de ser reconocido como semejante.

Diariamente, luego de culminar las actividades, se realizan reuniones entre los integrantes del Programa y los facilitadores comunitarias. Estas reuniones tienen por objetivo, evaluar el desenvolvimiento de los niños y jóvenes en el desempeño de las tareas o en sus espacios lúdicos. Los cuidadores no participan de esas reuniones. Solo en caso de que se necesite, se les realiza algún tipo de indicación, en relación algún niño o adolescente. El hecho de incluir en el equipo una dimensión no disciplinaria, (cuidador) en torno a la cual se organiza la tarea, da al trabajo un carácter particular: no son las teorías las que dirigen en forma hegemónica las acciones dentro del equipo interdisciplinario, sino la experiencia práctica, explica Comes (2006).

Los días jueves se realizan reuniones de equipo ampliadas. En estos encuentros participan: los miembros del equipo del Programa, todos los facilitadores comunitarios, en

algunas ocasiones participan profesionales tratantes de los niños y/o adolescente, y también se invita a algún docente del centro educativo al que asisten los niños. El objetivo de estas reuniones, es conocer la dinámica de vinculación que los niños y adolescentes tienen en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven. Una vez, cada dos meses, o cuando la situación lo requiera, se realizan también supervisiones externas, con algún profesional invitado. En ambos casos, surgen posibles intervenciones a considerar por parte del equipo. Tal como refiere Comes (2006) un equipo interdisciplinario debe dedicar tiempo a ateneos compartidos, y discusión de casos.

Dice un cuidador en una entrevista:

Cuidador: “Lo que yo quiero resaltar es que entre los cuidadores y los animales no es sólo una cuestión de trabajo, sino que después de cierto tiempo se forman unos lazos de amistad que para mí es lo más grande que hay, es fabuloso y bueno, lo mismo que yo siento lo sienten los chicos del programa y eso me parece fuera de serie, me parece algo muy, muy, bueno”.

Calveyra et al. Sostienen que la experiencia se hace con la práctica, de la relación con otros diferentes de uno mismo, haciendo lazos con personas de la comunidad.

5.3 Definir las representaciones sociales de salud-enfermedad de los profesionales que se desempeñan en el programa Cuidar Cuidando.

Al pensar cuáles son los modos de acercarse a las representaciones sociales, la primera respuesta nos acerca al lenguaje, como herramienta cognitiva, que permite la formación y complejización de las representaciones y ha posibilitado el intercambio de esas representaciones entre los miembros de una especie. Conocer representaciones sociales acerca de un objeto implica: determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de representación) y qué se hace (actitud).

El objetivo era analizar las representaciones salud/ enfermedad y observar las prácticas en la cotidianeidad, que sería el espacio en que la ideología opera como tal, y en donde le sujeto reproduce (o transforma) la sociedad que se representa.

Para desarrollar este objetivo se decidió trabajar con el análisis de entrevistas realizadas a los cuatro fundadores del programa. A partir de los resultados obtenidos, se fueron conformando las siguientes áreas: salud-enfermedad-cuidado, modelos alternativos en salud mental, el equipo interdisciplinario, la dirección de la cura, proceso de subjetivación de los participantes, abordaje interdisciplinario, integración social.

Los psiquiatras y el psicólogo cofundadores del programa sostienen que la función del psicólogo en las prácticas en salud es la de ocuparse, no de los problemas o patologías mentales, sino de la dimensión subjetiva del proceso salud-atención-cuidado. Esta subjetividad no se ha constituido, se ha distorsionado o dañado. En lugar de síntomas hay funciones inexistentes o trastornadas. Entonces no hay habla, autonomía, discriminación, escritura, etc. No hay una representación de sí, o bien una discriminación del otro, en general de la madre. Por ende hay un daño severo en establecer un lazo social. Se trata de rescatar, por una parte, dimensiones de logro y simbolización, aún en niños muy dañados. Procedimiento que requiere de una invención de prácticas de subjetivación y no de una mera réplica de modalidades instituidas de la subjetividad. No se trata de una indicación universal. Tampoco es cuestión de imponerles el zoológico, la granja o los caballos. Sólo si los niños o jóvenes desean estar con animales y si ellos representan algo significativo para su subjetividad el contacto con fieras, reptiles o mascotas será eficaz. No es una técnica ni se puede pautar en general. No es en serie, la idea no es poner de modo esquemático y estandarizado a los autistas con conejos o a los revoltosos con tortugas. Se trata de respetar la singularidad de cada quien y de respetar al animal en tanto alteridad. Esto les posibilita ser protagonistas de una experiencia de la que pueden apropiarse.

