



Tipo de documento: Tesis de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Salud mental comunitaria y procesos de des/institucionalización en Argentina: la experiencia del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A) del Hospital Esteves (Pcia. de Buenos Aires)

Autores (en el caso de tesis y directores):

Ignacio Ezequiel Rial Mattos

Lucía Domínguez

Ana Valero, dir.

Flavia Torricelli, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2024

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL
ÁREA DE INVESTIGACIÓN

**“Salud Mental Comunitaria y procesos de
des/institucionalización en Argentina: la experiencia del
Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A)
del Hospital Esteves (Pcia. de Buenos Aires)”**

Trabajo de Investigación Final/Tesina



Autorxs: Ignacio Ezequiel Rial Mattos: nachorialm@gmail.com

Lucía Domínguez: ludominguez2704@gmail.com

Directora temática: Ana Valero anasilviavalero@gmail.com

Co-directora: Flavia Torricelli flvtorri@gmail.com

Seminario TIF/Tesina: Año de Cursada 2ndo cuatrimestre 2022

Fecha de presentación: 06/06/2024

RESUMEN

Título:	“Salud Mental Comunitaria y procesos de des/institucionalización en Argentina: la experiencia del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A) del Hospital Esteves (Pcia. de Buenos Aires)”
Autorxs:	Dominguez Lucía (ludominguez2704@gmail.com) Ignacio Rial Mattos (nachorialm@gmail.com)
Fecha de presentación:	06/06/2024
Palabras clave:	Des/institucionalización - Salud Mental Comunitaria - Externación Asistida - Producción de Cuidados

La presente investigación busca describir, caracterizar y analizar los **procesos de producción de cuidados** en los tratamientos de usuarias externadas del Hospital Esteves (Temperley, Provincia de Buenos Aires) en relación a la **perspectiva des/institucionalizadora** que impulsan los equipos interdisciplinarios del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A). En convergencia con este encuadre, la **Ley de Salud Mental N°26.657** del año 2010 constituye un elemento central para la reflexión sobre la intervención profesional que será uno de los **ejes principales de análisis**. La perspectiva de salud mental comunitaria y sus aportes, nos invitan a pensar en modelos de intervención en el campo de la salud mental que fortalezcan a las usuarias como sujetos de derecho en el despliegue de trayectorias vitales por fuera de las instituciones asilares. La metodología utilizada para el desarrollo de la investigación es cualitativa y se construyó a partir de entrevistas semi-estructuradas a psicólogxs, trabajadorxs sociales, psiquiatras y enfermerxs comunitarixs del PREA e informantes claves. La información obtenida por medio del trabajo de campo se articula con la revisión y profundización teórica sustentada fundamentalmente en la revisión de fuentes secundarias en relación con las conceptualizaciones sobre *des/institucionalización* (Faraone, 2013, 2015), *Salud Mental Comunitaria* (Bang, 2014) y *producción de cuidados* (Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012) centrales para el objetivo propuesto. El análisis de las prácticas comunitarias promovidas por un dispositivo alternativo al modelo manicomial-asilar como el PREA, nos permite comprender que las redes de cuidado se pueden tejer por fuera de los dispositivos sanitarios, a fines de proyectar una vida fuera del hospital para las personas con padecimiento mental.

AGRADECIMIENTOS

A Ana y Flavia, que nos guiaron y acompañaron en este camino, alentándonos a superarnos constantemente con su gran entrega para la construcción crítica y reflexiva.

A Maria Rosa Riva Roure y todo el equipo del PREA, especialmente Viviana Irachet y Analía Monchetti. Su lucha y vocación fue nuestra motivación para realizar este trabajo.

A la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y su excelente equipo docente por enseñarnos a defender el acceso a los derechos y la justicia social.

Y por último, no así menos importante, a nuestra amistad. Que hizo de este proceso una experiencia única, donde no faltó la compañía y la complicidad en cada paso.

IGNACIO

A mis abuelos que son amor, ternura y mi sostén en todo momento

A mi familia que me apoyó en todo momento en esta búsqueda y en este proceso académico

A Antonella, compañera de vida y de facultad con quien caminé a la par en gran parte de este ciclo.

LUCIA

A mis papás y hermanos. Mi motor para cada paso que tomo en la vida.

A mis amigos de siempre y aquellos que formé en la facultad por su incansable apoyo para acompañarme en este camino.

ÍNDICE

ADVERTENCIA PARA LA LECTURA	6
INTRODUCCIÓN	7
Estructura de la tesina	9
APROXIMACIÓN METODOLÓGICA	10
Tipo de estudio y metodología utilizada	10
Unidad de análisis	11
Obtención y tratamiento de la información	12
Resguardos éticos	14
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	14
Salud mental como “campo”	15
Impacto de la subjetividad moderna y la “normalización” en Salud Mental	17
La medicalización de la sociedad	20
Salud Mental Comunitaria. La producción de cuidados y los aportes de la Medicina Social Latinoamericana	21
Procesos de externación en Salud Mental en Argentina: Experiencias y debates	23
Pensar la “Des/Institucionalización”	25
CAPÍTULO 2: COYUNTURA NACIONAL, HOSPITAL ESTEVES Y LOS INICIOS DEL PREA	26
Breve historización del campo de salud mental en Argentina	27
El Hospital Esteves y la incorporación del PREA	34
El origen del PREA	37
CAPÍTULO 3: LA INTERVENCIÓN DEL PREA EN LOS PROCESOS DE EXTERNACIÓN	38
El origen del PREA: En primera persona	38
Composición del Equipo y Dispositivo PREA en la actualidad	42
Lo político y la Salud Mental: El PREA como dispositivo des/institucionalizador	43
Haciendo camino a la externación	49
CAPÍTULO 4: LA COMUNIDAD Y LA PRODUCCIÓN DE CUIDADOS	56
Centro Comunitario “Libremente”	57
El proceso de salud/enfermedad/cuidado en el marco de la externación	59
Lo interdisciplinario como modalidad de abordaje	64
La intersectorialidad como modalidad de abordaje	66
Pensar la salud desde (y con) la comunidad	68
CONSIDERACIONES FINALES	71
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS	80
Anexo I. Transcripción de una de las entrevistas realizadas en el marco del TIF	80
Anexo II. Modelos de Consentimiento informado implementados, diferenciados según rol de informantes	97

ADVERTENCIA PARA LA LECTURA

Desde el punto de vista estrictamente gramatical, el género es una categoría que permite clasificar los sustantivos en masculino y femenino. Los sistemas lingüísticos en general, tal como los conocemos, tienen una inclinación constante a la masculinidad, tomando al hombre como modelo, medida y representación de la humanidad. Estas expresiones invisibilizan a mujeres e identidades queer, intersexuales y transgéneros entre otrxs ubicándolxs en una posición de subordinación, reforzando y reafirmando los estereotipos de carácter sexista.

Por otro lado, consideramos que el simple uso de la “a/o” da cuenta del binarismo de género al referirnos a lo masculino/femenino en nuestra redacción, respondiendo a la heteronorma, sin dar lugar a las expresiones sexuales y de género disidentes como las transgéneros, no binarixs, etc. (Pérez Orozco, 2014).

Comprendemos que los sistemas lingüísticos y la decisión de cómo escribir es un hecho político. Por este motivo, para no perpetuar estas formas discriminatorias y machistas, ni tampoco recaer en el carácter binario del lenguaje, decidimos reemplazar la “o” por la “x” en toda palabra que requiera utilizar el género en el desarrollo de la investigación.

Nos parece importante destacar que la implementación de la “x” no implicará la modificación de discursos o palabras de terceros, con el fin de respetar el lenguaje que cada unx expresa a lo largo de los capítulos.

INTRODUCCIÓN

En el presente Trabajo de Investigación Final se propone realizar una descripción, caracterización y análisis sobre los procesos de producción de cuidados en los tratamientos de las usuarias externadas del “Hospital Esteves”¹ (Temperley, Provincia de Buenos Aires) con relación a la perspectiva des/institucionalizadora que impulsa Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A).

El interés por investigar sobre esta temática surge a partir de nuestra participación en el año 2022 en el curso de la materia electiva de grado “Problemáticas de la Salud Mental en Argentina”, cátedra Faraone. Además, nuestra motivación para trabajar sobre este tema, se conforma a partir de otras experiencias laborales personales vinculadas al campo de la salud y de observar cómo influye la participación de las redes vinculares en los tratamientos de personas con padecimiento mental². Estas experiencias nos llevaron a problematizar los servicios de salud mental en instancias de seguimiento ambulatorio, pues hemos percibido incontables situaciones donde lxs usuarixs con padecimiento mental sufren las falencias del sistema de salud al momento de pensar e instrumentar la necesidad de creación de una red de dispositivos comunitarios que promuevan la atención y cuidado en salud mental a la vez que eviten internaciones innecesarias en concordancia con el marco normativo en vigencia. En este sentido, las falencias se expresan en escasas ofertas de dispositivos y/o instituciones donde realizar el tratamiento (ya sea por obra social, prepaga o de la esfera pública), saturación en las vacantes para las admisiones, reinternaciones por no realizar un tratamiento adecuado a las indicaciones post-alta luego del paso por la internación, entre muchas otras problemáticas. Es en esta instancia de complejidad en la accesibilidad a la atención por la falta de políticas en salud mental articuladas con recursos para la implementación de la normativa vigente, cuando las redes de cada usuarix configuran relaciones objetivas entre posiciones dentro del gran campo de la salud.

Por otro lado, y pensando en términos de actualidad, el campo de la salud mental se ve atravesado por múltiples condicionantes que dificultan la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, en adelante LNSM), normativa vigente desde el año 2010. Esto se vincula con una dirigencia política nacional de gobierno que promueve el desfinanciamiento al sector de la salud pública, sumándole a esto un detrimento de las

¹ El uso del nombre de la institución en la que se realizó la investigación fue autorizado por su actual Directora Médica, la Dra. María Rosa Riva Roure.

² La definición del concepto padecimiento mental adoptado en la presente tesina, reemplaza al de “enfermedad mental” en correspondencia con el Artículo 3 de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657).

condiciones materiales de vida de las personas con padecimiento de salud mental -y de la población en general-, y retrocesos en términos legislativos con la intención del regreso del *manicomio* como metodología posible de intervención en el campo³. Estos puntos mencionados operan en contra de lo establecido en la LNSM, y específicamente el último al que hacemos referencia se opone a los procesos des/institucionalizadores⁴ que se manifiestan en la normativa. Consideramos que la mejor forma de establecer la relevancia y el avance que representa la LNSM, es poder analizar un ejemplo como el PREA -que más allá de que su inicio es previo a la Ley, mantuvo su vigencia a lo largo de todos estos años- que trabaja desde una perspectiva comunitaria en defensa de los derechos de las mujeres usuarias del dispositivo.

En este contexto, poder pensar alternativas al manicomio y analizar dispositivos que han logrado resultados que perduran en el tiempo desde su implementación, nos parece pertinente para ponderar un abordaje comunitario con una perspectiva social por sobre lógicas de encierro. El análisis de los procesos de intervención y las estrategias impulsadas por lxs profesionales en la búsqueda de fortalecer las redes vinculares, como desarrollaremos a lo largo de esta investigación, pretende visibilizar la restitución de los derechos vulnerados de las usuarias⁵ perpetrados por la prolongación del encierro en hospitales monovalentes, en este caso particularmente en el Hospital Dr. José A. Esteves, de la localidad de Temperley, Provincia de Buenos Aires. En el marco de los procesos que transitan las usuarias hacia la externación, consideramos que es relevante la comprensión de las estrategias de intervención comunitaria en salud mental para dar cuenta de cuáles son los abordajes en este campo que fortalecen las redes vinculares en aquellas usuarias con trayectorias vitales atravesadas por las prácticas del manicomio y por falta de políticas específicas en el campo de la salud mental.

A partir de lo expuesto, elaboramos una pregunta-problema que ha guiado el presente trabajo de investigación: *“¿Cómo se relaciona la presencia de redes vinculares de las personas con padecimientos de salud mental con el diseño de estrategias de intervención de los equipos interdisciplinarios del dispositivo P.R.E.A?”*

En relación a la pregunta-problema desarrollada construimos el siguiente objetivo general del trabajo de investigación final:

³ Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos, 27 de diciembre de 2023, art. 34.

⁴ Ley Nacional de Salud Mental, 25 de noviembre de 2010, art. 27

⁵ Consideramos la utilización del término “usuaria” en contraposición a “paciente”, ya que el primero ubica a la persona que recibe atención por padecimientos de salud mental en un lugar activo y de decisión sobre su tratamiento por sobre la denominación de “paciente” que no ubica a la persona en un lugar protagónico dentro de su tratamiento. (Lemus Alcántara *et al.*, 2017).

“Describir, caracterizar y analizar los procesos de producción de cuidado en los tratamientos de las usuarias externadas del “Hospital Esteves” (Temperley, Provincia de Buenos Aires) en relación a la perspectiva des/institucionalizadora que impulsan los equipos interdisciplinarios del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A) entre los años 2023-2024”.

A su vez, se desprenden tres objetivos específicos que pretendemos responder en diferentes capítulos, es decir, cada uno de estos objetivos corresponde a un capítulo de la investigación, como será presentado en la estructura de la tesina:

- Describir y analizar los principales procesos históricos nacionales que caracterizaron la constitución del PREA como dispositivo alternativo al manicomio en el abordaje a la Salud Mental.
- Caracterizar las estrategias de externación y vinculación impulsadas por lxs profesionales del PREA con las usuarias y sus referentes comunitarios y afectivos (familias, pares, etc.) a partir de sus propias percepciones.
- Analizar y caracterizar los procesos de trabajo que implementan lxs profesionales del PREA desde el Centro Comunitario Libremente en relación al modelo de abordaje que propone el enfoque de salud mental comunitaria, a través de sus propias percepciones y la observación en dichos espacios.

Estructura de la tesina

En el capítulo 1 del presente trabajo de investigación final se plasmarán los principales aportes teóricos y ejes conceptuales que nos brindaron las herramientas necesarias para llevar adelante el análisis propuesto a lo largo de la investigación. Algunas de estas conceptualizaciones fueron desarrolladas en este capítulo para poner en tensión en el proceso investigativo, así como otras lo fueron para entenderlas como instrumento constitutivo de la experiencia del PREA.

El Capítulo 2, titulado *“Coyuntura nacional, Hospital Esteves y los inicios del PREA”* dará cuenta de los principales procesos de transformación producidos en el campo de la salud mental en Argentina en clave des/institucionalizadora. Además, realizaremos una breve historización del Hospital Esteves, institución donde se gestó el PREA como dispositivo

extramuros. Por último, se presentarán las principales características de la conformación del programa y el contexto nacional al momento de sus inicios.

El Capítulo 3, denominado “*La intervención del PREA en los procesos de externación*” se analizará sobre los procesos de intervención del PREA. Comenzaremos con una revisión de los inicios de este dispositivo y las principales transformaciones generadas desde el Hospital Esteves haciendo foco en los relatos de algunxs de lxs protagonistas de este proceso. Luego, continuaremos con una breve descripción de la organización del dispositivo y nos adentraremos en la intervención misma del PREA, analizando el aspecto político desde una perspectiva des/institucionalizadora en su inserción al campo de la salud mental, y tomando la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 como un eje fundamental en el proceso investigativo. Para finalizar este capítulo, incorporaremos al análisis los procesos de externación en sí mismos, desde la narrativa de lxs profesionales y retomando la voz de algunas experiencias de usuarias externadas recopiladas en el libro “*En nombre propio*” de Ardila Gómez.

El Capítulo 4, nombrado “*La comunidad y la producción de cuidados*” ahondará sobre las prácticas comunitarias difundidas por el PREA desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud (APS). Este apartado está atravesado por las concepciones teóricas de *producción de cuidados* (Merhy *et al.* , 2012) y *Salud Mental Comunitaria* (Bang, 2014) para comprender las estrategias del equipo profesional durante los procesos de recomposición y fortalecimiento de lazos sociales. Aquí explicaremos y analizaremos el lugar que ocupa el Centro Comunitario Librementemente como espacio de encuentro para las usuarias externadas del hospital. Además, incluiremos un breve análisis sobre la interdisciplina y la intersectorialidad como modalidad de abordaje del PREA. Por último, finalizamos nuestra investigación ubicando en el análisis a la comunidad, que concebimos como un actor fundamental tanto en el proceso de externación como la producción de cuidados que se promueven desde el dispositivo.

APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

Tipo de estudio y metodología utilizada

En el presente apartado describiremos y caracterizaremos la metodología diseñada para nuestro Trabajo de Investigación Final. La elaboración de este instrumento fue fundamental al momento de abordar el tema de estudio en relación a los objetivos planteados para el proyecto.

La metodología utilizada para la investigación es de tipo cualitativa, por lo que se encuentra caracterizada por la profunda descripción y exploración de los elementos dispuestos en el desarrollo del trabajo. Este tipo de metodología implicó “...interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes” (Hernández Sampieri, 2010, p. 11). En este sentido, siguiendo a Mendizábal (2007) la metodología cualitativa nos brindó un diseño flexible que nos permitió estar abiertxs a lo inesperado, a modificar nuestras líneas de investigación (sin alejarnos de nuestras preguntas y objetivos generales) y recabar datos a medida que progresamos con el estudio, revisando los distintos ejes de análisis.

Unidad de análisis

Luego de reflexionar en torno a los objetivos que orientan el proyecto, se definió a lxs trabajadorxs del dispositivo PREA como la unidad de recolección de información. Durante el desarrollo de la investigación, consideramos que para poder caracterizar y realizar el análisis propuesto nos deberíamos centrar en la producción de cuidados y los procesos por los cuales se generan los mismos. Para ello, consideramos relevante focalizarnos en las percepciones de lxs trabajadorxs en torno a su intervención con el fin de dar cuenta de las concepciones, acciones, prácticas e instrumentos que componen el proceso. Además, al estar analizando procesos de cuidados en donde hay un “otrx” que se concibe como un sujeto activo en la intervención, retomamos experiencias⁶ de usuarias del PREA dentro del mismo. De esta manera, definimos que la unidad de análisis abarca tanto a las estrategias de intervención de lxs profesionales del PREA como a las usuarias que participan en el programa. Es importante aclarar que la producción y obtención de datos, fueron construidas junto a cada unx de lxs profesionales individualmente con el fin de profundizar la aproximación a la diversidad de información relevada en campo y atender al objetivo general de la investigación.