Los cofundadores del programa consideran este dispositivo como alternativo de otros modelos, con un abordaje interdisciplinario. Un abordaje multidisciplinario tiene un objeto de estudio visto por distintos profesionales. En un dispositivo alternativo, el objeto se va armando. En el modelo alternativo los factores no se suman, los factores se relacionan de alguna manera y no de otra. Por eso, no hay un plan para todos por igual, si hay normas, y hay un programa. El

sujeto es una cuestión epistemológica, por estrategias que se construyen en el sujeto que se constituye “.

El psicólogo y los psiquiatras describen que el lazo que establecen los chicos con los animales no sigue los patrones de otros vínculos. Si se crean condiciones, ese contacto permite entre ambos crear un mundo enormemente enriquecedor para un chico con serias dificultades en la conexión con otros. A través de ese lazo fuera de serie pueden entrar en contacto, curiosidad mediante, con eso otro, también suyo, puesto allí. Y permitir entonces el ingreso de lo rechazado, descifrarlo, admitirlo como propio, producir algo nuevo y ponerle palabras al gruñido o al silencio.

Específicamente los psiquiatras definen la enfermedad como una situación. Desde esta posición ética se permite desde la psiquiatría la búsqueda de toda posibilidad ínfima de curación, a través de todos los medios intelectuales y técnicas disponibles. Sostienen que sólo hay ética, si día tras día, el psiquiatra confrontado con la apariencia de lo imposible, no deja de crear posibilidades.

Los cofundadores del programa: psiquiatras, psicólogo y terapeuta ocupacional eligieron para la implementación del programa una corriente o modelo alternativo. Esto implicaba preguntarse acerca del paradigma de salud y preguntarse acerca de los fundamentos de las prácticas que dieron lugar al mismo. Consideran que no hay un único paradigma para estas corrientes: las corrientes alternativas son plurales y no configuran un modelo de atención, pero se ocupan básicamente de dos tipos de cuestiones: de las problemáticas de la singularidad sufriente y las problemáticas que involucran a los grupos humanos. En el primer grupo es necesario un espacio de intimidad donde desplegar su dramática. El desafío del programa es que ese despliegue pueda ocurrir con el máximo nivel de expansión simbólico posible. En lo individual la cuestión problemática central es el rescate de la palabra y el paradigma es la simbolización. La interdisciplina, es aquí, opcional. En cuanto a las problemáticas que involucran grupos humanos, el desafío desde el programa es crear o desarrollar los medios para una verdadera participación. El paradigma es aquí abrir posibilidades de reinserción e integración social creativa, siendo indispensable no sólo la intervención de un equipo interdisciplinario, sino que la práctica debe exceder el marco de las disciplinas para abrirse a dimensiones no-disciplinarias.

La experiencia en el desarrollo del programa fue antecediendo a su teorización y la misma desbordó los marcos clásicos. Lejos de partir de un diseño experimental luego puesto en práctica, con los fracasos que implica la aparición de todo lo que no fue tomado en cuenta en el proyecto inicial, les permitió a los cofundadores ir recogiendo elementos de la tarea innovadora que emprendieron.

Los cofundadores del programa consideran que las prácticas que definen el programa surgen de una forma particular de interdisciplina. La que parte del supuesto de que algo puede producirse entre los territorios disciplinarios establecidos sean la docencia, la musicoterapia, la psicopedagogía, la terapia ocupacional, el trabajo social o el psicoanálisis. Algo que no estaba contenido en los saberes de los que se partió, un pensar y no un saber, que parte de lo que no se sabe. Desde ese ámbito pueden surgir nuevos saberes referidos a la singularidad de cada sujeto o situación de la que se ocupan. El abordaje interdisciplinario implica la admisión de otros saberes, el reconocimiento del tope de lo propio, pero también apuesta a la creatividad, exigiendo al mismo tiempo un horizonte ético compartido. De esta manera, la dirección de la cura pasa a ser la direccionalidad de procesos resultantes de la fricción y la producción entre saberes y discursos. Y se define en y la define un equipo. El carácter mixto: estatal-privado del programa, supone una innovación y propone dificultades pero también posibilidades y respuestas que configuran interesantes desafíos para los profesionales y técnicos de la Salud Mental.

A su vez, el modelo transdisciplinario de abordaje está dado porque, tanto los chicos y los cuidadores se hacen falta mutuamente: unos para satisfacer la curiosidad de los otros y los jóvenes como soportes de la trascendencia que los cuidadores anhelan, por su deseo de transmitir los secretos de su oficio. De esta manera también descubrieron que las diferentes disciplinas que participan de esta experiencia se hacen falta mutuamente, pues los aportes y prácticas de otros resuelven problemas para los que la formación de unos no estaba preparada promoviéndose un riquísimo intercambio y confrontaciones. El riesgo de hegemonías intraequipo e interdisciplinas se conjura en la medida que no hay una disciplina piloto, sino que todos rodean a esa dimensión no disciplinaria de la experiencia, que configuran cuidadores y animales y sobre los que el programa pivotea.