Teniendo presente que el PREA cuenta con cinco equipos interdisciplinarios, consideramos pertinente entrevistar a cinco profesionales de tres de estos equipos. La articulación con la coordinadora del programa fue fundamental para acceder al contacto de cada uno de los integrantes del equipo. Las entrevistas que se realizaron fueron a dos médicos psiquiatras, una psicóloga, una acompañante terapéutica y un enfermero comunitario. En la selección de lxs entrevistadxs fue indispensable la representación de las cuatro disciplinas que

⁶ Las experiencias que tomamos para el análisis referido fueron obtenidas del libro “En nombre Propio” (Ardila-Gómez, 2019). Además, incorporamos experiencias y relatos recuperados de las entrevistas realizadas a lxs profesionales.

integran los equipos. Además, incorporamos para la producción de datos, cuatro entrevistas realizadas a informantes claves (IC): la coordinadora del PREA, la Lic. Viviana Irachet, Lic. en Trabajo Social Analía Monchetti, un referente histórico del PREA y la directora del Hospital Esteves, la Dra. María Rosa Riva Roure -quien también tuvo un paso como coordinadora del programa-. La información facilitada por ellxs fue fundamental para reconstruir los orígenes del dispositivo y su transformación a lo largo del tiempo. Por último, además de los datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas, se llevaron a cabo tres instancias de observación en la institución con el fin de ampliar la información obtenida en campo.

Obtención y tratamiento de la información

Para el trabajo de obtención de información se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco de lxs integrantes de los equipos interdisciplinarios del PREA. Cada una de ellas tuvo una extensión de una hora y media aproximadamente y se realizaron de manera virtual a través de la plataforma Zoom. Con excepción de las entrevistas realizadas a la Lic. en Trabajo Social Analía Monchetti y la Dra. María Rosa Riva Roure que fueron llevadas a cabo de manera presencial en el Centro Comunitario Libremente y en el Hospital Esteves respectivamente.

Así como fue mencionado con respecto a la metodología seleccionada, la decisión de avanzar con esta técnica de recolección de datos nos permitió contar con cierto grado de flexibilidad y así poder adaptar nuestras preguntas de acuerdo a las situaciones que enmarcan a cada una de las entrevistas. En este sentido, siguiendo los aportes de Marradi, Archenti y Piovani (2007) en torno a la espontaneidad de las entrevistas, podemos ubicar formas estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas. Las últimas dos se consideran que tienen la cualidad de ser “en profundidad”, por contener un alto grado de subjetividad en su desarrollo e implementación y sobre la información que se obtiene de la misma que “...*ha sido experimentada e interpretada por el entrevistado (...) y que ahora pasa a ocupar el centro de la reflexión, siendo problematizado y narrado*” (Montesperelli, 1998, como se citó en Marradi, Archenti y Piovani, 2007, p.219). La oportunidad de contar con esta flexibilidad para la obtención de los datos garantiza la posibilidad de dar respuesta a los temas centrales que buscamos abordar, sin perder de vista los emergentes de cada una de las entrevistas y/o cuestiones que no fueron contemplados al momento de iniciar la investigación.

Luego de finalizar el proceso de desgrabación de las entrevistas, avanzamos con el análisis de la información obtenida en las mismas realizando una primera codificación de los datos. En un primer momento esto implicó *“la sensibilidad teórica del investigador para extraer la esencia de los datos, elaborar conceptos y establecer relaciones entre ellos”* (Schettini y Cortazzo; 2016, p. 37). En este sentido, utilizamos el Método Comparativo Constante desarrollado por Glasser y Strauss, que nos permitió elaborar categorías teóricas para analizar y *“formular teoría a través de la generación de categorías conceptuales que el equipo investigador construye a partir de la evidencia empírica”* (Samter, 2017, p. 1). La comparación entre los datos y la teoría que se llevaron a cabo, se establecieron de una manera dialéctica, considerando que así se puede realizar un acercamiento más completo a la temática a partir del análisis de la información obtenida de las unidades de recolección de datos. Trazar esta relación en el tratamiento de la información nos permitió enriquecer el conocimiento generado en la presente investigación.

Nos parece pertinente destacar algunas situaciones que obstaculizaron y otras que facilitaron el acceso a la información obtenida para el desarrollo de la investigación. Para un primer acercamiento a la institución, iniciamos nuestro trabajo de campo de manera virtual realizando entrevistas vía Zoom. Avanzando con nuestra investigación, consideramos necesario efectuar ciertas entrevistas en los contextos de trabajo de lxs entrevistadxs, así como llevar a cabo instancias de observación que nos permitieran profundizar con nuestro proceso de inserción con la institución. En la instancia de avanzar con el trabajo de investigación in situ, se nos presentó como un obstáculo la considerable distancia presente entre el Hospital y el Centro Comunitario Libremente con respecto a las localidades donde vivimos. Además, el trabajo de campo nos implicó como investigadores pedir permisos en nuestros espacios laborales, lo cual nos generó dificultades en algunas situaciones particulares para coordinar encuentros.

Por otra parte, destacamos la predisposición de una de las trabajadoras sociales del PREA, Analía Monchetti y la coordinadora del dispositivo, la Lic. Viviana Irachet quienes nos facilitaron el contacto de lxs profesionales para coordinar las entrevistas. En todo momento mantuvimos una comunicación fluida y una gran disposición para poder acercarnos a la institución a fines de observar las actividades del programa, lo que identificamos como un facilitador para obtener datos sobre la dinámica institucional.

Por último, otra cuestión a tener presente fue la enorme voluntad de lxs trabajadorxs del PREA quienes desde un primer contacto brindaron su disponibilidad y su participación comprometida y atenta durante las entrevistas que llevamos adelante. Lo mismo destacamos

de lxs informantes claves que pudimos entrevistar. Como fue mencionado, la dificultad para acceder a la institución de forma presencial influyó también en las entrevistas, por lo que para facilitar la plena atención de lxs profesionales y aprovechar el momento de la entrevista al máximo, las mismas (en su mayoría) se desarrollaron de forma virtual con lxs participantes luego de sus respectivas jornadas laborales.

Resguardos éticos

Los procesos de producción de datos, las instancias de análisis y de elaboración estuvieron atravesados por un encuadre ético y una reflexión crítica permanente sobre las implicancias de la investigación para las personas entrevistadas.. En las entrevistas efectuadas se informó explícitamente a lxs entrevistadxs acerca del contexto en el que se realizaron las mismas, aceptando participar en el marco de un trabajo de investigación para la realización de una tesis de grado, de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Se solicitó el consentimiento informado y conformidad de lxs participantes verbalmente, antes de comenzar con la entrevista y luego se les compartió vía mail o presencialmente (depende el caso) un consentimiento escrito para ser firmado por lxs participantes. El Consentimiento Informado (CI), -del cual adjuntamos en el apartado “Anexo” el modelo utilizado- contiene tres aspectos centrales, *“la información, su comprensión y la voluntariedad de participación”* (Ministerio de Salud de la Nación , 2023, p. 13). En este documento, lxs entrevistadxs dieron conformidad para grabar las entrevistas con el fin de utilizar los datos recabados exclusivamente para la investigación, y se aseguró el mantenimiento del anonimato para el resguardo de su identidad. Asimismo, se hizo saber que podían concluir con su participación si la persona así lo deseara, *“en cualquier momento de la investigación, sin necesidad de dar razones y sin perjuicios para ella”* (Ministerio de Salud de la Nación, 2023, p. 13).

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

Para este primer capítulo, buscamos explorar los principales aportes teóricos que nos brindaron las herramientas para el análisis propuesto en la investigación. Los ejes conceptuales que desarrollamos serán retomados durante la investigación en relación a los datos obtenidos en nuestro trabajo de campo. Cabe aclarar que a lo largo del presente marco

teórico destacamos con letra oscura algunos de los conceptos que consideramos claves para el desarrollo de la investigación.

El primer apartado abarca la concepción de “*campo*” definido por Pierre Bourdieu en su obra y específicamente revisaremos aportes de otrxs autores en la concepción de la salud mental -de ahora en más SM- como “campo”. Dichas contribuciones serán herramientas utilizadas para la revisión de la historización de la SM en Argentina. En segundo lugar, explicaremos en dos apartados distintos la “*normalización*” por un lado y la “*medicalización*” por el otro, con el fin de comprender teóricamente las herramientas implementadas históricamente en el tratamiento hegemónico en SM. En tercer lugar, presentaremos algunos aportes en torno a la *producción de cuidados* y la *Medicina Social Latinoamericana*, en la construcción de una perspectiva alternativa en la intervención en SM y el enfoque que se pone en práctica en el dispositivo PREA que es el de *Salud Mental Comunitaria*. Por último, en términos “macro” nos parece relevante retomar experiencias y reflexiones en torno a la *externación* en nuestro país, finalizando el presente capítulo con uno de los ejes vertebradores de la presente tesis, que es el análisis de las prácticas des/institucionalizadoras, concepto fundante en el desarrollo de la investigación.

Salud mental como “campo”

La concepción de **campo**, siguiendo los aportes de Bourdieu (2002), comprende una lucha simbólica entre relaciones de fuerza en donde habrá que analizar cómo se desenvuelven sus formas específicas, entre el que domina y busca defender su monopolio, y quien intenta romper los esquemas y estructuras predispuestos en un espacio social determinado. Los aportes y reflexiones que ampliaremos con el artículo de Vargas Huanca (2021) en torno a la obra de Bourdieu, nos permitirá en el capítulo dos aproximarnos a la historización de la SM en nuestro país desde este enfoque.

Siguiendo a Vargas Huanca (2021) la reproducción de las prácticas individuales y colectivas en un espacio social, configuran a lo largo del tiempo una posición en el campo para los sujetos, es decir, que a partir de ciertas relaciones objetivas cada agente ocupa una posición en una relación de dominio o de poder. En Bourdieu, lo relacional es fundamental en la constitución de un campo y para trabajar sobre esto “*la lógica de los campos exige analizar la situación actual, así como la historia de las situaciones de un agente en un campo*” (Vargas Huanca, 2021, p. 332). Analizar las prácticas institucionales de los distintos momentos históricos en el campo de la salud mental, nos permite hablar de las instituciones y

de los sujetos que los componen en pos de comprender el accionar en los distintos dispositivos, sin olvidarnos que las relaciones de poder que se manifiestan en el campo según Bourdieu y Wacquant (2005) se dan en el marco de un juego en donde las reglas no son objetivas. Es decir, que la coexistencia de prácticas, intervenciones y perspectivas en las distintas épocas es una ley inherente a la constitución del campo.

Retomando los aportes de Bourdieu y Wacquant (1995), se entiende a las **luchas simbólicas** como las relaciones sociales a partir de las cuales se producen, reproducen y legitiman ciertas representaciones y prácticas frente a otras que se le oponen. En el ejercicio de estas luchas se pone en juego **capital simbólico** que según la percepción y legitimidad del mismo se traduce en poder simbólico dentro del campo. Estos elementos en la construcción de una discursividad, una institucionalidad y un debate en torno a los caminos a tomar hacia prácticas transformadoras en el terreno de la salud mental, son fundamentales para comprender que dicho proceso, se verá atravesado por avances y retrocesos y por prácticas con múltiples perspectivas conviviendo en un mismo campo. Como se mencionó previamente sobre lo postulado en torno a Bourdieu, en el juego de las relaciones de poder no hay reglas objetivas, por lo tanto, no existe una “fórmula” única para la construcción, planificación e implementación de prácticas innovadoras en este campo, es decir, se trata de enmarcar y situar las prácticas en un contexto determinado.

Por otro lado, para pensar el campo de la salud y las consecuencias de las reformas de Estado -sobre todo de la década del ‘90- que han dejado como resultado procesos de fragmentación del sistema y procesos tanto de descentralización como de desfinanciamiento, es menester recuperar el análisis de Spinelli (2010). El mismo define al campo como “*el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicalistas (...) organizaciones de la sociedad civil, pacientes, etc.), donde cada ‘jugador’ realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales*” (2010, p. 274). Siguiendo sus aportes, el campo de la salud -tanto en Argentina como en otros países- aparece como inviable (al menos desde lo económico) y en este sentido, su viabilidad sólo podría asegurarse sobre la base de mayores desigualdades y una progresiva exclusión de numerosos grupos sociales del acceso a la atención, “*configurando un escenario donde se podrá asistir progresivamente a una medicina para ricos, otra para pobres y a un porcentaje importante de la sociedad fuera de toda cobertura de salud*” (2010, p. 277). Los modelos de atención del proceso salud-enfermedad-atención, siguiendo al autor, pueden generar desigualdades y exclusión al interior del propio campo. El vasto espectro de prestaciones que se ofrecen, produce un

abanico de rentabilidades que ha empujado a los agentes interesados en el capital económico a concentrarse en las prestaciones de alta rentabilidad y en las poblaciones sanas con poder de pago de seguros médicos. Por otro lado, Spinelli menciona que lxs trabajadorxs de salud tienen una muy alta autonomía y los procesos de gestión son de los más complejos que presentan las instituciones de la sociedad actual. Es por esto, que en los cotidianos de sus organizaciones se asiste a una realidad constituida, en general, por una profunda desazón por parte de los trabajadores sobre el futuro de las mismas, ya que los cambios son percibidos como imposibles. Por consiguiente, considera que para configurar otras estructuras en este campo, se necesitan nuevos y más actores de manera de hacer estructurantes otras lógicas y procesos, imposible de realizar sin la activa participación de sus trabajadorxs y los conjuntos sociales destinatarios de esas prácticas. El autor considera que la potencia de la confluencia de conjuntos sociales y trabajadorxs de salud, se verá indudablemente fortalecida con el apoyo político y de estructuras de gobierno.

En relación al campo de la SM específicamente, Galende (2015) expresa que los problemas comprendidos en el mismo pertenecen enteramente a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas. Los valores **salud** y **padecimiento mental**, tanto en individuos como en los grupos humanos, los modos teóricos en que son abordados y los saberes que se ponen en juego, requieren de una referencia a la realidad social, recortan en ella un sector de la problemática subjetiva conformando una disciplina que instaura y regula el conjunto de prácticas ligadas a ese sector. El objeto de la SM en este sentido es social-histórico, es decir, que no se restringe exclusivamente a la producción de padecimientos mentales y las respuestas de atención-cuidado en relación a éstos, sino también a los valores que se desprenden de la misma. El autor manifiesta que en las políticas públicas *“se ha asumido más cabalmente que la salud mental forma parte de las condiciones generales del bienestar, se ocupa específicamente del bienestar psíquico y el sufrimiento mental, por lo que está estrechamente unida a las condiciones sociales de la vida”* (Galende, 1990, p. 81). En este sentido, la pareja, la familia, la vida comunitaria, la participación en la vida política, etc., no son las condiciones o el mero contexto del bienestar psicológico, sino que son el ámbito mismo de producción de valores de felicidad o sufrimiento del sujeto. Los valores a los que hace referencia el autor, como los sistemas teóricos del campo de la SM, son propios de cada cultura en cada momento histórico de su desarrollo.

Impacto de la subjetividad moderna y la “normalización” en Salud Mental

Las características del contexto histórico que pasaremos a desarrollar brevemente, se relacionan con la perpetuación de un abordaje institucional (podríamos hablar casi de 200 años) que se limita al ejercicio del control sobre usuarios con padecimiento mental en hospitales psiquiátricos, y consideramos que aún al día de hoy, son prácticas y/o discursos que siguen atravesando al campo de la salud mental en distintos ámbitos.

Desde el surgimiento de los dispositivos manicomiales como espacios específicos destinados al encierro de la locura hacia mediados del siglo XVIII (Foucault, 2003), las personas con diagnóstico psiquiátrico fueron excluidas de los espacios habituales de interacción social. A partir de este momento, la institucionalización manicomial indefinida se constituyó como respuesta preferencial del Estado para la atención de los sujetos con padecimiento mental. Proponemos recuperar los aportes de Erwin Goffman para comprender teóricamente la dinámica institucional que atraviesa el abordaje de la salud mental en el manicomio. El autor define como **institución total** *“un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”* (Goffman, 2001, p. 6). En esta línea de pensamiento, podría comprenderse al hospital psiquiátrico como una institución total, donde se reúne a un grupo conformado por personas que son consideradas peligrosas e improductivas para la humanidad. Otro elemento definitorio del concepto reside en las actividades de la vida diaria de los usuarios que residen en los hospitales psiquiátricos, que se desarrollan en un mismo lugar y bajo una única autoridad. Estas actividades se encuentran estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios (Goffman, 2001, p. 20). En las instituciones totales, las personas "movidas en masa" pueden confiarse a la supervisión de un personal cuya actividad específica es la vigilancia, es decir, controlar que los internos -quienes viven dentro de la institución y tienen delimitados contactos con el mundo-, hagan lo que se les exige, promoviendo una idea completamente contrapuesta a la concepción de la salud centrada en el cuidado de los usuarios. Según Goffman (2001), el personal suele juzgar a los internos como crueles e indignos de confianza, tendiendo a sentirse superiores y justos; mientras que los internos suelen considerar al personal como opresor o autoritario y suelen sentirse inferiores, débiles y culpables. Como consecuencia de ello, el personal mantiene a los internos por fuera de las decisiones. Dicha exclusión, proporciona al personal una sólida base para guardar las distancias y ejercer su dominio sobre ellos, manteniendo estereotipos antagónicos. En síntesis,

entendemos que es necesario comprender que las dinámicas propias de las instituciones totales descritas son inherentes a los manicomios, entre otras instituciones.

Por otro lado, Michel Foucault (2002) comprende a la libertad y al encierro como dos caras de una misma forma de ejercer el poder, lo que él llama como **economía del poder**. La subjetividad moderna considera que los espacios cerrados, (hospitales especializados, manicomios, prisiones) son adquiridos por un valor terapéutico: entendiendo al “loco”, al “criminal”, el “enfermo”, como sujetos que alteran el orden de la producción y circulación mercantil y afectan el equilibrio social, por lo que fue necesario la incorporación de espacios cerrados con componentes punitivos pero orientado a la resocialización, reorientación, rehabilitación, etc. De este modo, se desarrollan e implementan en el campo de la SM *“modalidades persuasivas, sugestivas, moralizantes, de interiorización de hábitos y normas de salud y convivencia, siempre en pos del control, la armonía social y el ‘interés general’”* (Bianchi, 2019b, p. 24). La existencia de estas instituciones y su injerencia en los tratamientos de la SM históricamente, no son una mera casualidad. La presencia de los manicomios -que se materializan en la figura de los hospitales monovalentes- se constituyen y consolidan a partir de procesos históricos que los ubican no solamente como la respuesta por excelencia de los estados modernos para el tratamiento de personas con padecimientos mentales sino también en dispositivos de control social transversales a toda la población.