Por otro lado expresan que el campo de la resocialización, reintegración o inserción social integración, como objetivo de este programa, también excede a los objetivos propuestos. La consistencia de la praxis depende de algunos factores. Por un lado de potenciar la producción interdisciplinaria y por otro, la manera en que se vinculan con el saber no-disciplinado constituido de diferentes maneras por los cuidadores y los animales.

La elección que los psiquiatras y psicólogos del programa realizaron acerca del espacio que ofrece el zoológico, es entendido metafóricamente como otro nombre de la infancia. La utilización de este espacio ubica a niños y jóvenes en un espacio integrador y con una verdadera potencialidad de re-significaciones de quienes allí concurren y de sus tareas participan. Los niños no están en calidad de enfermos, sino de niños, y lo que en el zoológico hacen es aprender a ser, jugar a ser o trabajar a ser cuidador del zoológico, esto no es curarse, aun cuando de ello deriven marcados efectos terapéuticos. Por ello el zoológico tiene características únicas por lo que la curiosidad y la ternura despierta vías sublimatorias del psiquismo, porque además es un lugar al que se puede volver por fuera del programa, quedando lo impreso como huellas reactibles a los participantes. Consideran que el zoológico no funciona como una institución, sino como varias, pues allí los chicos trabajan como cuidadores, como electricistas, jardineros, tareas de mantenimiento, vendiendo galletitas para los animales, fiscalizando las entradas.

5.4. Describir las prácticas que promueve el programa Cuidar Cuidando.

Para describir las prácticas que promueve el Programa Cuidar Cuidando se procedió a la observación y al relevamiento de datos de las actividades propiciadas desde el Programa.

La elección del zoológico, como espacio físico, conlleva a pensar que no es un lugar destinado a la cura. En el zoológico no hay pacientes. No forma parte del sistema de Salud Mental, ahora se ha incorporado. Si se tratara de un taller, sería un taller desprotegido. El zoológico es un lugar de la infancia, de la curiosidad. En él, los chicos son chicos. Además son visitantes, o bien como los niños que asisten al programa lo hacen en calidad de trabajadores o aprendices. Este es el indicio de la re-significación que los ubica formando parte del conjunto social de los niños y jóvenes del cual muchas veces se sienten excluidos. Formalmente hablando, no son objeto de ningún quehacer terapéutico, lo que no quita que su quehacer produzca efectos terapéuticos.

Los niños y los adolescentes, cuando llegan al zoológico, se disponen a cambiarse y vestirse con el uniforme que se les provee al ingresar en el Programa. Estos uniformes son iguales al de los cuidadores y se pueden prestar o intercambiar.

Una vez que se cambian, cada participante firma una planilla indicando su hora de ingreso. Estas planillas reemplazaron credenciales identificadoras usadas por los chicos sobre el uniforme. Las credenciales fueron incorporadas como objeto de prácticas del Programa por iniciativa de una de las participantes. Los niños más pequeños se dirigen en grupo, acompañados por los facilitadores comunitarios, al sector granja. Al llegar, esperan que el cuidador del sector les distribuya el alimento destinado para cada animal. Los adolescentes, realizan su tarea en algún sector del zoológico en forma individual o grupal, acompañados también por algún facilitador comunitario. En ambos casos, es el cuidador, el que indica las tareas a desempeñar. Las tareas que se realizan, en general, tienen que ver con el contacto directo con el animal: preparar la dieta, alimentación, limpieza de recintos y cuidados.

La capacitación laboral constituye un medio para lograr un fin. Esta etapa tiene como objetivo que los jóvenes que están en condiciones de recibir una preparación laboral a través del aprendizaje sistemático de un oficio en situación real de trabajo. Se tienen en cuenta: desde el acto más simple, las conductas sociales, la independencia personal, ya que es condición que al llegar a esta etapa, los jóvenes viajen solos, etc., hasta el desempeño de una ocupación específica.

Los niños llegan al sector granja y se sientan en el suelo, en el borde del gallinero y con un pedazo de pan o de hoja de lechuga, aguardan el encuentro con los patos. Esta forma de aproximarse con las aves fue sugerida por el etólogo del equipo. Este especialista, asesora al equipo profesional, acerca del comportamiento de algunos animales. Estas intervenciones, favorecen el contacto animal, sin mortificar a los animales y evitando exponer en situación de peligro a los niños y adolescentes.

Las visitas que realiza el etólogo son frecuentes. Comparte la jornada de actividad con los niños y con los adolescentes, intercambiando con ellos y con los miembros del equipo, enseñanzas prácticas sobre distintas situaciones que se presenten: el comportamiento de las crías, el tipo de alimento que necesita cada animal, por qué enferman los animales

Otra de las tareas que se implementa es la de alimentar conejos. Esta tarea no la realizan todos los niños por el tipo de contacto que se tiene con el animal. La misma consiste en abrir un candado de la puerta del recinto, lavar el recipiente, barrer y colocar el alimento en los recipientes. Es posible que los chicos levanten a los conejos o a las crías pequeñas y permanezcan un tiempo prolongado en este lugar. Terminada la tarea, se cierra el recinto y se entrega la llave al cuidador. En algunas ocasiones, los niños pueden realizar esta tarea, otras veces, encuentran cierta dificultad, pero es el cuidador el que supervisa si todo está en orden, incluyendo el cierre de la puerta de dicho recinto. Surge en estos encuentros conversaciones espontáneas entre cuidador-niños. Estos preguntan acerca de las crías, que sucede durante la noche o quién los cuida cuando ellos no asisten al programa. En las evaluaciones realizadas en terapia ocupacional se puede observar que, los niños logran: concentración de la atención, permanencia en la tarea, tolerancia en la espera, capacidad de compartir el lugar el grupo, los alimentos que se distribuyen entre los animales, etc. Se observa además: interés por lo que realiza, desarrollo de pequeños hábitos de trabajo como responsabilidad, orden de los elementos de trabajo, capacidad de denominar a los animales, y despliegue de la dimensión del afecto que en muchos niños está oculta y en cuyo lugar existe predominio de agresión.

Dentro de capacitación laboral el eje intermedio correspondería al nivel de adaptación de la formación laboral. Incluye niños y adolescentes que tienen dificultades, pero que pueden obtener logros: adquirir o mejorar capacidades, habilidades y acceder o no al nivel siguiente. A

este grupo lo denominamos Grupo intermedio, intermedio entre el juego y el trabajo, que por sus características aún les cuesta acceder al grupo de capacitación laboral, porque no logran cumplir con la jornada laboral o porque no pueden realizar las tareas en forma independiente. Su tiempo de permanencia es de 6 meses aproximadamente y ahí se define si pasa al grupo de capacitación laboral o egresa del Programa. En esta etapa se apuesta a poder establecer una rutina, en tiempo y espacio y con un cuidador, que los organice y les de seguridad

Los días lunes y martes los niños pequeños concurren acompañados por sus padres. Mientras los niños realizan sus actividades, se ofrece a los padres un espacio de reflexión donde comparten distintas problemáticas. Este espacio permitió trabajar con los padres la necesidad de formar una asociación a partir de la cual se pueden generar proyectos de inserción laboral como microemprendimientos, empresas sociales, etc., para que los jóvenes una vez egresados del Programa tengan un lugar seguro para insertarse. Hoy funciona, desde hace 14 años, la asociación Cuidemos. Esta asociación responde a uno de los proyectos propuestos de huerta y lumbricultura que está funcionando en el zoológico y en la facultad de agronomía.

Al cumplir, aproximadamente entre 6 y 8 meses de permanencia en el Programa, se abre para los adolescentes una nueva instancia, muchas veces demandada por ellos: la asignación de una beca. Es necesario, para ello, tener un buen rendimiento y cumplir con la mayoría de los objetivos sociales. La beca es un pago que entrega la empresa del zoológico y es renovable mediante evaluaciones de seguimiento, para determinar si es necesario algún cambio de puesto u organización en la tarea.

Los jóvenes que acceden a la beca, firman un reglamento interno por el que se comprometen a cumplir horarios, antigüedad para las vacaciones, y demás derechos y obligaciones de un becario. La re significación del cobro de beca les representa un sueldo de trabajador que, en algunos casos le permite comenzar a ahorrar y en otros colaborar en sus hogares.

En todo el proceso de aprendizaje –capacitación en un puesto de trabajo, el que le tramite el saber de una ocupación es el cuidador. Se ha observado entre cuidador y aprendiz un vínculo de cariño y confianza, que implica afecto, contención, apoyo, etc. Cuando alguno de los jóvenes

del programa no asiste, los cuidadores pregunta a las facilitadores o a los miembros del Programa el motivo de su inasistencia.

Se implementan también, talleres vivenciales con jóvenes, a modo de entrenamiento de lo que sería una entrevista de trabajo, diseño de currículo, forma de vestirse, etc. Algunos jóvenes manifiestan timidez, limitación en la resolución de problemas que se les presenta, falta de confianza en sí mismos. En otros jóvenes, se observó dificultad en la aceptación de la autoridad.

Recientemente se ha creado, dentro del Programa, un nuevo espacio para los adolescentes. Un cuidador del zoológico, les ofreció a los miembros del equipo del Programa, formar en un taller de restauración. Este cuidador, una vez que culmina su horario de trabajo, permanece en el zoológico y voluntariamente se dedica a restaurar las fachadas de algunos de los recintos. Los días miércoles, culminada la tarea de trabajo que realizan los adolescentes, un grupo de jóvenes se dirigen al sector restauración. El taller consiste en conocer distintos tipos de materiales utilizados en decoración, reconocer las características y la posibilidad de fusión entre los materiales utilizados en una época y los actuales, también realizan lustrado de muebles, confección de cerámicas, etc.