El análisis de Foucault, permite comprender el lugar destacado que ocupan los estados modernos en el abordaje de la salud mental durante la conformación de los mismos, puesto que el otro es un otro peligroso, cuya existencia misma hace peligrar todo lo que bajo esta perspectiva es considerado normal para el conjunto social (Foucault, 2002). Bajo este enfoque, como el delito y la locura pasan a ser de orden público, el Estado se hace cargo de estos sujetos con el fin de proteger a la sociedad de su presencia. Desde entonces, enfermedad mental o delito son las opciones para quienes no responden a las normas del comportamiento o de la ley, conformándose un imaginario social sobre la locura como peligrosidad, consolidando al rol del psiquiatra como detentador de un poder de dominarla y controlarla (Galende, 2008a). Es decir, que el Estado Moderno asume la necesidad de control y custodia de aquellos sujetos considerados peligrosos en función del “bien común” y el actor incumbente para llevarlo a cabo es el médico por su título de especialista.

La medicalización de la sociedad

Con el crecimiento del prestigio de la profesión médica en las sociedades modernas, ésta logra obtener el dominio de la organización de la asistencia sanitaria, convirtiéndose en el principal agente reconstitutivo al tratar de “normalizar” la enfermedad y devolver a las personas la capacidad de “funcionar socialmente”. La respuesta social a la normalidad se vuelve terapéutica en vez de punitiva. Siguiendo a Peter Conrad, la profesión médica mantiene el rol de “*guardianes de la expansión o contracción de la medicalización*” (Conrad, 2013, como se citó en Bianchi, 2019a, p. 8). Es así como la **medicalización** de la anormalidad y el control social médico que la acompaña, ha predominado en las sociedades modernas. Siguiendo el análisis propuesto por Menéndez (2005), las instituciones médicas han sido descritas y analizadas exclusivamente a través de la mirada médica, lo cual define las características y funciones de lo que conocemos como **Modelo Médico Hegemónico**. Las principales características estructurales del modelo son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. Si bien dichos rasgos pueden ser observados en la medicina practicada antes del siglo XIX, durante este siglo se profundizarán y potenciarán esos rasgos hasta convertirse en las características dominantes de la **biomedicina**. Es importante resaltar que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades (Menéndez, 2005).

Para profundizar en el concepto de medicalización recuperaremos los aportes de Conrad (1982). Según el autor, las personas atribuyen un significado social a las enfermedades. Por lo tanto, éstas no son fenómenos en sí mismas, sino que refieren a juicios -negativos- que las personas emiten en relación a las condiciones que existen en el mundo natural; es decir que no son más que construcciones sociales. De esta forma, se buscan soluciones médicas para problemas de comportamiento y de “anormalidad social”, y cuando un médico define como enfermedad el estado de un ser humano, con su diagnóstico cambia el comportamiento de dicho ser y del entorno social que le rodea. Un estado social es añadido al estado biofisiológico al asignar el significado de enfermedad. Y como tanto el diagnóstico, como los tratamientos se fundan en juicios sociales, es comprensible que las condiciones definidas como enfermedad reflejen los valores sociales de una sociedad. En las sociedades occidentales, se da por sentado que la mayoría de las enfermedades tienen alguna base biofisiológica u orgánica, más no es esta una condición necesaria para que algo pueda

definirse como enfermedad. Aquello que en una cultura se considera normal, puede ser visto como completamente anormal en otra.

Entre los años 1968 y 1972, David Rosenhan realizó un experimento en hospitales psiquiátricos situados en diferentes lugares de EE.UU con el objetivo de conocer si los diagnósticos psiquiátricos respondían a la existencia en las personas internadas a raíz de presentar como consecuencia de presentar una serie de síntomas que pudieran ser categorizados; o, por el contrario, que los diagnósticos psiquiátricos se encontraran en las mentes de los observadores y no siendo resúmenes válidos de las características manifestadas por quien observa. Del experimento participaron el propio Rosenhan y once colaboradores considerados con buena salud mental llamados pseudopacientes, mientras que el personal del hospital no fue informado de tal experimento. Una vez admitido en la unidad, el pseudopaciente debía comportarse “normalmente”. Todos los pseudopacientes fueron dados de alta con un diagnóstico de esquizofrenia “en remisión”: un diagnóstico que Rosenhan consideró como evidencia de que la enfermedad mental se percibe como una condición irreversible que crea un estigma para toda la vida antes que como una enfermedad curable. El autor concluyó su investigación sosteniendo que si bien el sufrimiento psíquico existe, la normalidad y anormalidad, el estar “sano” y el estar “loco”, así como los diagnósticos que se deriven de ello, son posiblemente menos terminantes de lo que se cree generalmente. Agregó además, que las enfermedades tratadas por la medicina general no tienen necesariamente consecuencias fatales, los diagnósticos psiquiátricos en cambio conllevan estigmas personales, jurídicos y sociales (Rosenhan, 1988).

Salud Mental Comunitaria. La producción de cuidados y los aportes de la Medicina Social Latinoamericana

Si bien la influencia del Modelo Médico Hegemónico continuaba siendo predominante en el abordaje de padecimientos mentales, a partir de la década del ‘50 se desplegaron diversos procesos de reforma en el abordaje a la Salud Mental a nivel internacional. Las llamadas “Comunidades Terapéuticas” en Inglaterra, las denuncias que se producían sobre las condiciones de los Hospitales Psiquiátricos y el “Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria” en EEUU, leyes sancionadas dirigiendo la atención psiquiátrica por fuera de los hospitales psiquiátricos en Francia, el movimiento de “Psiquiatría Democrática” liderado por Basaglia en Italia dando comienzo al cierre del hospital psiquiátrico en Trieste, fueron algunas de las experiencias que dieron paso a la reforma. En todo este movimiento, se afirma un

reconocimiento acerca de que el problema del manicomio es social y político, de derechos y ciudadanía, no es un problema intrapsiquiátrico, por lo cual se debe resolver “desde afuera” de la psiquiatría (Galende, 2008a). Comienza de esta forma, la entrada de otras disciplinas y otros profesionales a las prácticas y a los hospitales psiquiátricos.

En línea con los movimientos que comenzaron a cuestionar el Modelo Médico Hegemónico, y ante la crisis de la salud pública desarrollista desencadenada en la década del ‘60, surge la **Medicina Social Latinoamericana** (MSL) como un paradigma teórico/epistémico que deja en evidencia las relaciones existentes entre clase social y problemas de salud. Como venimos mencionando, las instituciones médicas han tratado de negar el papel de los sujetos y de las condiciones sociales en el **proceso de salud/enfermedad** (Menéndez, 2005). El Modelo Médico Hegemónico excluyó los procesos históricos y condicionantes socioeconómicos, culturales e ideológicos respecto de la causalidad y desarrollo de los padecimientos. En contrapartida, la MSL plantea determinantes de clase social en los resultados de salud-enfermedad, proponiendo una ruptura de praxis con respecto a la de la salud pública: un encuadre teórico-metodológico colectivo, donde las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina (Iriart *et al.*, 2002). Los aportes de esta corriente de pensamiento en términos teórico/metodológicos consideramos que pueden impulsar el desarrollo de una intervención profesional fundada en comprender a las instituciones y a la población como una totalidad en el proceso salud/enfermedad.

Uno de los ejes importantes de la salud mental que fue abordado por la MSL y es fundamental en el desarrollo del presente trabajo, es la **producción de cuidados**. Desde esta corriente, se advierte que existen algunas acepciones sobre el cuidado que se adjudican en la responsabilización a los individuos y familiares por el cuidar o “descuidar” desligando todo tipo de dimensión histórica, económica y política, y por supuesto, eximiendo al Estado en su responsabilidad sobre el cuidado de las personas con padecimiento de salud mental (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). Al respecto del tema, Merhy, Feuerwerker y Silva consideran necesario repensar la producción de cuidados y “*construir nuevos modos de producir atención, colocando en escena la tensión acceso/barrera como construcción cotidiana del cuidar y no necesariamente como pasaje físico de un lugar situado afuera hacia otro lugar dentro del servicio de salud, o desde un nivel de cuidado hacia otro, como línea de acción en el campo de los servicios*” (2012, p. 29). En este sentido, los aportes de lxs autorxs se ubican dentro de un posicionamiento que pretende defender la vida intelectual y colectiva íntimamente unido a la idea de producción de nuevas redes de conexiones existenciales. La

construcción de estas redes se considera que se tejen en gran parte por la micropolítica que se materializa en el trabajo vivo de lxs profesionales de la salud mental, y principalmente, con la reconstrucción multilínea de lxs usuarixs teniendo presente la historia de su núcleo familiar, su enfermedad y su territorio de vida común.

El término cuidado tiene muchas acepciones y definiciones al respecto. Desde nuestro punto de vista, consideramos que es preciso tener presente los aportes de Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez donde se comprende al cuidado como atención integral en salud. Esta concepción implica, *“la conjugación de las acciones ‘sanitarias’ con otras, así como la relación entre diversos saberes -técnicos y no técnicos- en tanto se concibe a las problemáticas en salud desde su complejidad.”* (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014, p. 220).

La concepción de producción de cuidados se encuentra íntimamente vinculada a la **Salud Mental Comunitaria** la cual comprendemos que incluye diferentes ideas del campo de la salud, desde la **Atención Primaria de la Salud (APS)**⁷, la integralidad y concepción de las problemáticas como situaciones complejas, **la intersectorialidad** y **la interdisciplinariedad** entre otras. Por otro lado, siguiendo los aportes de Bang (2014), además de estos elementos se incorpora la creatividad colectiva como un elemento importante para reflexionar en torno a la salud mental en el trabajo comunitario. Ampliaremos en profundidad la importancia de la producción de cuidados y el rol de la comunidad en PREA en el capítulo 4.

Procesos de externación en Salud Mental en Argentina: Experiencias y debates

Para comenzar con el apartado vinculado a la externación, siguiendo los aportes de Saraceno (2003), concebimos a esta como una estrategia de intervención y de rehabilitación⁸ mientras se favorezca en este sentido la reconstrucción de ciudadanía e inclusión social, tomando distancia de intervenciones al interior del hospital psiquiátrico. Desde esta óptica, analizaremos los procesos de externación promovidos desde el PREA.

⁷ La APS es una estrategia para la atención que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. Esto según el documento “A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs” elaborado por UNICEF en el año 2018.

⁸ En el campo de la salud mental el concepto de “rehabilitación” es un término polisémico, por lo tanto, para diferenciar la concepción de la psiquiatría tradicional e institucionalista consideramos que *“no es la simple restitución de sus derechos formales [de lxs usuarixs], pues la construcción de esos derechos fundamentales es parte de una construcción (afectiva, de las relaciones, material, de habitación y productiva), que es la única rehabilitación posible”* (Saraceno, 2003, p. IX).

Una de las investigaciones identificadas que analiza los procesos de externación llevados adelante por el Programa de Preadmisión del Hospital Borda (CABA) (Tisera *et al.*, 2009) pone en tensión la dicotomía ¿externación o expulsión? del hospital psiquiátrico. La definición que ubican para denominar a la **externación** indica que se trata de una “*serie de procedimientos y acciones que se ponen en juego con el fin de lograr el acceso a la autonomía psicosocial de los usuarios de un servicio de salud mental como es la internación*” (Tisera *et al.*, 2009, p. 196). Siguiendo con esta definición, fundamentan que las acciones que se implementan deben garantizar los derechos de las personas externadas para que pueda continuar con su tratamiento y al mismo tiempo gozar de una ciudadanía plena.

Por otro lado, Spadea (2019) considera la problemática habitacional emergente en los procesos de externación en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Además, realiza una problematización de las articulaciones institucionales, los obstáculos y las resistencias que se presentan en el abordaje de la complejidad que comprenden las externaciones. Es interesante cómo la autora destaca que la situación habitacional surge como una problemática a la cual parece que no se le puede dar respuesta a diferencia de otras cuestiones tales como el empleo o ingresos monetarios, lo que invita a reflexionar sobre el vacío con respecto a políticas públicas que construyan y protejan el acceso a la vivienda para personas con padecimientos mentales en proceso de externación.

Para finalizar, Garbus (2010) problematiza la accesibilidad a servicios de salud de personas con padecimiento mental externadas y cómo las políticas públicas impulsadas por el Estado muchas veces estigmatizan al mismo sujeto al que son dirigidas. La autora analiza que la condición de **política focalizada** reproduce los procesos de estigmatización en “*la necesidad que existe de subrayar la condición social de paciente psiquiátrico, pobre, desempleado, excluido, para lograr la inclusión de estos sujetos dentro de los programas*” (Garbus, 2010, p. 315). De esta manera, una de las reflexiones que nos surge a partir de la investigación de la autora en torno a los procesos de externación, es que las políticas públicas implementadas para una inclusión efectiva de las personas con padecimiento mental en la comunidad, implica trabajar también sobre las personas de la comunidad, dentro de los que se pueden incluir vecinxs, redes afectivas de las usuarias -familia, amigxs, etc.- o hasta otras instituciones que no pertenezcan necesariamente al campo de la salud. Tanto esta cuestión como la integralidad de las políticas públicas son ejes fundamentales para que en su implementación se garanticen los derechos ciudadanos de esta población.

Pensar la “Des/Institucionalización”

Por último, para finalizar con el primer capítulo es necesario reflexionar sobre uno de los ejes principales de la presente tesina, que son los procesos de **des/institucionalización**. Pero ¿Qué implica en un proceso “des/institucionalizar”? ¿Se trata de un tipo de práctica/s determinada/s? O podría ser, ¿Una construcción de un tipo de intervención con un objetivo claro? Quizás, una de las cuestiones centrales de los debates en torno a la des/institucionalización es el *¿Cómo?*

Al momento de reflexionar en torno a los procesos considerados, recurrimos a la exploración de dos sentidos y prácticas asociados con el concepto de desinstitucionalización, sin barra: prácticas deshospitalizadoras y prácticas de expulsión.

Siguiendo a Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987), la desinstitucionalización en múltiples casos se ha practicado (y se practica) con **finés administrativos con el objetivo de realizar una reducción económica y de camas hospitalarias**, y por ende, se produce un **desplazamiento del Estado como responsable de las personas con padecimientos de salud mental**. Estas prácticas, denominadas de **deshospitalización** incurren en el abandono de usuarixs en el proceso de desinstitucionalización. Las mismas se tratan de iniciativas e intervenciones vinculadas al arco político del **neoliberalismo y el conservadurismo**. Al mismo tiempo, lxs autorxs refieren un sentido contrapuesto del término desinstitucionalización tomado por ciertos técnicxs y políticxs retomado con “...la esperanza de la abolición de todas las instituciones de control social y se amparaba en la perspectiva antipsiquiátrica” (Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987, p. 166). En su análisis, destacan la coexistencia y tensión entre prácticas de deshospitalización (reducción de camas en hospitales, política de altas) en relación a procesos transformadores encuadrados en la restitución de derechos y abolición de formas de control social⁹.

Para poder avanzar en los procesos de transformación de la atención y cuidado en SM, consideramos que es de vital importancia ubicar al sujeto con padecimiento mental como **sujeto de derecho activo en todo el proceso, hasta poder alcanzar una posible externación para su inserción progresiva en la comunidad, con todas las complejidades que esto implica**. En este sentido, decidimos seleccionar el concepto que utilizaremos a lo largo de la tesina que es el de des/institucionalización -con barra invertida-, por las fortalezas

⁹ Cabe destacar que el artículo de Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987) reflexiona desde la experiencia italiana y europea, por lo tanto, lo que nos interesa destacar son algunos primeros puntos de vista en torno a las concepción de desinstitucionalización. Lxs autores en el desarrollo del artículo apoyan las prácticas mencionadas desde una perspectiva antipsiquiátrica y transformadora anclada en la experiencia italiana de Trieste.

y alcances que contiene para el problema de investigación que abordaremos. Siguiendo los aportes de Silvia Faraone (2013), la noción de des/institucionalización contribuye a la problematización de la definición de afecciones de SM limitadas en muchos casos a dimensiones patológicas tales como enfermedad o trastorno. La definición de padecimiento, acogida por los procesos de des/institucionalización *“afines a la garantía de los derechos sociales y políticos de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental”* (Faraone, 2013, p. 37), instituyen subjetividad en la persona que atraviesa una afección en SM. Asimismo, esta cuestión nominal implica también una decisión política, haciendo referencia a un dispositivo de SM en cárceles (Faraone, 2015a), la autora indica que la decisión de implementar estrategias des/institucionalizadoras en estos ámbitos implica cuestionar *“la opresión y la ausencia del derecho a la asistencia en salud mental en población privada de libertad”* (Faraone, 2015a, p. 75). Consideramos que la fuerza de esta concepción reside en pensar nuevos dispositivos que desafíen lógicas manicomiales y deshumanizantes, a partir de una perspectiva ideológica anclada en recuperar y legitimar las voces de las más vulneradas y en la producción de estrategias que promuevan la vida en la comunidad. El componente político de la concepción nos permite comprender los procesos de des/institucionalización como prácticas generadas en escenarios complejos que implican tensiones, oportunidades, avances y retrocesos en la búsqueda de proponer prácticas transformadoras y dispositivos innovadores extra murales.

La incorporación de esta perspectiva para los procesos que estamos analizando, es fundamental en la construcción y reflexión en torno a las prácticas que buscamos ponderar y valorar, en pos de la recomposición de los lazos sociales de las usuarias con sus familiares y/o vínculos afectivos que acompañan.

CAPÍTULO 2: COYUNTURA NACIONAL, HOSPITAL ESTEVES Y LOS INICIOS DEL PREA

En este segundo capítulo de la presente tesis, nos interesa realizar una breve historización de la conformación del campo de la salud mental en Argentina describiendo las principales experiencias de los últimos cincuenta años de historia. Consideramos que los distintos movimientos y transformaciones que se generaron a lo largo del tiempo, están implicados en el proceso de conformación del dispositivo PREA como la institucionalidad del campo de la salud mental en sí. Siguiendo a Galende (2008b) el campo está atravesado por una situación conflictiva y contradictoria, en donde coexisten teorías y prácticas antagónicas

por lo que no se logra visualizar una meta clara. Esto nos lleva a realizar una revisión sobre algunos momentos históricos identificados para establecer algunas coordenadas con respecto a la coyuntura actual del campo de la salud mental.

Por otro lado, ampliaremos la revisión del campo de la salud mental en Argentina con una breve historización del Hospital Esteves, donde se originó y formuló la constitución del PREA, con el fin de analizar las transformaciones que se generaron a lo largo del tiempo en dicha institución y a partir de qué sucesos se fue conformando la idea de un dispositivo alternativo al hospital.

Finalmente, describiremos y caracterizaremos al dispositivo¹⁰ PREA originado a fines de la década de 1990 en el Hospital Esteves. Para este apartado, fue necesaria la incorporación de diferentes documentos periodísticos que han brindando los aportes históricos necesarios para realizar la descripción.