Otro de los elementos a considerar, es el animal. Un animal que tiene un cuerpo, con una lengua particular, y que ese cuerpo deberá ser pautado por las reglas que el cautiverio le impone a través de los aprendices. Finalmente, los cuidadores, son la representación de la meta, sin olvidar que se ha partido de la expectativa de poder aprender a ser, jugar a ser o llegar a ser un cuidador. Las tareas realizadas tienen un alto grado artesanal, no son seriadas, permitiendo a los sujetos desarrollar posibilidades con una inscripción social diferente, de pasar a un nuevo modo de significar, significarse e identificar.

Stolkiner (2009) propone, que el campo de la Salud Mental, está definido por el producto de la integración permanente y la transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad.

Las prácticas observadas se realizan pensadas desde las distintas disciplinas que conforman el dispositivo. Desde un pensar surgen saberes referidos a la singularidad de cada individuo. Un saber que se cuele entre los saberes instituidos y estatuidos. La clínica de este programa es una clínica particular, y esto tiene que ver con distintos aspectos que hacen a su implementación. En

primer lugar, es una mirada sobre múltiples miradas efectuadas sobre el o los pacientes, y en segundo lugar, se efectúa fuera de los ámbitos donde se acostumbra a interrogar a un niño y su familia sobre aspectos que hacen a sus problemáticas, disturbios o trastornos. Las múltiples intervenciones que estos chicos traen hablan de los éxitos y fracasos, que en muchos casos permiten apuntar hacia los núcleos sanos en relación al trabajo, al aprendizaje o al juego, y esto se hace muy difícil de poder lograr en los espacios hasta el momento utilizados. Es indispensable que un niño o joven tenga tratamiento, esto es condición para el ingreso y la permanencia en el Programa. Poder preguntarse desde las distintas disciplinas que intervienen: qué paso, por qué pasó, cuál es el mejor camino o el hándicap con el que cuenta un sujeto determinado, etc, permite, entre otras cosas, aliviar angustias, evitar pérdidas de tiempo valioso, trabajar ansiedades familiares, encuadrar situaciones familiares, recuperar el lugar en el seno de la misma, ayudar a encontrar nuevos caminos, no abrumar con medicaciones innecesarias, instituir estrategias adecuadas para cada caso y podríamos seguir enumerando factores indefinidamente.

6. Conclusiones

En el presente trabajo se ha descrito el Programa Cuidar Cuidando como dispositivo alternativo en Salud Mental tendiente a la integración social.

Se ha puesto de manifiesto que el objetivo del Programa Cuidar Cuidando desarrolla estrategias comunitarias de integración socio-laboral con niños y adolescentes con patologías psico-sociales severas, y muchos de ellos en situación de vulnerabilidad extrema. La integración social consiste en encontrarle un lugar de compromiso en algún grupo social en donde los niños y adolescentes obtengan su lugar de ciudadano.

Se ha intentado explicar que desde hace varios años la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) formulan recomendaciones para la creación de servicios y programas de salud mental comunitarios. También se explica, desde el marco legal, cómo se ordena desinstitucionalización progresiva de modelos asilares,

implementando modelos alternativos en salud mental que se orienten a la rehabilitación e integración social (Ley básica de salud N° 153 de la Ciudad de Buenos Aires).

Se describe también modelos alternativos en salud mental, definidos por tener como objetivos la integración social y la utilización de espacios no convencionales. Por múltiples motivos, los niños y los adolescentes suelen estar postergados en los programas de asistencia psiquiátrica y salud mental, quizás sea por la falta de portavoces con poder suficiente para defender los legítimos derechos de la población infanto-juvenil para participar de programas de atención, que articule los mejores recursos terapéuticos y de rehabilitación.

El zoológico como espacio y escenario, es un elemento coyuntural del Programa, permitiendo el encuentro, para comenzar con relatos significativos de la historia de los sujetos, y enriqueciendo momentos de la infancia compartidos en ese lugar. La integración de los trabajadores del zoológico de Buenos Aires ha permitido que asuman, una destacada eficacia en la tarea como agentes en salud mental. A través de este dispositivo, señala Galeano (2009), la asociación del trabajo de los cuidadores del zoológico y una forma particular de intercambios simbólicos, se logra la forma más apta para la recuperación de la ciudadanía.

Este programa, por su estructura, objetivos y funcionamiento, es adecuado para acreditar que los servicios de atención en salud mental, adquieran identidad singular, como marco de referencia, en relación a tres enfoques conceptuales que lo sustentan: el interdisciplinario, el interinstitucional y el intersectorial.