En el escenario de disputa paradigmática en el campo de la salud mental aún abierta, cobra especial relevancia la conformación de dispositivos sustitutivos o alternativos al manicomio. En este punto, nos parece importante destacar que la atención e intervención del dispositivo precedió a la sanción de la LNSM, marcando un camino y un ejemplo para el desarrollo de otros dispositivos con estas mismas características. Junto con la precedencia de este dispositivo, a partir de la sanción de la ley, entra en vigencia un marco regulatorio a nivel nacional que respalda y acompaña la intervención del PREA, lo que implica un gran avance en la consolidación de dispositivos alternativos al hospital en clave des/institucionalizadora.

Breve historización del campo de salud mental en Argentina

Por motivo de decisiones metodológicas y de extensión de la historización del campo de la salud mental en Argentina, comenzaremos a partir del contexto de la última dictadura cívico-militar del año 1976, donde se produjo un marcado deterioro de las instituciones monovalentes y se fracturaron experiencias innovadoras en perspectiva transformadora del enfoque asilar - manicomial (Faraone y Barcala, 2020). Con el regreso de la democracia se comenzaron a denunciar distintos hechos ocurridos en dicho período histórico. Para el campo de la salud mental, el *Informe Goldemberg* aportó elementos en torno a la situación de las instituciones donde se caracteriza “*el deterioro del sistema de asistencia, aumento considerable del número de internados, disminución de los recursos humanos, incremento de*

¹⁰ Comprendemos como dispositivo a “...un conjunto decididamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas(...)” (Foucault, 1985: 128)

las prácticas de aislamiento (...) la implementación de prácticas represivas, y la anulación de todo intento de prácticas preventivas” (Faraone, 2015b, p. 64).

Es pertinente caracterizar un antecedente que marca una estrecha relación con el Hospital Esteves en términos de territorialidad¹¹, precedente del último golpe de estado y víctima del deterioro del sistema de asistencia durante la dictadura militar. Nos referimos a la experiencia impulsada por el Dr. Goldemberg en el Hospital General Evita de Lanús¹². En 1956, Mauricio Goldemberg ocupó el cargo de jefatura en el Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús. Expuso el proyecto *“Estado actual de la asistencia psiquiátrica en el país”* en 1958, con el objetivo de buscar la solución a la problemática de hospicios llenos, mal atendidos y costosos económicamente, así como la desatención de gran parte de la población. Es decir, buscaba una alternativa a la asistencia psiquiátrica tradicional, en sus palabras *“las instituciones psiquiátricas, en general, eran cerradas. Sus recursos terapéuticos eran fundamentalmente biológicos: electroshock, insulino-terapia, etcétera. (...) Entonces se planteó otra manera de ver el trabajo. En primer lugar, respetar las personalidades. En segundo lugar, un servicio totalmente abierto”* (Goldemberg en Diamant, 2005, p. 4). Comenzó a funcionar dentro del hospital general un Servicio de Psiquiatría con consultorios externos, que además contaba con una “patrulla comunitaria” con salida a la comunidad. Una de las ventajas que señaló Goldemberg de los tratamientos ambulatorios, era que las personas no perdían contacto con sus familiares y referentes afectivos. Bajo esta perspectiva, el usuario no se veía llevado a sentirse diferente de los que tenían cualquier otra enfermedad atendida por la comunidad hospitalaria. Asimismo, la internación resultaba más económica por lo breve de la estadía. El criterio era que el usuario se reintegrara rápidamente a la sociedad y al trabajo. Goldemberg fue un hito para la historia de la salud mental comunitaria argentina pues la experiencia en Lanús permite, en términos de Merhy, Feuerwerker y Silva (2012), colocar en escena la tensión acceso/barrera como construcción cotidiana del cuidar, y pensar la persona en términos integrales. Comenzando a trabajar en la comunidad cercana al hospital, *“Se limpiaron las calles, se hicieron pozos para inodoros, trabajamos mucho con la escuela, con las maestras que atendían chicos con dificultades, con las mujeres (...) ¿Si esto es salud*

¹¹ (.....)Más allá de la cercanía espacial (el Hospital Esteves pertenece a la Región Sanitaria VI que abarca los municipios de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, entre otros) ya que esta *“se transforma en territorio cuando una persona, un grupo o una comunidad le asigna significados, representaciones compartidas. Si el espacio no es representado como tal, no hay territorio”* (Tobar, 2010 en Ussher, 2015). En este sentido, las experiencias des/institucionalizadoras del Hospital de Lanús influyeron en los procesos llevados adelante en el Hospital Esteves posteriormente.

¹² La historia de la experiencia del Dr. Goldemberg fue extraída del artículo publicado por la Lic. Lucía del Carmen Amico (2004). De todas formas, también lo hemos complementado con notas de campo realizadas a partir de las entrevistas efectuadas a informantes claves de la investigación.

mental? Si. Porque para tener salud mental primero hay que tener salud” (Goldemberg en Diamant, 2005, p. 4). Entre los años ‘60 y la apertura democrática de los ‘80 hubo una interrupción arrasadora provocada por la dictadura cívico-ecclesiástica-militar que hizo que los equipos de salud se replegaran, y por ende, se retrocedió con los procesos de transformación promovidos desde el hospital.

Iniciado el proceso de reapertura democrática en el año 1983, comienza un devenir de contenido de políticas transformadoras, implementando una serie de políticas centradas en la des/institucionalización, que formularon acciones tendientes a un cambio en el área. La creación de la Dirección Nacional de Salud Mental, pone en el primer plano del escenario político-sanitario, la discusión acerca de la ilegitimidad de la institución manicomial a través de la generación de cambios sustantivos de los modelos de abordaje y propuestas alternativas tendientes a la disminución de las internaciones en los manicomios y una transformación en la formación de los trabajadores de la salud mental como pilar esencial (Faraone, 2015b). Se instalaron en las salas de lxs usuarixs “crónicos” modificaciones en las prácticas cotidianas y estrategias extramuros como trabajo con familias, trabajos grupales y talleres, articulación interinstitucional, salida de lxs usuarixs, etc.

En 1984, se realizó una campaña que tuvo como objetivo alentar a las provincias a reorganizar sus servicios de SM según los enfoques propuestos por la OPS (1989), haciendo hincapié en el abordaje ambulatorio, la hospitalización a corto plazo, rehabilitación social, entre otros. Estas reformas tuvieron apoyo del Gobierno nacional y se conforma el Consejo Federal de Salud Mental que incluía dentro de sus responsabilidades la “promoción de una ley nacional”, teniendo como planteamiento fundamental “*considerar a la Salud Mental como derecho de las personas y las comunidades y su cuidado como deber de Estado*” (Faraone *et al.*, 2015, p. 65). Fue la primera vez que, desde la estructura sanitaria del Estado nacional, se incorporaron factores singulares, históricos y sociales a la problemática de la salud mental, y con esto, fue una oportunidad en que se promovieron transformaciones en los grandes hospitales psiquiátricos, sumado a la articulación estrecha de las políticas de salud mental y el sistema sanitario.

A partir de 1989 con el cambio de gobierno a nivel nacional, se produjo un desmantelamiento y desarticulación de los procesos de transformación que se promovieron en el área de salud mental en la gestión anterior. El método de acción de esta política se apoyó en la “descentralización” de los programas, adjudicando a cada provincia o cada grupo de intervención de los programas existentes dando como resultado “... *proyectos de atención no manicomiales desmembrados, aislados y muy diferentes según las jurisdicciones*” (Faraone *et*

al., 2009, p. 8). A pesar del retroceso generado con las políticas promovidas por la gestión de la década del '90, algunas de las articulaciones interjurisdiccionales se mantuvieron a lo largo del tiempo lo que dio como resultado la Conferencia Nacional de Salud Mental, evento realizado en Río Negro en octubre del año 1994. En un contexto atravesado por el vaciamiento de políticas públicas que desfavorecían el desarrollo de prácticas innovadoras en salud mental, esta instancia de encuentro y debate invitó a trabajar entre otras cosas en “...una perspectiva para el cambio basada en lineamientos políticos de descentralización–democratización a través de trabajo preventivo, trabajo comunitario, trabajo interdisciplinario y trabajo intersectorial” (Faraone et al., 2009, p. 8). En este marco, los retrocesos a nivel nacional en términos de políticas en salud mental no implicaron necesariamente una desaparición de prácticas y/o dispositivos, sino una búsqueda de una transformación sustantiva de las prácticas manicomiales.

Consideramos importante, antes de avanzar sobre la relevancia de la LNSM vigente al día de hoy, mencionar algunas experiencias importantes que antecedieron a la sanción de la normativa y que a la vez establecieron algunas coordenadas posibles pensando en torno a prácticas des/institucionalizadoras.

La elección de Río Negro para la Conferencia mencionada anteriormente no fue casualidad. En 1988, acompañado por el aire de época de transformación en el campo de la salud mental, se consolidó el cierre del Hospital Psiquiátrico de Allen, y al mismo tiempo, se “fortalecieron estrategias de abordajes desde los hospitales generales, así como prácticas comunitarias, y el desarrollo de cooperativas de trabajo” (Faraone y Barcala, 2020, p. 132). Lo novedoso del proceso de cierre del hospital, es que no se decidió repentinamente, sino que se trató de construir dispositivos alternativos al hospital. Una vez que se avanzó con políticas que promovieron la constitución de equipos interdisciplinarios alternativos al trabajo realizado en hospitales psiquiátricos, se sancionó la Ley Provincial de Salud Mental 2440/1991 de Río Negro prohibiendo la existencia de hospitales monovalentes en el territorio una vez ya establecidos los equipos que acompañarían a lxs usuarixs que se encontraban previamente internadxs. En este sentido, esta experiencia en la localidad del sur argentino denominada de “desmanicomialización”, implicó no sólo un desarrollo de este tipo de prácticas en el área de SM del hospital específicamente, sino también de “otros sectores y programas de salud provinciales y municipales, que buscaban encontrar nuevas formas de pensar y de implementar acciones (...) para resolver los complejos problemas de las personas, familias y comunidades” (Cohen y Natella, 2013, p.129).

Otro antecedente que nos parece interesante mencionar en clave des/institucionalizadora es el dispositivo de salud mental en cárceles consolidado en la provincia de Santa Fe entre los años 2004-2011. Algo interesante de esta experiencia, siguiendo el artículo de Faraone (2015a), es que lxs propixs trabajadorxs reconocen que el proceso de trabajo implementado, implica una sustitución de lógicas manicomiales. En este sentido, la autora refiere que la implementación de prácticas sustitutivas y las transformaciones llevadas a cabo en el dispositivo de salud mental en cárceles, establecen la necesidad de poner en marcha prácticas antagónicas a procesos deshospitalizadores (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 1987, como se citó en Faraone, 2015b) que se llevaron adelante en la provincia previamente. Lo relevante de esta concepción elaborada por lxs trabajadorxs, es que permite comprender que la reproducción del manicomio se genera a través de distintas vías, y no solo se trata de los muros físicos de la institución manicomial. Previo a la implementación de este dispositivo, hubo una legislación que acompañó este proceso; en el año 1991¹³ se sancionó la ley provincial de Salud Mental 10.772 que “...*además de garantista de derechos, es innovadora en la promoción de abordajes alternativos al orden manicomial*” (Valero y Faraone, 2016, p. 94). Ahora bien, la experiencia¹⁴ en concreto siguiendo la descripción de Valero y Faraone (2016), fue realizada en el pabellón psiquiátrico en la cárcel de Coronda instalado en el año 1985 donde se alojaba a personas con padecimiento mental con un promedio de veinticuatro personas, alcanzando en un momento la cantidad de treinta individuos teniendo una capacidad máxima de veinte. En ciertos casos, algunos de ellos se encontraban cumpliendo una pena, otro conjunto se encontraba con proceso penal en curso, mientras otro grupo estaba integrado por personas en cuyos procesos fueron hallados como inimputables. En el año 2005, la Dirección de Salud Mental de la provincia comenzó a trabajar en esta institución denominada “corralito”, por su fuerte componente manicomial y de encierro. El proyecto contó con un equipo interdisciplinario (psicólogxs, psiquiatras, enfermerxs, trabajadorxs sociales y abogadx) con el fin de externar a las personas alojadas hacia espacios asistenciales de carácter no penitenciario. Para el año 2008, se produce el cierre definitivo del pabellón donde catorce de las veintidós personas alojadas allí se hallaban como inimputables. Analizar estas experiencias que antecedieron a la sanción de la LNSM

¹³ Es preciso aclarar, que más allá de que la ley provincial se sancionó en el año 1991, recién fue reglamentada en 2007, luego de 16 años de su promulgación

¹⁴ Cabe destacar que la experiencia del “corralito” no fue la única desde una perspectiva de sustitución de lógicas manicomiales. Por una cuestión metodológica y de extensión decidimos mencionar solo esta experiencia en particular.

consideramos que es fundamental para problematizar y dimensionar otros procesos des/institucionalizadores.

El establecimiento de los derechos humanos como política de Estado -a partir de las presidencias de Néstor y Cristina Kirchner- generó un impacto en las políticas públicas debido a su función reparadora en lo que hace a los crímenes de lesa humanidad de la última dictadura militar y a las violaciones a los derechos humanos (Fresneda, 2015). Como venimos narrando, la LNSM encuentra antecedentes en intentos y propuestas que se reflataron a partir del retorno a la democracia y que fueron notablemente obstaculizados por las reformas de los '90, y en la producción de los equipos de salud mental que acompañaron la lucha de los organismos de derechos humanos. Agregamos como un hito predecesor a la sanción, el informe sobre la situación de las personas en instituciones psiquiátricas “*Vidas arrasadas*” del CELS/MDRI (2007), donde se expone la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Este informe registra graves hechos de abuso y negligencia en estas instituciones y documenta, incluso, casos de personas que han muerto incineradas en celdas de aislamiento, exposición a privación sensorial mediante el aislamiento por un largo período de tiempo y actos de violencia física y sexual. También detalla condiciones de vida peligrosas e insalubres, tales como la falta de agua en los baños, ausencia de cloacas, amenazas a la seguridad y riesgos de incendio en las instituciones (Informe CELS, 2007).

A diferencia de otros países (Italia, Brasil, Chile, entre otros), en la Argentina se inicia un proceso legislativo con leyes jurisdiccionales que ponen el eje en reformas psiquiátricas (Faraone, 2012). El tratamiento de una de una normativa general de salud mental de alcance nacional y bajo perspectiva de Derechos Humanos, fue un desafío asumido en la Comisión de Salud de ambas cámaras legislativas. En la presentación del primer proyecto de ley nacional de salud mental en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, en el año 2006, se generaron foros, encuentros y debates públicos en los cuales participaron académixs, organismos internacionales, autoridades políticas, asociaciones de profesionales, familiares y usuarixs de servicios de salud mental, que plantearon diversas teorías en torno a la problemática de la salud mental y a los procesos de reforma psiquiátrica. En diciembre de 2010, fue aprobado por ambas cámaras y sancionado como ley (Ley 26.657) uno de los tantos proyectos presentados. A lo largo del arduo proceso de debate se expusieron diferentes intereses corporativos, ideológicos y teóricos que fueron parte del proceso de legitimación, de reglamentación e institucionalización de la ley y de las prácticas innovadoras que la misma conlleva. En este sentido, consideramos que la sanción de la LNSM es producto de la relación entre múltiples factores “...entre ellos la multiplicidad de actores y fuerzas sociales

involucrados, con estrategias parciales o fragmentadas, regidas por lógicas divergentes o contrapuestos, y cimentadas simultáneamente en la funcionalidad y en la contradicción.” (Bianchi, 2019b, p. 14). Interpretar estos movimientos, dinámicas y resistencias, es fundamental en la comprensión de la salud mental como campo.

Finalmente, en los debates parlamentarios se observó que la construcción de una ley nacional de salud mental con vistas a garantizar los derechos humanos de quienes padecen sufrimiento psíquico, merece discusiones y debates en torno al poder disciplinar, a las lógicas de encierro y a los procesos que consolidan espacios des/institucionalizadores. Citando a Faraone, *“la LNSM constituye un instrumento trascendente en la construcción de una institucionalidad centrada en la garantía de los derechos humanos de lxs usuarixs de los servicios de salud mental y en la organización de las prácticas y saberes”* (Faraone, 2012, p. 60). Consideramos que la misma se trata de un instrumento necesario y fundamental para que las experiencias des/institucionalizadoras puedan consolidarse a nivel nacional con el fin de proponer abordajes alternativos al encierro en instituciones psiquiátricas¹⁵.

Para finalizar el presente apartado, retomaremos algunos de los artículos centrales de LNSM que contienen un fuerte componente des/institucionalizador en su impronta. La sanción de la ley en tanto marco regulatorio, reconoce a la Salud Mental *“como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”* (Ley Nacional de Salud Mental, art. 3, 2 de diciembre de 2010), causando un cambio sustancial en los modelos de concepción y atención en el campo. De esta manera, siguiendo el capítulo V de la LNSM, art.9, este proceso de atención prioriza el abordaje interdisciplinario e intersectorial, fuera del ámbito de internación hospitalaria preferentemente. Además, se orienta al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (LNSM, 2010, art.9), ejes centrales en el abordaje del PREA. Asimismo, se considera a la instancia de internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, donde en ningún caso ésta puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda (LNSM, 2010, art.14 y 15). Previo a la sanción de la LNSM ya se podía hablar de una convivencia entre prácticas innovadoras, prácticas deshospitalizadoras y prácticas asilares (Faraone *et al.*, 2009),

¹⁵ En Argentina, 12.035 personas se encontraban internadas en hospitales psiquiátricos -monovalentes- y el promedio de tiempo de permanencia en esas instituciones es de dos a ocho años, según el 1° Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental del año 2019, que fue realizado por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

por lo que a pesar de tener vigente al día de hoy una legislación que protege los derechos de las personas con padecimientos de salud mental y promueve prácticas transformadoras, éstas solo se podrán efectivizar en un campo que se encuentra atravesado por avances, retrocesos y contradicciones en sus distintos ámbitos de injerencia.

Para dar luz a estas relaciones de fuerzas históricas a las que refiere Faraone, podemos retomar a Bourdieu (1988) y su concepto de “lucha simbólica”. Según el autor, hay un elemento vinculado a la legitimidad de las prácticas y otro más vinculado a la percepción de éstas. Lo que nos interesa incorporar de esta concepción, es la comprensión de que la introducción de una legislación des/institucionalizadora a nivel nacional, su correspondiente reglamentación y la puesta en práctica de esta perspectiva en diversos dispositivos, no constituye de manera determinante el devenir de las instituciones que trabajan con personas con padecimiento mental, sino que se requiere también de políticas públicas específicas acordes para acompañar este proceso. Más allá de esto, la transformación en el ámbito legislativo impulsa un avance en términos simbólicos -y prácticos también, a partir de su posterior reglamentación- fomentando estructuralmente el desarrollo de prácticas innovadoras en el campo de la salud mental.

Antes de adentrarnos directamente con el análisis del PREA como dispositivo des/insitucionalizador, realizaremos una breve descripción del Hospital Esteves para comprender con mayor profundidad el marco en el que se inserta el programa.

El Hospital Esteves y la incorporación del PREA

En el siguiente apartado, describiremos ciertas características pertinentes de los orígenes del Hospital Esteves y algunas de sus transformaciones a lo largo de su historia hasta la fundación del PREA como un dispositivo externo a la institución hospitalaria pero articulado con las acciones llevadas a cabo por el mismo. La propuesta del PREA, más allá de tratarse de una iniciativa correspondiente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, tuvo un fuerte impulso principalmente por parte de las autoridades del hospital a fines de la década del ‘90. Por lo tanto, nos parece pertinente reflexionar en torno a las transformaciones internas que se desarrollaron y el contexto en el cual se desarrollaron para alcanzar la formulación del dispositivo que continúa en actividad tras más de veinte años de su fundación.

El Hospital “José A. Esteves” comienza a funcionar en el año 1902, cuando la Sociedad de Beneficencia -encargada de la administración de los hospitales nacionales-, a

partir de una superpoblación de “enfermas”¹⁶ en el Hospital de Alienadas Casa de Expósitos de las Mercedes (actual Hospital Braulio Moyano), decide trasladar alrededor de cuatrocientas mujeres con padecimiento mental, ya que muchas de ellas residían en malas condiciones¹⁷. En 1908 se realiza la inauguración oficial y se llamaría al establecimiento “Asilo de Lomas”; su administración estaría a cargo de la Sociedad de Beneficencia. Para la década del ‘50, con la aparición de los primeros psicofármacos comienzan a dejarse de lado las contenciones mecánicas para comenzar a utilizarse las estrategias farmacológicas. Asimismo, se comienza a brindar capacitación la Escuela de Enfermería, permitiendo a los trabajadores del Hospital completar sus estudios primarios. En esta época también se construye el muro perimetral para el “resguardo” de las pacientes internadas. Para fines de la década del ‘60 el Hospital contaba con aproximadamente 1100 mujeres internadas (Grassi, 2020).

En el año 1969 se crea el “Centro Piloto”, un interesante antecedente que marca un cambio en la historia del hospital y de la salud mental de la provincia de Buenos Aires, llevando adelante *“un trabajo inédito con el modelo de comunidad terapéutica (...) totalmente antagónico a las prácticas manicomiales que estaban instauradas hasta ese momento ”* (Hospital “Dr. José A. Esteves”, 2020, p. 7). El Centro Piloto, coordinado por el Dr. Ricardo Grimson -quien fue discípulo del ya mencionado Dr. Goldemberg- ofrecía internación mixta contando con salas para hombres y mujeres. En 1971 por “razones políticas” se cierra definitivamente. En el año 1975 se deja de lado la internación mixta aceptándose solo la internación de mujeres, y partir del año 1979 el hospital pasa a jurisdicción provincial.

Fue para la década del ‘90 en que el Hospital tuvo el mayor número de usuarias internadas, llegando esta cifra a 2300, generando hacinamiento en las salas en donde llegó a haber 160 camas. En el año 1999, bajo la dirección provincial del entonces director ejecutivo de este hospital, el Dr. Carlos Linero, se pone en funcionamiento en todos los hospitales monovalentes de la provincia el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA). El programa fue promovido por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (Resolución N° 001832) fomentando el pasaje de usuarias internadas en tramos de tiempo prolongados en hospitales psiquiátricos, a una vida social en pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos, contando con la asistencia de los profesionales del equipo técnico del

¹⁶ Con respecto a la definición de “enfermedad” y “enfermx”, nos interesa destacar la dimensión “orden-desorden” que desarrolla Bianchi citando a Foucault *“La enfermedad, que se presenta cómo un fenómeno natural, con sus regularidades, sus semejanzas y sus tipos (...)es expresión también de otra dimensión, la del desorden. Porque ese otro es un otro peligroso, cuya existencia misma hace peligrar todo lo que es normal”* (Foucault en Bianchi, 2019b, p.21)

¹⁷ Extraído de la nota periodística del diario La Unión, “Un repaso por los 112 años de historia del Hospital Esteves”, realizada por Damián Grassi el 26 de septiembre de 2020.

programa. El PREA inscribe sus prácticas y fundamentos en la corriente que trabaja en nuestro país y en distintos lugares del mundo por la des/institucionalización de lxs usuarixs y el modelo de salud mental comunitario. Desde su formulación como programa provincial sigue en líneas generales los principios y lineamientos trazados por la Declaración de Caracas de 1990¹⁸ y diferentes declaraciones, recomendaciones y tratados internacionales a los que nuestro país adhiere (Cáceres, Druetta y Riva Roure, 2009).

El PREA propuso promover y sostener la externación de usuarixs internadxs en los hospitales psiquiátricos de la provincia que carecen de soportes familiares y económicos, organizando redes asistenciales y sociales que actúen como soportes del proceso de externación. En este punto podríamos destacar la importancia del dispositivo en la puesta en práctica de una experiencia en sintonía con el paradigma de Salud Mental Comunitaria.

En marzo del 2020 -contexto de emergencia sanitaria desatada por la pandemia de Coronavirus- se observa un fuerte compromiso en pos de la transformación institucional del Hospital Esteves. A raíz de los importantes cambios de paradigmas a nivel mundial en materia de salud mental con perspectiva de derechos pero, fundamentalmente con el fuerte compromiso de las autoridades provinciales y del mismo hospital por materializar los lineamientos de la LNSM en relación al cierre de los manicomios. En este contexto, cada uno de los cuatro hospitales monovalentes de PBA¹⁹ presentaron sus planes de adecuación para la transformación de las instituciones en clave comunitaria, en el marco de un proyecto denominado “Buenos Aires libre de Manicomios”. El Plan de Adecuación para el Hospital Esteves estuvo pensado en base a valiosas experiencias desarrolladas en la institución (como el PREA, que a esta instancia cumplía veinte años desde su implementación), y a encuentros con trabajadores en los que se discutió el horizonte de transformación de cada jurisdicción. También es el resultado de encuentros con profesionales de otros hospitales monovalentes de la Provincia y con autoridades provinciales. Siguiendo al artículo que presenta el Plan, *“es la transformación de las energías humanas tanto de trabajadores como de mujeres internadas,*

¹⁸ La Declaración de Caracas: Reestructuración de la atención psiquiátrica. Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Implica entre otras cosas, *“la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios, y que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: a. aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, b. promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento”*.

¹⁹ Además del Hospital Esteves de la localidad de Temperley, se incorporan al proyecto de transformación el Hospital “Dr. Alejandro Korn” ubicado en Melchor Romero, La Plata, Hospital “Dr. Domingo Cabred” de Luján y el Hospital Taraborelli de la localidad de Necochea. Este último logró transformarse en un hospital general con servicios de distintas especialidades para toda la comunidad manteniendo una guardia para usuarixs con padecimiento mental en febrero del año 2024.

así como del imaginario social estigmatizante: enfermedad - peligrosidad - exclusión” (Hospital “Dr. José A. Esteves”, 2020, p. 5). Asimismo, plantea la necesidad de pensar la transformación desde un sujeto integral y la comunidad que lo aloja, requiriendo para ello un trabajo interdisciplinario e intersectorial.

El origen del PREA

El decreto para la constitución del PREA fue presentado a fines de la década del ‘90; *“cuando la desocupación masiva, el hambre, la desafiliación de grandes sectores y la situación crítica del sistema de salud ya eran una realidad cotidiana, preanunciando las características catastróficas que se sucedieron poco tiempo después”* (Cáceres et al., 2009, p.300). En ese contexto, cobra especial significación una premisa central de este programa: utilizar los recursos del propio sistema de salud para una construcción colectiva orientada a la restitución de derechos. Nacido en una situación crítica, viene a demostrar en los hechos que es posible una transformación en las políticas en salud mental que combine la coherencia entre los objetivos enunciados y las acciones; con eficiencia en la distribución de sus recursos. Las autoras aclaran en esta instancia de su análisis, que aquí no se está poniendo en discusión la necesidad de un mayor presupuesto en salud, sino que el debate sobre este tema es una barrera que en muchos casos impide transformaciones, imposibilitando una discusión seria tanto desde el campo científico como desde el enfoque de derechos humanos. La experiencia del impulso del programa, en este sentido, permite comprender a los servicios de salud mental de base comunitaria y territorial como una respuesta no sólo científica y éticamente insoslayable para el tratamiento de personas con padecimiento mental, sino como una decisión política racional para la distribución del gasto público en salud. “Rehabilitación y Externación Asistida” es el tránsito de estas personas que se encuentran en situación de encierro y pérdida de sus libertades, a una vida en pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos (derecho al trabajo, derecho a la vivienda, a proyectar sus vidas), contando con la asistencia y los apoyos que cada situación requiere. Esta asistencia constituye a su vez, *“un derecho ciudadano, y por lo tanto una obligación por parte del Estado”* (Cáceres et al., 2009, p.300).

En síntesis, el PREA propone la reasignación de recursos propios del sistema de salud utilizados para la internación, a favor de la externación de las usuarias a fines de obtener una construcción colectiva orientada a la restitución de sus derechos. Una de las formas de restituir las subjetividades arrasadas por el manicomio son las propuestas de talleres junto a la comunidad para que a partir del encuentro con otrxs, las usuarias puedan fortalecer lazos

sociales a través de actividades que las convoquen y al mismo tiempo, aprender nuevamente a constituir rutinas en el proceso de externación.

CAPÍTULO 3: LA INTERVENCIÓN DEL PREA EN LOS PROCESOS DE EXTERNACIÓN

En el siguiente capítulo comenzaremos a desarrollar y analizar los procesos de intervención del PREA. Para ello, en primer lugar, comenzaremos a exponer resultados obtenidos en las entrevistas, adentrándonos en los comienzos del dispositivo PREA en el interior del Hospital Esteves y las transformaciones que generó la instalación del programa retomando los relatos de algunos informantes claves que formaron parte de ese proceso.

En una segunda instancia, describiremos y expondremos la composición y el esquema de organización del dispositivo para ubicar los roles y la constitución de los distintos equipos al interior del PREA en la actualidad.

En tercer lugar, desarrollaremos el concepto de des/institucionalización -tomando los aportes de Faraone (2015a)- como política que desafía a la institución asilar o manicomial recuperando de esta forma el aspecto político e ideológico del PREA. En este sentido, analizamos algunos postulados centrales de la LNSM que contienen múltiples implicancias dentro de los procesos de transformación institucionales. A partir de este apartado, comenzaremos a incorporar fuentes primarias obtenidas en las entrevistas con lxs actuales profesionales de los equipos interdisciplinarios del dispositivo.

Por último, ahondaremos sobre las implicancias que consideramos importante destacar en torno a la externación desde el Hospital Esteves y la intervención del dispositivo PREA en este proceso, tomando como fuente principal los relatos de lxs profesionales proyectando los obstáculos, las dificultades y las potencialidades emergentes durante los distintos momentos. Además, se retomarán las contribuciones de Cáceres *et al.* (2009), Rosenhan (1988) e incorporando las experiencias de usuarias del PREA recopiladas por Ardila Gómez en “*En nombre propio*”, entre otros aportes.

El origen del PREA: En primera persona

A partir de aquí, comenzaremos a retomar algunas fuentes primarias obtenidas en las entrevistas a informantes claves y a trabajadorxs del PREA que van a nutrir las distintas dimensiones que analizaremos en la presente investigación. En el caso de este apartado, principalmente nos enfocamos en los aportes brindados por el IC1 (Informante Clave 1) y por

la actual directora del Hospital Esteves, la Dra. María Rosa Riva Roure, con el fin de revisar los inicios del PREA, las motivaciones que surgieron para la implementación de este dispositivo y el paralelismo con el trabajo realizado en el Hospital Esteves. Estos tres puntos dialogan entre sí, y serán revisados para comprender por qué y con qué fin se impulsó una alternativa a la perspectiva de abordaje en el tratamiento desarrollado al interior del hospital.

Previo a la constitución del PREA como proyecto, a fines de la década del '90 en el Hospital Esteves se trabajó con una prueba piloto al interior del hospital en lo que se denominaba como “Casa de Pre-alta”. La directora del hospital, trabajadora en este sector y posteriormente incorporada al PREA relata lo siguiente sobre esta primera experiencia llevada adelante por el hospital en el año 1997:

“entré a la ‘Casa de Prealta’ que era algo que existía en ese momento arriba de lo que es la iglesia del hospital, en el edificio fundante (...) era un departamento donde antiguamente vivían las monjas que eran las que regentaban el hospital hasta mediados de la década del 90, cuando yo entré en el 97 ya no quedaban monjas (...) Ahí se armó un departamento para 11 mujeres que sería una previa del PREA. Mujeres que estaban en condición de alta pero no tenían a dónde ir a vivir entonces pasaban a vivir ahí arriba. Había una cocina, los dormitorios, una sala de estar y tenían permiso de dormir y tenían permiso de circulación abierto o sea, estaban de alta habitando acá” (Riva Roure, abril 2024).

En esta primera prueba “piloto” que se lleva adelante al interior del hospital en el año 1997 se comienza con la restitución de ciertos derechos de las usuarias. Pero, ¿qué peso tiene la convivencia de las usuarias si continúan aisladas de la comunidad? Siguiendo los aportes de Saraceno (2003), en el proceso de *rehabilitación* de usuarias con padecimiento mental es necesario tener presentes tres ejes: el hábitat, la red social y el trabajo. En este caso relatado, más allá de que las usuarias comienzan a tener su propio espacio para vivir, y que puedan llegar a concebirlo como un lugar de pertenencia -o no-, mientras continúen habitando al interior del hospital las restricciones para potenciar y fortalecer lazos sociales continuarán estando presentes. Lo mismo ocurre con el eje laboral, ya que las mujeres, al habitar al interior del hospital, imposibilita promover espacios de trabajo en donde puedan articular tanto sus necesidades como sus intereses, restringiendo en definitiva sus derechos como ciudadanas.

La experiencia del PREA comienza a construirse en el Hospital Esteves con una invitación de la Dirección a todo el personal (médico, administrativos, enfermeras, etc.), a un curso de capacitación a cargo de un equipo provincial principalmente orientado a enfermerxs trabajadorxs del hospital, con el fin de revertir y/o transformar las prácticas encarnadas en la institución. Uno de los responsables de aquella capacitación caracteriza ese proceso de la siguiente manera:

“Nosotros ingresamos para trabajar en capacitación en enfermería, con una consigna, porque en ese momento habían ingresado como sesenta enfermeras nuevas al hospital, y la consigna de Carlos Linero -Director Médico del Hospital en ese entonces- hacia nosotros fue ‘no quiero que a las enfermeras se las coma el manicomio’, esa fue la consigna que nos representó” (IC1, enero 2024).

Consideramos importante reflexionar sobre lo que implica que al personal del Hospital “se lxs coma el manicomio”. Las prácticas violatorias de los derechos humanos que se desenvuelven en el abordaje asilar-manicomial, se consideran equiparables a lo que sucede en otros ámbitos de privación de la libertad (CELS, 2015). Lxs entrevistados han relatado sobre los horarios tan estructurados para cada actividad, sobre la poca -o nula- incorporación de las usuarias a su propio tratamiento, las deficiencias institucionales a la hora de articular con las redes afectivas de las usuarias y, sobre todo, la monopolización del quehacer médico a la hora de tomar decisiones en los tratamientos con respecto al resto de las disciplinas. En relación a esto, Enfermero Comunitario 1 (EC1), que previo a ingresar al PREA tuvo experiencia trabajando en el Hospital Esteves, expresa:

“Era como todo muy diagramado, para todo había un horario, para todo... era bastante rutinario. Entonces, a veces en esa rutina terminabas vulnerando los deseos de las personas que están internadas” (EC1, septiembre 2023).

Es en este ámbito institucional, cuando el entonces director médico Carlos Linero, decidió según nos relata el IC1, instaurar un giro con respecto a la dinámica hospitalaria y al impacto en las vidas de las usuarias internadas. IC1 hizo hincapié sobre el proceso de inserción en dirección a un nuevo paradigma desde el programa, -que en ese entonces no contaba con una legislación a nivel nacional que fortaleciera este tipo de dispositivos- desafiando las estructuras que ha sostenido el hospital durante décadas, en este caso

refiriéndose a las propuestas que se fueron construyendo junto al equipo de capacitación provincial ya mencionado:

“Una compañera armó un centro de capacitación al interior del Hospital, por supuesto, impulsado por el director que era una especie de eslabón entre el Hospital y el afuera con cosas muy interesantes. Comenzaron a hacer cosas como cursos para adolescentes, cursos sobre adolescencia, una murga que vinculaba personas del barrio que hacían música y percusión con las pacientes internadas en el hospital. Pero la idea de Carlos Linero, era ir abriendo el Hospital, y guarda, estamos hablando del año ‘97, el país se encaminaba hacia un desastre (...) Acá el planteo fue que ‘hay que empezar trabajando con los trabajadores’, que no era cuestión de agarrar un programa e imponérselo al Hospital sin fijarse en las condiciones” (IC1, enero 2024).

El enlace generado a partir de estas propuestas entre el personal del PREA, las usuarias y la comunidad es un claro ejemplo de una práctica innovadora para generar y fortalecer lazos sociales. La sustitución de institucionalidades como nos referíamos a la perspectiva de des/institucionalización, implica el compromiso no solamente en los procesos de externación como en este caso, sino también en la promoción de espacios que suplanten lógicas asilares vinculadas al modelo manicomial por prácticas transformadoras orientadas al paradigma de Salud Mental comunitaria, que garanticen los derechos de las usuarias en general. Y para ser más específicos con un ejemplo, la construcción de espacios de encuentro con actividades culturales vinculadas en este caso con la música, fomentaron el derecho a la cultura y a su práctica junto a la comunidad reflejado en la Declaración de DDHH (1948) a la cuál adhiere nuestro país en nuestra Constitución Nacional (art. 75, inc. 22, 22 de agosto de 1994). Por otra parte, podemos destacar el fragmento en el que IC1, manifiesta *“estamos hablando del año ‘97, el país se encaminaba hacia un desastre”* refiriéndose al momento histórico-político que finalizaría con la crisis del 2001. Los ‘90 fueron una década atravesada por políticas neoliberales que profundizaron la desarticulación y el desmantelamiento de programas en el área de salud mental (como en muchas otras áreas del Estado). Por este motivo, consideramos que tiene un valor agregado el impulso de una política des/institucionalizadora innovadora en un contexto donde la “deshospitalización” pudo haber sido otra práctica de intervención ante los recortes económicos del Estado nacional.