Desde la práctica, el Programa Cuidar-Cuidando, se plantea la necesidad de articular la cura con la reinserción social, con lo que se propone favorecer no sólo la rehabilitación clínica psiquiátrica sino, también la producción de cambios en el modo de lazo social de los niños y jóvenes que en él participan. El concepto de integración social, desde el Programa Cuidar Cuidando, no escapará a las particularidades de cada joven y por lo tanto, más que ser un concepto general, será de tipo singular. Un grupo importante de chicos y chicas, todos adolescentes, luego de pasar entre uno y tres años se han capacitado de tal modo que han recibido primero una beca de aprendiz que el zoo, a través del programa, les da a quienes se destacan y luego han sido contratados como cuidadores de diferentes sectores o para tareas de jardinería y

mantenimiento. Otros han accedido, no sin dificultades, a trabajos remunerados en el mercado laboral. En cambio otros se han sobrepuesto a un cuadro menos invalidante y pudo insertarse en una actividad acotada y sólo levemente competitiva. Alguno de ellos se ha integrado como cuidador del zoo aun cuando ha estado varias veces al borde del despido. 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. Con una altísima tasa de desocupación juvenil y con severas falencias en el acceso a un lugar social y ocupacional digno, esto es un logro absolutamente remarcable. De existir espacios de capacitación y emprendimientos que entramen redes con el programa los resultados serían aún mejores, sin políticas de integración abarcativas los dispositivos de reinserción social ven limitados sus efectos a largo plazo.

Por otra parte, el modelo alternativo que propone el Programa Cuidar Cuidando, se configura por intervenciones teórica y técnicas que se constituyen para los miembros del equipo en objeto de interrogación y análisis continuado. Un modelo interdisciplinario es una construcción conceptual que implica un marco de representaciones comunes en los miembros que lo conforman (Comes, 2005). Un sistema complejo, es una representación de un recorte de la realidad complejo, conceptualizado como una totalidad organizada, en la cual, los elementos no son separables y por lo tanto, no pueden ser estudiados aisladamente. Es decir, los sistemas complejos, son interdefinibles, señala García (2006).

El primer contacto de los niños y jóvenes con la institución no es vivido como una experiencia terapéutica que los involucre a ellos como pacientes; pero tampoco es vivido como una experiencia enteramente laboral o profesional. Su percepción inicial se articula sobre el asombro y el contacto con los animales. Los nombres de los animales en el zoo tienen un doble significado, pueden hacer referencia a ellos concretamente o a los lugares de trabajo, este dato forma parte de la cultura laboral del zoo.

Los animales permiten que los participantes del Programa puedan tomar un rol activo, de entrega, de cuidador de otro, quizás más indefenso o que requiera de ayuda humana. También son otro con quién jugar. Para los niños y jóvenes con graves dificultades emocionales, las conexiones lúdicas con los animales los potencian. Por esta razón, no se trata de una técnica,

porque no es una indicación universal. Tampoco es zooterapia, el animal no es el terapeuta y sólo acceden al Programa los niños y adolescentes que desean estar con animales y si éstos, representan algo significativo para su subjetividad, con un Otro que a través de la palabra le represente al animal. De esta manera, el contacto será eficaz. Refiere Stolkiner que toda práctica en salud mental con niños y adolescentes, requiere de dispositivos que promuevan la reinserción social, la creación de espacios para la palabra y permitir establecer lazos con los demás, con la naturaleza y consigo mismo.

Los animales tienen un lugar central en los propósitos del Programa así también como en los relatos de los chicos. El animal le permite al chico pasar de ser objeto de prácticas terapéuticas y de cuidado a poder cuidar a otro, gracias a la transmisión de un saber que hace del cuidador. Por lo tanto, el animal representa o se presenta como metáfora de la posibilidad de sentir por un Otro y dar protección y afecto a un Otro. De allí que los animales puedan despertar tanto placer, interés, atracción, miedo o disgusto, de acuerdo a la relación que establezcan los chicos con el cuidado hacia un Otro.

Desde esta perspectiva, sería apropiado, más que reflexionar sobre integración social, se podría hablar en términos de experiencia. Los niños y jóvenes se van transformando en el pasaje por el Programa, modifican el Programa con su trabajo, con sus ideas, siendo sujetos de las prácticas. Ser sujeto de esas prácticas, implica transformarse en esas prácticas y a su vez transformarlas, sostienen Calveyra et al. (1999).

El paso por el Programa les permite a los jóvenes estructurar su vida en torno al eje del trabajo. Se narran diferentes experiencias que revelan diferentes grados de dificultad para conseguir un trabajo digno, diferentes niveles de compromiso hacia los mismos y diferentes grados también de satisfacción.

Con respecto a las imágenes que se construyen en torno al Programa, se constata uno de los hechos señalados en el marco teórico: el Programa identifica a los participantes no por sus cuadros patológicos ni por sus carencias o deficiencias sino por sus habilidades y potencialidades. Los participantes se sienten de esta manera dignos, no ya objetos del saber científico sino sujetos de voluntad y potencia.