Reflexionando sobre la construcción de sentidos que logra cimentar algunas bases del programa, IC1 manifiesta el papel importante de liderazgo y conducción que tuvo el Dr. Carlos Linero en los primeros pasos del PREA:

“Hubo algo que dijo Carlos en una presentación, en la primer presentación que fue muy valioso, que fue decir que a él se le había ocurrido armar este programa pensando no sólo en los patéticos destinos de las pacientes cronicadas y viviendo una semi-vida hasta morir en el hospital, sino pensando en los laburantes, en los trabajadores... en un trabajo sin sentido, en un trabajo que solo tenía por función ser custodios de gente sin destino” (IC1, enero 2024).

Esta última frase del entrevistado, nos permite sintetizar lo analizado a lo largo de este capítulo. Como hemos mencionado en el primer capítulo, el modelo médico hegemónico moldeó a lo largo de los años un tipo de abordaje profesional que refleja los valores sociales de un contexto histórico particular, configurando construcciones sociales de la enfermedad en el camino. El giro paradigmático que propone experiencias como el PREA, no sólo permite repensar los tratamientos y la rehabilitación en pos de mejorar la calidad de vida de las personas internadas en hospitales monovalentes incorporando una perspectiva anclada en los derechos humanos, sino también se trata también de revalorizar el lugar que ocupa el profesional al momento de tener en sus manos el poder de influenciar en la realidad de una persona atravesada por múltiples vulnerabilidades, entonces ¿Cuál es el nuevo destino...?

Composición del Equipo y Dispositivo PREA en la actualidad

En la actualidad el dispositivo PREA, cuenta con 2 áreas importantes: el área *asistencial* y el área *abierta a la comunidad*.

La primera está conformada por cinco equipos. Los primeros tres (equipos uno, dos y tres) acompañan y realizan seguimiento de las usuarias externadas en casas convivenciales. El equipo cuatro se encarga de acompañar a las usuarias que conviven en el domicilio con su grupo familiar. Por último, el equipo cinco, incorporado a mediados del año 2022, acompaña las 24 hrs en una casa de contención, en la que conviven seis mujeres externadas²⁰. Los

²⁰ En conversación con la trabajadora social del PREA -la Lic. Analía Monchetti-, nos explicó que la creación de este equipo surge a partir de la necesidad de continuar acompañando a usuarias que comienzan a tener dificultades para realizar sus actividades cotidianas por una cuestión etaria, además de sus padecimientos mentales que se agudizan con el pasar de los años en muchos casos (A.Monchetti, comunicación personal, 16 de abril de 2024)

equipos están conformados por profesionales de distintas disciplinas, entre ellas enfermerxs²¹, psiquiatras, psicologxs y acompañantes terapéuticxs. Además, se suman una profesional de trabajo social, una terapeuta ocupacional y un médico generalista, que trabajan transversalmente a la actividad de todos los equipos.

Por último, el área abierta a la comunidad, hace referencia a las actividades que se desarrollan en el Centro Comunitario “Libremente” donde participan usuarias y personas de toda la comunidad, y se conforma por talleristas que brindan actividades culturales relacionadas a distintas especialidades, tales como teatro, danzas y artesanías con distintos materiales. Además, el equipo está compuesto por acompañantes terapéuticxs y terapeutas ocupacionales que acompañan e impulsan los emprendimientos “Bellisimas”, “Remade” y “Sureñas”.

Lo político y la Salud Mental: El PREA como dispositivo des/institucionalizador

Entre sus tantas y fatales consecuencias, la institución manicomial genera un mecanismo de segregación, pero ésta no nace en el hospital sino mucho antes, en los tejidos vinculares que la persona fue construyendo a lo largo de su vida; con su familia, amigxs, vecinos, en la escuela, etcétera. Con ello queremos expresar que es el factor social -sin negar ni rechazar otras cuestiones que confluyen- uno de los principales determinantes del destino que tiene la persona que atraviesa el padecimiento mental. La sociedad genera muros simbólicos que impiden ingresar al status de “normal” a todo aquel que piensa y actúa como el resto a partir de ciertos parámetros de “normalidad” -tal como hemos analizado en el capítulo 1 a partir de la conformación de la subjetividad moderna (Foucault, 2002)-. El concepto de des/institucionalización desarrollado en distintos artículos por Silvia Faraone y trabajado también en “*A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental*” (2020), se encuentra anclado sobre la base de pensar, construir e implementar institucionalidades alternativas al modelo manicomial, en este sentido, encontramos un anclaje directo con el enfoque de la Salud Mental Comunitaria. La implementación de éste, cuestiona al manicomio como institución custodial y desarrolla una red asistencial alternativa ubicada en la comunidad, en clave de reconstruir los tejidos vinculares. Paralelamente, la legislación vigente a nivel nacional en nuestro país, promueve adaptar en las instituciones de internación monovalente -tanto pública como privada- a los objetivos expuestos en la LNSM hasta la

²¹ En el dispositivo, lxs enfermeras y el rol que ocupan se define como “enfermerxs comunitarixs”.

sustitución definitiva por dispositivos alternativos (LNSM, 2010, art.27) que implementen acciones de inclusión social y laboral²². Además, a partir de este artículo de la ley se prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos y hospitales monovalentes; mientras exige que las internaciones por salud mental sean lo más breves posibles en función de criterios terapéuticos, realizadas en el ámbito de hospitales generales (LNSM, 2010, art.28) y notificadas tanto al juez correspondiente como al órgano de revisión de salud mental en caso de tratarse de una internación voluntaria extendida a sesenta días (LNSM, 2010, art.18). Lo que promueve esta revisión por parte de otros dispositivos estatales es ante todo, la supervisión de las instancias de internación y externación, lo cual permite un cambio sustancial con respecto a los criterios que históricamente dependían únicamente del hospital. De esta manera, se amplían los criterios de externar -buscando entre más actores intervinientes aquellas opciones y alternativas que permitan la salida del tratamiento en situación de encierro- y se restringen aquellos que deriven, o prolonguen, la internación de las personas con padecimiento mental.

Los postulados de la LNSM previamente mencionados permiten comprender las expectativas de la legislación a fines de lograr cambios en las percepciones sociales que existen sobre el padecimiento mental. La redefinición de prácticas en el Área de Salud Mental que se oponen a la institución psiquiátrica como instancia de cronicidad, implica un cambio de óptica que pretende promover modelos de abordaje alternativos al orden manicomial, centrándose en el trabajo comunitario y en la defensa por los derechos a la salud y a la libertad.

Dicho esto, a continuación retomaremos algunas reflexiones surgidas durante las entrevistas realizadas a lxs profesionales y nuestrxs informantes claves, que con sus prácticas des/institucionalizantes buscan transformar el paradigma que crea y sostiene la institución monovalente como institución asilar-custodial. El IC1 refiere a la necesidad de ciertos soportes que considera importantes para la consolidación de prácticas transformadoras del manicomio. Pasamos a citar:

“Nuestro laburo no era el hospital, no era centrado ahí, sino que un proyecto desmanicomializador requiere de una serie de redes que no se agotan, no es cuestión de decir “trabajamos con los pacientes y después

²² Siguiendo el Art. 27 del Decreto 603/2013 la sustitución definitiva debería haberse cumplido en el plazo del año 2020 en pos de desarrollar para cada uno de los dispositivos monovalentes, proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. Esto de acuerdo al Consenso de Panamá adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental convocada por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), “20 años después de la Declaración de Caracas” en la Ciudad de Panamá el 8 de octubre de 2010.

salen a vivir con la comunidad y qué lindo”, no, en ese sentido era generar soportes ideológicos, institucionales, políticos, que hicieran de esto un proceso sustentable, productivo” (IC1, enero 2024).

A partir de sus palabras, puede definirse a la intervención del PREA como un fenómeno que trasciende más allá de los tratamientos singulares de cada usuaria. Demarca un proyecto “*desmanicomializador*” en tanto generador de soportes ideológicos, institucionales y políticos. La des/institucionalización en este sentido, trabaja en dos planos, el primero hace referencia a la transformaciones hospitalarias (casas convivenciales y dispositivos en domicilio), apoyándose en la comunidad y focalizando en el deseo de las usuarias con respecto al destino de sus vidas. Y en un segundo plano, este proceso se refiere al movimiento global que *“pone en cuestión la lógica manicomial y el sintagma locura-peligrosidad;inaugurando un nuevo proceso de tensión entre lo instituido y lo instituyente en SM”* (Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek y Joskowicz, 2013, p. 252), procurando de esta forma un giro cultural en tanto percepción de la comunidad a la persona con padecimiento mental.

Con respecto a estos procesos mencionados, lo que se empieza a contemplar con tal proyecto político y en términos legislativos y jurídicos, son los derechos de las personas con padecimiento de salud mental a la hora de estar bajo tratamiento. Se encuentran incluidos dentro de ellos el derecho al cuidado sin encierro y sin ruptura de lazos sociales, el reconocimiento de las capacidades jurídicas, la construcción de un sistema de apoyo (para la toma de decisiones, para el acceso a vivienda, educación, trabajo, etc.) y para la vida en comunidad (CELS, 2015). Es pertinente recuperar las reflexiones del IC1, ya que teniendo en cuenta lo expuesto hasta aquí, nos brinda su punto de vista con respecto a una problemática de actualidad: la relación entre el paradigma manicomial y la situación de tensión actual de la perspectiva del gobierno nacional con la LNSM:

“El paradigma manicomial tiene doscientos años, entonces no te lo sacas de encima de un día para el otro. Aún con sus sofisticaciones técnicas, el hecho de que la vida de una persona atravesada por un padecimiento de salud mental más o menos severa, no le pertenece a ella sino que tiene que estar en manos de una supuesta ciencia que decide sobre su destino, ese es un modo de pensar que bueno, a ver, el DNU del presidente Milei y la Ley Ómnibus le pega a la Ley de Salud Mental en lugares que poca gente se anima. Es regresivo de una manera grosera (...). Inclusive usa la palabra

‘manicomio’, cuando nosotros hablábamos de manicomio nos miraban mal, nos decían ‘no, señor esto es un hospital psiquiátrico monovalente’” (IC1, enero 2024).

Como ya fue mencionado en apartados anteriores, la sanción de la LNSM fue un antes y un después en términos legislativos y jurídicos para el trabajo y la intervención en el campo de la SM en nuestro país, ¿Y en términos políticos? Siguiendo los aportes de Faraone y Barcala (2020), las políticas públicas en SM se manifiestan de forma práctica como *“el esfuerzo del Estado por modificar las condiciones adversas que favorecen el riesgo de enfermarse de los individuos, y/o evitar que esto suceda, así como atenuar el sufrimiento de las personas cuando se enferman.”* (2020, p. 87). En este sentido, el Estado tiene un papel preponderante en la promoción y el cuidado de la salud de lxs ciudadanxs tanto en sus acciones concretas como en sus omisiones con respecto a cuestiones vinculadas al ámbito sanitario y más precisamente con la salud de la población en general. La planificación e implementación de políticas siguiendo a Alberdi (2003), se pueden analizar a partir de comprender el modelo de Estado que se concibe en el período histórico que se revise. Sin entrar en demasiada profundidad sobre las políticas del incipiente gobierno de Javier Milei, lo que podemos advertir con la problemática actual que trae IC1, son las consecuencias regresivas que puede causar un gobierno que esquivo la línea política de la reforma en salud mental, y que pretende darle lugar al manicomio como institución con mayor incidencia en el campo.

El análisis de las políticas públicas en ningún caso se puede entender de forma lineal, por lo tanto, nos parece relevante mencionar que así como hay un discurso regresivo sobre las prácticas des/institucionalizantes de parte del gobierno nacional, también identificamos un posicionamiento ético político de parte del gobierno de la provincia de Buenos Aires que acompaña el desarrollo de dispositivos como el PREA. Analía Monchetti, trabajadora social del dispositivo nos comenta al respecto:

“Hay un interés por parte de la provincia sobre lo que hacemos acá. Cada tanto se acerca algún trabajador de la provincia y se nota como se involucran con el trabajo que hacemos, por ejemplo, el SUPEBA²³ opera

²³ El “Subprograma de Externación de Salud Mental Bonaerense Asistida” (SUPEBA), referenciado por Analía, propicia la incorporación de una prestación económica de carácter mensual no remunerativa destinado a lxs usuarixs en situación de pre-alta y alta médica que se encuentran realizando tratamiento ambulatorio bajo prescripción médica de los Hospitales o Centros de Salud de la Provincia de Buenos Aires, con el objeto de colaborar y promover de manera ágil y eficiente el acceso a la educación, a la vivienda con fines habitacionales,

como un importante factor para el sustento económico que conlleva la externación asistida en las casas convivenciales y domicilios particulares”

(Nota de campo, 16 de abril de 2024).

Lo que podemos identificar aquí es la asignación de recursos dirigidos hacia la externación de usuarias lo que implica fortalecer dispositivos que promueven el cuidado centrado en la comunidad. El documento *Vidas Arrasadas* (2007) publicado por el CELS, donde se denuncia la vulneración de derechos humanos en instituciones psiquiátricas, pone en agenda pública la reasignación de recursos del Estado de la institucionalización hacia la comunidad. Kraut (2008), agrega que con la publicación de dicho documento se puso a la vista la mala asignación de recursos estatales y la ausencia de políticas que busquen promover la atención de salud mental en la comunidad por fuera de los hospitales monovalentes.

Siguiendo el recorrido de la política pública en la Provincia de Buenos Aires, el plan propuesto en el año 2020 por el gobierno de la misma, “Buenos Aires libre de manicomios”, convocó a los cuatro manicomios de la provincia a presentar sus planes de adecuación, para transformar los hospitales monovalentes en instituciones sanitarias para la comunidad. El plan presentado por el Hospital Esteves mencionado en el capítulo anterior, destaca que uno de los desafíos más grandes en pos de llegar a los objetivos de transformación sería *“lograr el cambio cultural que implica la atención a partir de los lineamientos planteados por la Ley Nacional de Salud Mental entre los trabajadores del hospital, las y los usuarios y la comunidad y sus instituciones”* (Hospital “Dr. José A. Esteves”, 2020, p. 5). En relación a esto, la directora María Rosa Riva Roure, expresa:

“Hemos trabajado mucho, muchísimo, en el cambio del trato, en recuperar la dignidad, el respeto, entre los trabajadores mismos porque en el manicomio también el maltrato era entre los trabajadores, no solamente a las pacientes. Las pacientes eran las que ligaban el fondo de la olla. Porque yo puedo hacer la mejor de las salas, con dormitorio y con baño privado, pero si yo no transformo la cultura de trabajo de la institución no sirve” (Riva Roure, abril 2024).

Lo que queremos recuperar con las reflexiones de la directora del hospital, es que para trabajar en los derechos de las personas con padecimiento de salud mental y promover

a la protección de la salud, la búsqueda de empleo y la reinserción sociocultural de los mismos (Resolución 2869/2016).

prácticas transformadoras es fundamental enfocarse en el trabajo impulsado por lxs profesionales.

La *producción de cuidados*, un concepto ampliamente difundido por Merhy (Merhy *et al.*, 2012) ubica la protección de la vida individual y colectiva como un eje conductor para la SM. Lo manifestado por la entrevistada converge con las reflexiones de Merhy en cuanto a que *“un modelo (...) centrado en proyectos terapéuticos fragmentados e integralizados por sumatoria no puede aspirar a la formación de un profesional cuidador y responsable que luche por el derecho del paciente y que lo aborde de un modo más humanizado”* (Merhy, 2021, p. 72). Por ende, realizar un llamado a la transformación en las prácticas hospitalarias es un primer paso fundamental para difundir prácticas innovadoras que involucren a usuarias y trabajadorxs en formas alternativas de prevención y promoción de la salud.

Para concluir, y en línea con lo destacado sobre lxs trabajadorxs y el rol que ocupan en la producción de cuidados, nos parece importante destacar lo referido por EC1, que define a su intervención en el dispositivo como *“un ejercicio de acompañamiento para sostener la externación”*. En palabras de él:

“El PREA, es un descubrimiento de... por decirlo de alguna manera, de que las cosas se pueden hacer mejor. Yo ingresé al hospital sin nunca haber pisado un hospital psiquiátrico, entonces, lo que aprendí cuando apenas entré era eso y nada más, me dijeron esto es así de tal o cual forma, y nada, fue eso. Durante mucho tiempo. Entonces cuando me paso al PREA me doy cuenta que se puede trabajar de otra manera, totalmente distinta, más enfocado en el deseo de las personas, de estas mujeres que están teniendo ese padecimiento.” (EC1, septiembre 2023).

En línea con lo que sostiene EC1, el programa PREA surge en la búsqueda de alternativas a la manicomialización y al encierro, proponiendo consolidar la restitución de los derechos civiles y sociales de las usuarias: a la libertad, al trabajo, a la vivienda. Promueve la aceptación social de las diferencias, la revalorización de los vínculos personales, la potenciación de los recursos de salud de la comunidad. Un descubrimiento de que *“las cosas se pueden hacer mejor”* como manifiesta EC1 en la entrevista llevada a cabo. Así entendida, la rehabilitación incluye no sólo al trabajo con las usuarias en camino de externación sino también el trabajo intersectorial/interdisciplinario con la comunidad para promover la convivencia igualitaria con personas que padecen de patologías psiquiátricas. Lxs

trabajadores del PREA provienen de diversas profesiones y saberes. Confluyen enfermeras, psicólogos, médicos, talleristas, acompañantes terapéuticxs y trabajadorxs sociales, brindando como eje característico la confluencia de estos distintos saberes en la construcción de un nuevo saber más enriquecedor e integral, punto al que haremos referencia y profundizaremos al final de la presente investigación.

Haciendo camino a la externación

En este apartado, nos interesa reflexionar sobre aquello que implica la instancia de internación psiquiátrica, las pérdidas, la construcción de lazos sociales generados a lo largo de este proceso y las trayectorias vitales de las usuarias del PREA, para luego profundizar sobre el proceso de externación en sí mismo. Un desafío para los profesionales del dispositivo ya que trata de un proceso atravesado por los múltiples efectos que dejó en las usuarias el paso por el hospital, y más específicamente, por el manicomio.