El pasaje por este Programa significa para los participantes una verdadera experiencia de transformación subjetiva. Esto implica una dificultad del sujeto para abstraerse y colocarse antes de ese momento. De esta forma, el sujeto no cuenta con una buena perspectiva para comparar un antes y un después. Sin embargo, un elemento unificador de los relatos sobre cómo era visto el Programa desde antes de empezar es que no es visto como un tratamiento, como una acción terapéutica. Antes bien, se lo percibía como algo más cercano a un empleo. Los jóvenes asocian lo terapéutico con alguna forma de aislamiento, y el trabajo comunitario se les aparece como un fenómeno de una naturaleza completamente distinta.

La relación que establecieron los chicos con otros trabajadores del zoológico es central dado que es uno de los ejes terapéuticos del Programa, la capacidad de relacionarse y establecer vínculos productivos. La figura del cuidador está muy presente en el relato de su experiencia y esto es así porque aparece como aquel que tiene el rol más cercano y con el que más se identifican: apuestan a intercambiar roles con el cuidador, a realizar su tarea como si lo fueran y así sentirse menos pacientes.

También hay diferentes vivencias acerca de la confianza y el lazo estrecho que establecieron con los cuidadores. En muchos casos, este vínculo expresa la capacidad que han adquirido los participantes a lo largo del Programa para no vivir las relaciones sociales y los vínculos afectivos con cierta reacción paranoica, que es propio de un sistema de personalidad defensivo. Este punto manifiesta por lo tanto la apertura hacia el mundo gracias a la experiencia del Programa. En algunos casos, cuando el vínculo laboral es muy estrecho se suelen referir a él como amistad.

Los participantes dicen haber establecido relaciones de amistad con otros participantes. Esto está favorecido por el ambiente en el que se encuentran, pues les permite identificarse como compañeros con los mismos objetivos laborales antes que como pacientes enfermos simplemente compartiendo un espacio físico por los propósitos del dispositivo científico.

Considero, sería conveniente, que este Programa pudiera disponer de una evaluación realizada con rigor metodológico e indicadores confiables. Esos estudios proporcionarían la

información necesaria para valorar sus realidades, como también, los resultados e impacto que genera.

El Programa Cuidar cuidando intenta establecer un lazo diferente de lo que acontece en un hospital. La pareja médico-paciente se diluye, adquiriendo importancia la relación que establecen los cuidadores con sus aprendices. En esta relación, el saber no queda situado en un polo de la relación sino que se transfiere, circula, favoreciendo el intercambio. El saber, así entendido, se transforma en una herramienta para operar sobre la realidad.

La asiduidad del contacto en la tarea cotidiana produce un cambio en el modo en que los trabajadores del zoo perciben a los chicos. Este cambio en el imaginario social, sumado a la fluidez de la relación, y a la revalorización de la capacidad personal dada por el aprendizaje de un oficio, permite a los chicos posicionarse de otro modo e ir recuperando su palabra.

Dada esta configuración del saber-poder, caracterizada por su circulación a través de la transferencia de conocimientos, podemos considerar que el Programa Cuidar Cuidando desarrolla caminos alternativos dentro de la Salud Mental.

Una de las dificultades para la realización de este trabajo ha sido la escasa bibliografía relacionada con el tema. De igual modo, se describe a través de las prácticas implementadas la experiencia de integración que realizan los niños y jóvenes que asisten al dispositivo, permitido por el contacto con los animales y los cuidadores del zoológico. Toda la información obtenida fue facilitada por los cofundadores del programa, accediendo a las entrevistas propuestas.

El pasaje por esta práctica profesional me ha permitido conocer el afecto, la responsabilidad y la dedicación de los integrantes del equipo del programa, sin dejar de destacar la participación y el compromiso de los cuidadores del zoológico que gentilmente colaboran con el sostén del dispositivo, como el rol destacado de los facilitadores comunitarios.

7. Referencias Bibliográficas

- Agamben, G. (2005). *Profanaciones*. Buenos Aires. Adriana Hidalgo Editorial.
- Ardila, S. (2008). *Investigando sobre procesos de evaluación de programas de reinserción comunitaria de personas externadas de instituciones psiquiátricas*. Revista Salud Mental y Comunidad. Universidad Nacional de Lanús , 65-73. Recuperado el, 20 de noviembre, de 2012 de <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad.pdf>.
- Barcala, A. (2008). *Derechos en la niñez. Políticas Públicas y Efectivización del derecho a la salud en el contexto de la protección integral*. Buenos Aires. Tesea.
- Basaglia, F. (1979). *El manicomio liberado* .Conferencia para el Encuentro Regional de Psiquiatría. San Pablo. Brasil. Recuperado, el 24 de noviembre, de 2012, de www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/
- Calveyra, S., De Gemmis, V., Massei, H., Papiermeister, A., Vasen, J. (1999). *Del Invento a la herramienta*. Una experiencia diferente en el campo de Salud Mental con niños y adolescentes. Buenos Aires. Polemos
- Cohen, H. (1994). *Políticas en salud mental. El proceso de desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Comes, Y. (2005). *Políticas en salud en la Argentina: después de la reforma ¿hemos cambiado el rumbo?* Doc. Laboris de la Investigación UBACyT P077. Directora

Alicia Stolkiner. Buenos Aires. Recuperado el, 3 de noviembre de 2012, de www.trabajosocial.unlp.ed.ar/comes_yamil-políticas-ensalud.

De Gemmis, V. (2007). *Revista de la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados*.

La construcción del objeto y la subjetividad .Buenos Aires, 31, 125-137.

De Souza Minayo, M. (1997). *El Desafío del Conocimiento*. Investigación Cualitativa en Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial, 136-164.

Elichiry, N. (1987). *El niño y la escuela. La importancia para el desarrollo de la metodología transdisciplinaria*. Buenos Aires. Nueva Visión.

Escudero, J. (2010). *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller de Determinantes Sociales de la Salud*. Alames. Revista Medicina Social Para Todos. México, D.F, 3 (4) p 327. Recuperado el, 30 de diciembre, de 2012 de <http://conferenciapesmexico2012.com>

Foucault, Michel. (1992). *El discurso del Poder*. Buenos Aires. Tusquest Editores.

Fernandez, A. M. (2007). *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires. Biblos.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica a la razón psiquiátrica*. Buenos Aires. Paidós.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires. Paidós.

García, R. (2006). *Sistemas Complejos. Conceptos, métodos y la fundamentación epistemológica de la investigación*. Barcelona. Gedisa.

Goffman, E. (2004). *Internados*. Ensayo sobre la situación social de diez enfermos mentales. Buenos Aires. Amorroutour Editores.

Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómeno, concepto y teoría*. Psicología Social .Barcelona. Paidós, 469-494.

Ley Básica de Salud (1999). Ley N° 153. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado el 22, de octubre de 2012 de [estática, buenosaires.gov.ar/areas/salud/regulación/files/leyescala/ley20153/pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/regulacion/files/leyescala/ley20153/pdf).

Ley N°25421. *Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental*. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado, el 20 de noviembre, de 2012 de www.inclusionmental.com.ar/1239543317_saludleynacional24421.pdf.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657(2010). Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado el, 30 de noviembre, de www.infoleg.gov.ar/infoleginternet/anexos/17500/norma.htm.

Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26657*. Recuperado el, 30 de noviembre, de www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000.../norma.htm

Moscovisi, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y público*. Buenos Aires. Paidós.

OPS (1990). *Reestructuración de la atención Psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación*. Memorias de la Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Caracas, Venezuela, 11 al 14 de noviembre de 1990. Ilevay, y Gonzalez Uzcátegui, 26-27.

OMS/OPS (2005). *Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS, Washington, Estados Unidos. Recuperado el ,22 de octubre, de 2012 de <http://new.paho.org/hq/>

OMS (2007) *¿Que es la salud mental?* Recuperado, el 20 de septiembre, de 2012 de <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>.

OMS (2010). *La financiación de los sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal*. Documento realizado por los países Miembros de la Organización

- Panamericana de la Salud. Recuperado, el 10 de diciembre, de 2012 de www.who.int/whr/2010/_summary-es.pdf.
- Róvere, M (2010). *Salud, Políticas y desarrollo sustentable*. Revista digital El Ágora. Recuperado el, 30 de diciembre, de 2012 de www.elagora.org.ar.
- Stolkiner, A. (1994). *Tiempos Posmodernos: ajuste y salud mental. Políticas en Salud mental*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Stolkiner, A. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías*. Recuperado, el 20 de junio, de 2012, de www.psi.uba.ar/academia/066/atención_primaria_de_sm.pdf
- Stolkiner, A. (2009). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías*. Atención Primaria en Salud: Enfoques Interdisciplinarios. Buenos Aires. Paidós.
- Saraceno, B. (2004) OPS. *Conferencia de Montreal sobre la discapacidad* Recuperado el 24 de septiembre, de 2012 de <http://www.conferencemontreal2004paho-who.com/espagnol/conferencia.htm>
- Vasco Uribe, A (1987). *Estructura y Proceso en la conceptualización de enfermedad*. Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín, Colombia. Recuperado el 29 de diciembre, de 2012 de www.psi.uba.ar/.../vasco_uribe_estructura_proceso.pdf
- Vasen, J. (2006). *Reinserción social en adolescentes*. Revista de Psiquiatría. Buenos Aires. Vertex 17, 432-439. Recuperdo, el 20 septiembre, de 2012 de www.juanvasen.com.ar/Vertex.htm.