Siguiendo a Cáceres *et al.* (2009), la instancia de externación siempre fue difícil, sobre todo cuando el momento de crisis que concluye con la internación, generó ruptura con los lazos familiares y comunitarios. Eso revelan los registros escritos y la memoria viva de lxs trabajadores del hospital que hemos entrevistado. Luego, si la internación se prolonga, se cierra sobre cada usuaria un círculo que la pobreza estructural consolida. Dicen las autoras, *“la ‘locura’ puede ser pensada como un fracaso en la difícil tarea de articular estos términos -alienación, agresividad y violencia- en la relación con las demás personas (...) como una fractura en el lazo social”* (Cáceres *et al.*, 2009, p. 300). Las prácticas de internación crónica han estado basadas históricamente en la asociación de las ideas de agresividad-violencia-peligrosidad, atribuidas a lxs sujetxs con padecimiento mental; esto ha justificado no sólo la reclusión, sino un tratamiento discriminatorio en lo social y jurídico destinado a estas personas. Muchas veces, se encierra bajo el criterio de *prevenir* que el “enfermo” atente contra sí mismo o contra terceros y no necesariamente porque haya cometido actos de naturaleza *peligrosa*. Entonces, dado que “podría suceder”, queda “legitimado” que se extienda indefinidamente. Según Rosenhan (1988), *“los médicos se inclinan más a considerar enferma a una persona sana, que sana a una persona enferma”* (1988, p. 104). Bajo este enfoque, se interpreta como más peligroso no darse cuenta de la enfermedad, que brindar cuidados sobre la salud, escogiendo el lado de la prudencia y suponiendo enfermedad en muchos casos aún en los sanos.

Al momento de evaluar la externación de una usuaria, es preciso revisar la red social que la puede acompañar en este proceso. Lxs familiares, pueden llegar a ocupar este lugar en mayor o menor medida dependiendo la situación, pero se puede identificar que *“para muchísimos de los pacientes que pasan largas estadias en el hospital psiquiátrico, el programa rehabilitativo debe prescindir del tratamiento sobre la familia, pues ésta ya no existe”* (Saraceno, 2003, p. 94). Dicho esto, consideramos pertinente pasar a citar una experiencia contada por nuestra entrevistada Médica Psiquiatra 1 (MP1), quien observa esta problemática en las trayectorias de las usuarias:

“Hace poco se externó una usuaria que hacía 17 años estaba internada, por lo que todo lo anterior -su trayectoria de vida previa a la internación- quedó hace mucho tiempo. Algunas cosas que se repiten que uno ve es mucha dificultad familiar; hablando específicamente de la internación, personas que por ahí tenían patologías instauradas desde jóvenes, fallecen los más allegados tales como los padres que quizás eran los cuidadores, y quedan medio solas. (...) Quedan muy solas. Quedaron en el Hospital y chau, porque no hay posibilidad de red ni nada. Eso se repite mucho” (MP1, septiembre 2023).

Lo que relata nuestra entrevistada, con las experiencias de las usuarias del PREA confirma esta situación que muchas usuarias atraviesan. Al momento que las internaciones se prolongan en el tiempo, toda posibilidad de tejer redes se comienza a dificultar debido a la fractura en los lazos sociales que conlleva la institucionalización. Comienza a construirse una barrera entre el hospital y el “afuera”. Aquellxs allegadxs que formaron parte de sus vidas previo a la internación, se convierten en eso; todo lo que significó una vida con respecto a la que se perdió tras ingresar de manera indeterminada por las puertas del hospital. Pero ¿qué es lo que se pierde en el hospital y en la institucionalización de las usuarias? Las pérdidas, retomando a *“En nombre propio”* -libro que relata historias de vida de usuarias externadas a partir del dispositivo PREA- pasan desde las cosas materiales (haciendo énfasis en fotos y recuerdos de familiares), pérdida de hijxs, los cuáles dejan de saber sobre su paradero y que conviven con otras familias, hasta el avasallamiento de su intimidad que en su internación se nota hasta en la pérdida de toda su ropa (Ardila-Gómez, 2019). Continúa nuestra entrevistada,

“....el hospital pasa a ser su casa, todo lo que conoce. Las enfermeras pasan a ser una especie de pseudo familia. Muchas usuarias que cuentan con niveles de autonomía, a veces hasta son funcionales en cuestiones del

hospital, ordena un poco la sala por ejemplo (...) sucede esto que se aferran mucho a este lugar porque es el que conocen y terminan armando vínculos con los que están allí”(MP1, septiembre 2023).

Es decir que además de las pérdidas, la nueva vida en el hospital también conlleva nuevas relaciones sociales y tal como menciona MP1, generalmente comienzan a aferrarse al lugar que pasa a convertirse en su nuevo hogar. El aferrarse al hospital también implica amoldarse a la dinámica de éste, por lo que muchas veces acaban convirtiéndose en “funcionales” a su estructura realizando tareas que generalmente están asociadas al personal hospitalario y no al paciente. En relación a esto, y retomando a Rosenhan (1988), cuando una persona es ingresada a la internación, todas sus formas de conducta y rasgos característicos se verán teñidos por la clasificación diagnóstica que otorga el equipo de salud mental. Los comportamientos provocados y conducidos por el mismo entorno, son adjudicadas por lo general a la enfermedad de la usuaria, ya que *“una clasificación psiquiátrica crea una realidad propia y con ello, sus propios efectos”* (Rosenhan, 1988, p. 107). Lo que sucede efectivamente, es que el mismo entorno institucional es el que produce efectos iatrogénicos²⁴, como la despersonalización y/o la cronificación. Es decir, una vez “diagnosticadas”, sus conductas serán reducidas a lo que una persona con aquel diagnóstico haría. Consideramos a partir de los aportes de Rosenhan, que aquellas conductas a las que nos referimos en realidad podrían derivarse de lo que produce el mismo entorno atravesado por un modelo asilar manicomial. Esto aleja cada vez más a las usuarias de su vida fuera de la institución manicomial-monovalente, y con ello su capacidad de vincularse con sus afectos, generando la pérdida de habilidades sociales, laborales, económicas y, en definitiva, diluyendo su propia personalidad. Asimismo, como consecuencia de su internación, la usuaria es desprovista de muchos de sus derechos legales y en base a su clasificación psiquiátrica pierde credibilidad.

En este sentido, y en relación a las redes vinculares de las usuarias a las que hacemos referencia, nos parece relevante preguntarnos una cuestión fundamental en la reflexionan de lxs profesionales en su proceso de intervención; ¿Qué rol juegan los nuevos vínculos de las usuarias contruidos durante su internación en el hospital? ¿Qué tipo de vínculos se generan y con quiénes? ¿Cómo se puede potenciar estos lazos sociales en el proceso de rehabilitación? Otro de los medicxs psiquiatras entrevistadxs, al que haremos referencia (MP2), explica el

²⁴ Según el diccionario de la RAE, “iatrogenia” es una alteración, especialmente negativa, del estado del *paciente* producida por el médico. El término se usó por primera vez en el *Manual de psiquiatría* del suizo Eugen Bleuer, publicado en 1924. El neologismo se construye con los términos griegos *iatros* (médico) y *genus* (generado), es decir, aquello que genera el médico cuando lo que se produce es daño, es decir un evento adverso.

vínculo entre una usuaria externada a partir de la intervención del PREA y otra que continúa internada en el hospital:

“A veces es un tema esto porque desarraigarlas así es complicado también. Nosotros tenemos una usuaria que está hace maso menos dos años y medio, y todo el tiempo va al Hospital a ver a su ‘hija’, que en realidad es otra compañera. Ella todo el tiempo está pensando en la otra mujer. Pasa a ser su familia” (MP2, 2023).

Para no desarraigar a las usuarias, y al mismo tiempo potenciar los vínculos contruidos, en muchos casos en el proceso de externación pasan a convivir en grupos de otras tres o cinco usuarias, en casas que el hospital alquila en el barrio con su propio presupuesto²⁵, siendo el programa garante de la atención clínica y social. Así como MP2 destaca la importancia de estos lazos sociales que las usuarias generaron durante su internación, esto no se trata meramente de un vínculo pasajero, sino que también estas nuevas relaciones influyen directamente sobre las decisiones y los deseos de las usuarias. Fundamental esto último para incorporarse al proceso de rehabilitación propuesto por el PREA. La potencia y el apoyo de las compañeras lo encontramos, por ejemplo, en el siguiente relato de una de las usuarias: “yo entré al PREA porque una compañera me dijo, y bueno, hay que probar” o también, “mi compañera aceptó, entonces yo también probé” (Ardila-Gómez, 2019, p. 167). Consideramos que en los procesos de externación que acompañan lxs profesionales del PREA, es importante no subestimar los vínculos conformados entre usuarias ya que pueden tener una gran significancia no sólo para priorizar el cuidado y el respeto sobre sus decisiones sino también, en la generación de lazos sociales fuertes en la restitución de sus vínculos.

Si hablamos del proceso de externación, no podemos dejar de lado el acompañamiento y la intervención realizada por lxs profesionales del dispositivo. Uno de los desafíos manifestados por lxs profesionales es la dificultad de poder desandar conductas que marcaron a las usuarias en el manicomio. Una acompañante terapéutica entrevistada (AT1), relata un ejemplo sobre una de las prácticas usuales que identifica en la vida cotidiana de las usuarias:

“en lo cotidiano lo que más me llama la atención son las conductas manicomiales que cuestan un montón romper, es por ejemplo el esconder las cosas (...) El saber que no me van a robar cosas, dejar algo arriba de la

²⁵Lxs entrevistadxs nos han informado que en la coyuntura de crisis económica actual esto no se está cumpliendo, por lo que las usuarias terminan pagando los alquileres con sus propios ingresos en muchos casos.

mesa, me voy vuelvo y está acá. Hay usuarias que hace 20 años están externadas y tienen las llaves colgando en el cuello. Porque en el Hospital tienen lockers, bueno la llave de su casa la tienen igual” (AT1, marzo 2024).

Si hay algo a tener en cuenta sobre las usuarias que se externalizan a partir del dispositivo PREA, es que muchas de ellas vivieron en el hospital entre quince, veinte o hasta más de treinta años²⁶. Por ende, lo que se puede identificar e inferir a partir de esto es que “...*el vivir prolongadamente en el hospital psiquiátrico produce marcas en los modos de ser de las personas que se van entremezclando con su propio padecimiento, hasta que en cierto punto resulta difícil establecer qué fue producido por éste y qué por las condiciones de vida en el hospital*”. (Ardila-Gómez, 2019, p.11). Es decir, que la externación se basa en el principio de considerar que la mayoría de las usuarias, transitaron una extensa internación que generó deterioro en sus habilidades de socialización, derivando en una instancia regresiva en el tratamiento del padecimiento mental. Por lo que se construye una estrategia profesional que incluye a las redes de la comunidad para la rehabilitación desplegada fuera del hospital.

Por otra parte, el lugar que ocupan lxs profesionales del dispositivo en las trayectorias vitales de las usuarias es central en la intervención y el lugar que ocupan en su vida cotidiana luego de tantos años atravesados en el manicomio. Retomamos la idea que plantea uno de los enfermeros comunitarios entrevistados (EC1), en torno a los prejuicios que se tenía desde algunxs trabajadorxs del hospital hacia el trabajo realizado desde el PREA y una de las actividades que destaca es el acompañamiento brindado a las usuarias:

“(...) no se sabía que se trabajaba conforme a los deseos de una persona que estuvo mucho tiempo internada y que perdió muchas habilidades sociales, al estar diez, veinte hasta treinta años internada. Y que una tarea tan sencilla como poder ir a cobrar a un cajero o ir a comprar un kilo de pan al barrio, estas personas van perdiendo (...) todas esas rutinas o como tareas que uno tiene en la comunidad” (EC1, septiembre 2023).

En este pequeño fragmento vemos cómo uno de lxs profesionales reflexiona en torno a la importancia del rol que tiene en la vida cotidiana de las usuarias su intervención.

²⁶ Este dato lo sustraemos de la entrevista con Maria Rosa Riva Roure del Hospital Esteves que manifiesta sobre un grupo de usuarias ya externadas con el PREA “*la mayoría de la gente que estaba acá (...) tenía muchísimos años de internación (...) hablo a mediano plazo veinte años de internación, a largo plazo treinta para arriba*” (Riva Roure, Abril 2024)

Ardila-Gómez (2019) se refiere al PREA en el curso de vida de las usuarias y aparece una disyuntiva interesante para reflexionar en torno al trabajo comunitario que ocupan lxs profesionales. La autora retoma una Asamblea de Convivencia de usuarias en donde se conversó sobre la limpieza y la organización del hogar donde una de las integrantes manifestó: *“Basta de hablar de estos temas, ¿vos no sos psicóloga?, ¿por qué no hablamos de otra cosa?, hablemos de los sueños, no sé, del inconsciente. Hablemos de otras cosas”* (Ardila-Gómez, 2019, p.166). La postura de esta usuaria con respecto a la propuesta de la asamblea con el fin de trabajar sobre organizaciones del hogar, pone en tela de juicio el rol de lxs profesionales ubicándolxs en un lugar incómodo en ese acompañamiento desde la actividad cotidiana. Consideramos que uno de los desafíos del trabajo comunitario es convivir con esta tensión que emerge constantemente entre acompañar en esas tareas cotidianas y el ejercicio de cada especialista en su rol de psiquiatra, psicologx o trabajadxr social según sea el caso en cada una de las funciones. Otra cuestión, que podemos identificar en el relato de EC1 es como la internación en un manicomio prolonga la cronificación generando *“...una suerte de desentrenamiento del mundo exterior que inhabilita a la persona para desempeñar rutinas simples que realizaba en el pasado en su vida diaria”* (Zumarraga, 2020, p.250), lo que implica un nuevo desafío para la inclusión social en la comunidad tanto para las usuarias como para lxs profesionales que acompañan el proceso. Y este acompañamiento como revisaremos más adelante también y como ya fue esbozado por EC1 se brinda desde una continuidad y seguimiento del tratamiento, y de la producción de cuidados en los aspectos de la vida cotidiana de las usuarias externadas.

Dicho esto, y habiendo destacado la importancia del sostén social y terapéutico para el proceso de incorporación al programa, retomaremos el proceso que se lleva a cabo desde la instancia de internación para avanzar con las externaciones de las usuarias a partir de una recopilación de lo extraído del texto de Cáceres *et al.* (2009) junto a las notas de campo realizadas a partir de la entrevista con la Lic. Viviana Irachet, actual coordinadora del PREA

En las salas de internación del Hospital Esteves, se trabaja progresivamente en la inserción del programa. En primer lugar, se evalúan las condiciones para iniciar un trabajo de externación con las personas propuestas por lxs profesionales de las salas de internación que aceptan el desafío de iniciar el proceso. Esta tarea es lograda por el equipo de admisión, donde se evalúan las necesidades, la predisposición y las potencialidades de las usuarias, a través del análisis de los datos existentes (reuniones con equipos de salas y los diferentes espacios donde las usuarias concurren, lectura de historias clínicas y encuentros con familiares) y de un trabajo grupal donde se apunta al compromiso de las usuarias como

protagonistas de su proceso de externación. La tarea tiene una duración de aproximadamente dos meses -depende de cada caso-. Al término de este tiempo, se considerará cuáles de estas usuarias están “en condiciones” de ingresar al dispositivo de talleres para la externación. El trabajo en este espacio culmina con la firma de un contrato de admisión.

El dispositivo de talleres para la externación es considerado por los referentes del Hospital Esteves como el “núcleo de la tarea de la rehabilitación”, puesto que acompaña el tránsito de cada usuaria de la vida hospitalaria a la vida en la comunidad. Existe un equipo de talleristas que trabajan dentro de las instalaciones del hospital y al mismo tiempo se trabaja con actividades fuera de la institución en íntima relación con el Centro Comunitario “Libremente”. Este proceso habilita campos de experiencia habitualmente inexistentes en la institución manicomial en relación al rol que ocupa la usuaria en su proceso de externación

Durante ese transcurso, se realizan salidas con permanencia progresiva al nuevo domicilio para lograr una apropiación del espacio hasta tanto se produzca la externación efectiva. Pasarán entonces, como hemos mencionado previamente, a convivir en grupos de entre tres a cinco personas en casas alquiladas inicialmente por el hospital, contando con el apoyo de los dispositivos de asistencia en la externación y el centro comunitario.

Los criterios y modalidades que orientan la tarea del equipo ponen su acento en evaluar las posibilidades de participación y compromiso activo de las usuarias propuestas, así como también lxs familiares y allegadxs que puedan llegar a participar del proceso. Si bien se intenta realizar articulaciones con algún familiar o amigx cercano, en todos los casos se informa sobre la incorporación de la usuaria al programa. En los casos en que el/la allegadx accede a convivir nuevamente con la usuaria en el mismo domicilio, un equipo específico del PREA trabajará en acompañar a la unidad familiar a lo largo de la externación asistida; de todas formas este suceso,

“no es ‘te dejo la carga’ sino dar tranquilidad que el acompañamiento lo brindamos nosotros (profesionales del PREA)” (IC1, enero 2024).

En esta línea, María Rosa Riva Roure reflexiona sobre la percepción de lxs familiares en torno a la intervención del PREA. Recordando su paso como trabajadora del dispositivo, nos relata el proceso de entrevista con una madre a la cual se le comunica la externación de su hija luego de aproximadamente diez años de internación:

“(haciendo referencia a la conversación mantenida con esa madre) miren, nosotros considerábamos que su familiar puede vivir en la comunidad. Entendemos que usted ha pasado un montón de dificultades y que no es que

lo abandonó, sino que no lo puede sostener, entonces lo que le proponemos es que salga a vivir y después no se tiene que acercar a usted, no le ‘vamos a mandar el paquete’” (Riva Roure, Abril 2024).

Por otro lado, los tres equipos del PREA que trabajan en las casas convivenciales de usuarias externadas, habilitan a que ellas mismas puedan ir regulando el grado de vinculación con sus respectivxs redes afectivas en la medida de sus posibilidades y deseos con el fin de

“despojar de ese encuentro todo dramatismo y aclarar de entrada a ese familiar o amigo cercano de que no tenía ningún tipo de responsabilidad, de que no tenía que hacerse cargo” (IC1, enero 2024).

Lo que manifiestan lxs entrevistadxs con respecto a la percepción de familiares, amigxs o redes afectivas de las usuarias, tienen que ver con el rol que puedan llegar a ocupar -o no- en la producción de cuidados que se puede construir en conjunto. Como bien podemos notar no se trata de responsabilizar a estas personas del cuidado exclusivo de la usuaria, sino por el contrario de constituir un espacio común para acompañar en el proceso de externación, que ubicará a la comunidad como un actor fundamental en la materialización de este proyecto como veremos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4: LA COMUNIDAD Y LA PRODUCCIÓN DE CUIDADOS

Considerando lo desarrollado en los capítulos anteriores en torno a la des/institucionalización y el lugar que ocupa el PREA para las usuarias, en el último capítulo del presente trabajo, precediendo a las reflexiones finales, analizaremos las prácticas comunitarias desplegadas por el programa desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud (APS). El análisis sobre las dinámicas de trabajo llevadas a cabo por el dispositivo nos permitirá, a partir de las concepciones de *producción de cuidados* (Merhy y otrxs, 2012) y *Salud Mental Comunitaria* (Bang, 2014), ubicar las principales coordenadas del rol que cumple la comunidad en las estrategias del equipo profesional durante los procesos des/institucionalizadores implementados.

En primer lugar, abordaremos el rol y la intervención del Centro Comunitario “Libremente”, espacio en el cual se desarrollan gran parte de las actividades del PREA, brindando talleres, cursos y actividades para las usuarias y para toda la comunidad. El anclaje

comunitario del centro como explicaremos en este apartado, es de vital importancia para la integración de las usuarias en la recomposición y fortalecimiento de lazos sociales.

Luego, analizaremos algunos puntos claves de la intervención del PREA desde la perspectiva de la APS. La *producción de cuidados* y los ejes centrales en el proceso de rehabilitación de las usuarias serán algunos de los temas sobre los que reflexionaremos a partir de las entrevistas realizadas a lxs profesionales.

En tercer lugar, desarrollaremos dos lineamientos importantes que atraviesan la intervención del PREA: la *interdisciplinariedad* y la *intersectorialidad*. Tal como identificamos en las entrevistas con lxs profesionales, son dos cuestiones que forman parte del dispositivo y del vínculo que tiene con la comunidad, y elementos medulares de la LNSM.

Por último, analizaremos el rol que ocupa la comunidad en los procesos des/institucionalizadores que se impulsan desde el abordaje del PREA. En este punto, el enfoque de *salud mental comunitaria* será retomado como uno de los lineamientos fundamentales en la intervención del dispositivo.

Centro Comunitario “Libremente”

Como hemos mencionado previamente, profundizar los objetivos de implementación de políticas de salud mental con base en la comunidad, el Centro Comunitario “Libremente” (en adelante CCL) opera como un dispositivo estratégico para el fortalecimiento de vínculos y constitución de la comunidad como sujeto activo de transformación social²⁷. Tal como promueve la LNSM en sus artículos 9 y 11, el PREA realiza el proceso de atención fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. “Libremente” funciona como un dispositivo extrahospitalario brindando servicios de inclusión social para personas después del alta institucional. Es el nudo donde convergen y se articulan las redes que sostienen la externación. El nivel de relevancia que tiene en usuarias que participan de las actividades es central. En un estudio llevado a cabo en dicha institución (Ardila-Gómez, Hartfiel, Fernández, Ares Lavalle, Borelli, Stolkiner, 2016) se identificó en entrevistas realizadas a participantes de las actividades, que en un 84% se generaron nuevos vínculos y casi la mitad de ellos implican relaciones por fuera del centro comunitario. Esto denota la

²⁷ Cabe destacar que en el mismo Centro Comunitario es en donde funciona el equipo interdisciplinario del PREA. En las visitas realizadas identificamos, según información brindada por lxs mismxs profesionales, que el equipo tiene reuniones y entrevistas en el primer piso de la institución y en la planta baja se llevan adelante el resto de las actividades (talleres, emprendimientos, cocina, etc.)

importancia que toma el establecimiento en la construcción de lazos sociales contribuyendo al bienestar integral de las usuarias externadas.

Casi un año después de la fundación del PREA, el CCL comienza su actividad en marzo del año 2000. Tiene el doble objetivo de ser el centro de referencia para las mujeres externadas y ser un espacio abierto a la comunidad con propuestas tendientes a la integración social y la promoción de la salud. Ubicado fuera del hospital, se encuentra en la localidad de Banfield²⁸. Es una casa amplia donde los distintos equipos multidisciplinarios brindan actividades para las usuarias y para toda la comunidad, en general, por medio de talleres artísticos, actividades culturales y expresivas.

Siguiendo a Tisera *et al.* (2013) la construcción de lazos sociales constituye un eje del proceso de rehabilitación a través de la promoción de todo tipo de actividades sociales, “*de espacios de encuentro e intercambio entre diferentes actores y reconocimiento territorial*” (2013, p.255). Según la información recabada en las entrevistas con lxs informantes claves, a “Libremente” asisten unas trescientas personas de la comunidad que concurren mensualmente a los distintos talleres expresivos, de capacitación laboral y de trabajo corporal. En estos espacios se pone especial cuidado, tanto en el aprendizaje técnico de distintas manifestaciones artísticas y culturales que incentivan la libertad de expresión personal, como en el encuentro y la integración de quienes participan. Esto nos permite pensarlo como una propuesta sostenida desde el enfoque de salud mental comunitaria. Teniendo en cuenta cómo se constituye, opera como nexo entre las mujeres recientemente externadas y el vecindario del que pasan a formar parte. En sintonía con lo afirmado, podríamos enmarcar el abordaje del PREA en Libremente dentro de lo que Bang (2014) comprende como una perspectiva epistemológica de Atención Primaria de Salud. Desde este punto de vista se incluye lo colectivo como una estrategia de promoción en Salud Mental Comunitaria (de acá en más SMC), y se orienta a la generación de procesos participativos que pongan en juego la creatividad, lo cual promueve las redes de contención. Este tipo de acciones se presentan como una vía facilitadora para la transformación hacia una comunidad más inclusiva; ya que “*para que personas con padecimientos mentales puedan ser asistidas en su comunidad, ésta también debe estar preparada*” (Bang, 2014, p.112).

Para promover la participación de la comunidad, inicialmente, el PREA elaboró una propuesta de difusión que resultó fundamental para lograrlo: no se trataba de apelar a la

²⁸ A comienzos de 2023, el Centro Comunitario Libremente se mudó a la localidad de Banfield. Previamente las actividades se desarrollaban en una casa inglesa de dos pisos en la localidad de Temperley cerca de la estación ferroviaria de la misma localidad.

“solidaridad” de los vecinos para con las personas externadas, sino que el CCL ofrecería talleres y actividades promotoras de salud para la comunidad en su conjunto y mediante una participación voluntaria. A estas propuestas se fueron sumando las personas externadas desde su misma condición de vecinas a partir de lo observado en la institución y lo manifestado por lxs entrevistadxs. Nuestro entrevistado IC1, expresa al respecto:

“(“Libremente”) Se pensó como un centro abierto a la comunidad, no un centro para las pacientes, sino que se generaron de entrada una serie de talleres con los recursos que se pudieron obtener del barrio, de aquí, de allá, de presupuesto que se podía obtener para contratar talleristas (...) Y no eran talleres para las pacientes, eran talleres para las personas, las pacientes que participaban lo hacían en tanto vecinas no en tanto a pacientes” (IC1, enero 2024).

Siguiendo los aportes de Cáceres *et al.* (2009), el CCL -nacido como “un lugar de encuentro”- se propone seguir siendo un espacio para compartir, encontrarse con otrxs realizando una tarea concreta, generando propuestas saludables para todxs, encontrar lugar para lo propio en el trabajo con otrxs. Es ahí donde surgen proyectos personales y grupales, que habilitan el reconocimiento y desarrollo de potencialidades y capacidades. Esto otorga al PREA un movimiento y una riqueza que no podría consolidarse de otra manera, ya que la comunidad es impulsora permanente de nuevas propuestas, acercando ideas o necesidades; por otra parte, posibilita ir aportando a la conformación de un imaginario social no discriminatorio y, por lo tanto, favorable a la reintegración de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos como parte de la vida comunitaria. El abordaje desde un enfoque de Salud Mental Comunitaria pondera la implementación de la inclusión social y laboral, y además, como introducimos previamente, un proceso de atención anclado en la interdisciplinariedad y en la intersectorialidad, basado en los principios de atención primaria de la salud (LNSM, Arts.11 y 9).

El proceso de salud/enfermedad/cuidado en el marco de la externación

En este primer apartado consideramos menester reflexionar sobre cómo se construyen las redes de cuidado en el abordaje de la Salud Mental Comunitaria, las cuales actúan imprescindiblemente en la intervención del PREA. Como hemos observado a lo largo de

nuestra investigación, éstas pueden existir fuera del sistema de salud, y son construidas, muchas veces, con el propósito de vencer las barreras al cuidado.

Según Merhy *et al.* (2012), en determinados casos, el cuidado puede funcionar como barrera para la producción de la vida. Coincidimos con el autor en considerar que “*se debe mirar acceso y barrera al cuidado bajo la lógica de producir/inhibir conexiones existenciales*” (2012, p.32). También refiere que en el modo manicomial de cuidar, se genera más capacidad para producir muerte que redes de conexiones de vida y, por lo tanto, se producen barreras al cuidado; “*el cuidado manicomial aísla, disciplinariza moralmente y medicamentaliza a aquel que considera un ‘enfermo mental’ (...) corta las múltiples redes de vínculos existenciales existentes y ofrece como única posibilidad otra red de conexión, que se presenta como más protectora y controlada*” (2012, p.26). En otras palabras, “condena” a alguien a vivir exclusivamente bajo redes de conexiones definidas a partir de la enfermedad como centro de la producción de una vida cualquiera y se prohíben otras formas de vivir que no estén generadas a partir de ese territorio existencial. La producción de redes de conexiones existenciales, al ser dirigida por una única posibilidad de ordenamiento, no expresaría la producción de más vida y, como tal, sería visto por nosotros como barrera, por impedir nuevos sentidos de y en el vivir. Podemos, en este sentido, diferenciar lo que consideramos “cuidado” con aquello percibido como “atención”.

El “cuidado” tiene una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos (Tejada de Rivero, 2003, p.5). Dicho esto, englobamos al cuidado manicomial como práctica de atención, mientras que las características que hemos mencionado sobre el cuidado las atribuimos a las estrategias que brindan lxs profesionales del PREA.

En este sentido, si hay una cuestión a destacar desde el comienzo en el proceso de promoción del cuidado que impulsa el PREA es el lugar que se le da a cada usuaria desde el comienzo de su tratamiento. Su rol dentro de este es protagónico, ya que los mecanismos de cuidado que se construyen son implementados en pos de brindar herramientas para que la persona que comenzará a vivir en comunidad luego de muchos años, pueda adaptarse respetando su decisión en todo momento. Una de lxs psicólogas entrevistadas (P1) hace énfasis en esta cuestión al preguntarle sobre las estrategias implementadas por el programa, haciendo foco en el rol que ocupan las usuarias al momento de construir la intervención:

“La primera estrategia va en la línea de entender que son personas, ¿no? Y que con cada una construimos con ellas el proyecto de externación. Y de acuerdo a ese proyecto y de acuerdo también a una evaluación que le hacemos conjunta con respecto a qué grado de autonomía o autovalimiento tiene, ¿cómo se imagina ella viviendo con el programa? (...). O sea, las herramientas las vamos construyendo también con las mujeres. Y cada historia es singular y la vamos acompañando en ese proceso. (...) A mí me gusta pensar un poco en “la clínica ampliada” porque también incorpora la palabra de la persona en el pensar cuál es su proyecto con respecto a la vida en la comunidad o con respecto a su tratamiento” (P1, marzo 2024).

En esta afirmación de la “clínica ampliada” que retoma la entrevistada sintetiza el lugar que ocupan las usuarias no sólo en su tratamiento, sino también en su proceso de externación y proyecto de vida. Ahora bien, según Sousa Campos (2005), dentro de la red de atención primaria, la “clínica ampliada” tiene una serie de especificidades, lo que la torna distinta de aquella realizada en los centros hospitalarios. Según el autor, “es necesario intervenir sobre la dimensión biológica u orgánica de los riesgos o enfermedades, pero será también necesario encarar los riesgos subjetivos y sociales (...) para lograr acciones que incidan sobre estas tres diferentes dimensiones” (2005, p.482). En este sentido, la proximidad con redes familiares y sociales de lxs usuarixs con padecimiento mental facilita esas intervenciones, pero sin eliminar su complejidad. Agrega el autor, “cuando hay relación estable en el tiempo entre el médico general y su equipo y el enfermo[usuarix], es posible construir una clínica ampliada, partiendo de su núcleo biomédico para los aspectos subjetivos y sociales de cada sujeto, respetándose la característica singular de cada caso” (2005, p.482). Esto implica en términos metodológicos éticos y políticos, que el programa orienta la intervención hacia usuarias activas e involucradas y en donde son reconocidas desde su subjetividad como sujetas activas en la ampliación de sus derechos.

Dentro de la atención integral, como consideramos previamente y retomando a Saraceno (2003), los ejes en la rehabilitación de usuarias con padecimiento mental son el hábitat, la red social y el trabajo. A lo largo de la investigación aún no hemos profundizado sobre otro de los desafíos emergentes en el proceso de externación, que es justamente la inclusión laboral en el proyecto de externación. En este sentido, para las usuarias en proceso de externación es fundamental contar con un espacio de trabajo que les permita cubrir sus necesidades así como fortalecer aquello que implica insertarse en el mercado laboral.

Siguiendo a Hartfiel y Ardila-Gómez (2023), la constitución de espacios laborales no solo tiene la función de sostén económico, sino también como un ámbito de reconocimiento social y de logros personales. La AT1 -quien desarrolla su función en PREA en el área comunitaria acompañando a los emprendimientos cooperativos “Bellísima-Remade” y “Sureñas”- se refiere al lugar que ocupa de la siguiente forma:

“El PREA acompaña ese proceso para que la persona pueda sostener. No solamente desde el tratamiento psiquiátrico, con medicamentos, sino en el área laboral por ejemplo. La mayoría de las personas con padecimiento mental se le ofrecen talleres, pero nadie piensa en el afuera sobre todo con la situación económica que hoy por hoy estamos. Cómo subsistir digamos. Tienes la libertad, perfecto saliste, ¿Pero cómo vivís afuera? ¿Cómo te mantenés? Tener trabajo habla de salud mental. Me parece que el PREA lo que facilita es eso, sostener esa libertad. Yo no hablo de que la persona “se cura”, pero mantiene el tratamiento fuera del encierro. Lo que se va perdiendo en la internación. (...) A veces veo los CV y digo uh esta persona trabajó 20 años hace tiempo atrás y ahora no puede sostener 2 horas de trabajo. Acompañar eso digamos. Que puedan organizarse en ese sentido. También si veo una señal de alarma por ejemplo se duerme dentro de la actividad significa que no tomó bien la medicación. Soy como el ojo clínico en la parte comunitaria” (AT1, marzo 2024).

De las declaraciones de la entrevistada podríamos retomar dos cuestiones importantes a destacar. En primer lugar, la importancia del trabajo para las usuarias y sus proyectos de vida luego de la externación, y en segundo lugar, la relevancia del eje comunitario en el acompañamiento para la efectivización de la inclusión laboral. Sobre la primera cuestión, podemos retomar la investigación de Hartfiel y Ardila-Gómez (2023) en donde se identifican los múltiples obstáculos en el acceso al trabajo de la usuarias externadas partiendo de la percepción personal *“como la falta de deseo o el temor a enfrentar la búsqueda por no sentirse capaces de lograrlo, los temores a los avatares que pueda significar el trabajo, la falta de redes sociales perdidas en los años de internación”* (Hartfiel y Ardila-Gómez, 2023, p. 35) hasta cuestiones vinculadas a la organización de la vida cotidiana de las usuarias. Al mismo tiempo las investigadoras destacan la importancia y el aspecto positivo que le adjudican las mujeres al trabajo en sus vidas y cómo lo ubican con las relaciones sociales y la inclusión. Podemos considerar por lo dicho, que el espacio laboral

además de brindar sustento desde lo económico, también lo es desde la restitución de lazos sociales. La segunda cuestión digna de análisis que podemos identificar en las palabras de AT1, es su rol y su autopercepción como el “*ojo clínico en la parte comunitaria*”. La cuestión del cuidado es algo que se encuentra muy presente en todo momento en cada proyecto de externación del PREA. Un interrogante común que puede llegar a surgir en la lectura de la investigación puede ser ¿Si las usuarias no continúan tanto su tratamiento como las consultas médicas en el hospital psiquiátrico? ¿En dónde lo reciben? Siguiendo a Franco y Merhy (2011) “*lo que define el perfil del cuidado no es el lugar físico donde se realiza el cuidado, sino el territorio existencial en el cual el trabajador se inscribe como sujeto ético-político, y que anda con él, donde él opere su proceso de trabajo*” (2011, p.14). Para reforzar lo indicado por lxs autorxs, esta reflexión en torno al cuidado permite problematizar los espacios hegemónicos donde se despliega -como el hospital, el sanatorio o la clínica-, quitándoles la pura exclusividad y ubicándolo como una actividad posible en otros espacios físicos. Pensar en otros espacios de cuidado por fuera de los estrictamente sanitarios no implica eliminar la relevancia de centros de salud, sino más bien lograr conectar y ampliar la red con instituciones que no necesariamente pertenezcan al sector de sanidad.

Si hablamos de estrategias de producción de cuidados ampliadas por el grupo, no podemos dejar de hablar del CCL; que además de ser un espacio de convocatoria a actividades recreativas, laborales, etc. también es la institución donde lxs profesionales suelen entrevistar o trabajar en conjunto con las usuarias. Pero ¿de qué formas se relacionan lxs profesionales con las usuarias? ¿Cuáles son las claves en el proceso terapéutico que se plantea? Una de las acompañantes terapéuticas del PREA (AT1), destaca el reconocimiento de la identidad del otrx y de las usuarias en todo momento en pos de recuperar esas subjetividades desconocidas por años de encierro en el manicomio en la mayoría de los casos. La entrevistada nos relata:

“Nosotros cuando abrimos la puerta ya te saludamos con un beso y un abrazo. No preguntamos qué querés acá. No hay nada peor que ir a un lugar y que no te llamen por el nombre (...) Es ese lugar cotidiano que muchas veces los hospitales van perdiendo. Ponerle afecto a la usuaria que por lo general carece de eso. Creo que esa es la clave. Hay gente que hacen los talleres pero sólo van porque quieren hablar un rato. Es importante eso de llamar por el nombre. Algo que me pasa también es que hay gente que yo no sé ni el diagnóstico. Yo le digo no quiero ni saber su historia clínica” (AT1, marzo 2024).

Retomando los aportes de Tejada de Rivero (2003) se puede observar que en el contexto de la APS, el término cuidado se utilizó a fin de indicar que las prácticas en Salud -entendida ésta en un sentido amplio e integral- exceden a lo que puede -y debe- hacer el sector sanitario y a ciertas prácticas hegemónicas dentro del mismo. Es decir, se plantea que para producir salud, *“es indispensable la conjugación de las acciones “sanitarias” con otras, así como la relación entre diversos saberes -técnicos y no técnicos- en tanto se concibe a las problemáticas en salud desde su complejidad”* (Souza Campos, 2009, como se citó en Michalewicz *et al.*, 2014, p.220). Esta aparición de saberes se puede identificar en la reflexión de AT1 con respecto al énfasis que se promueve en el centro comunitario con respecto a la identidad, al nombrar al otrx, al darle lugar y voz en un espacio de intercambio, reconociendo las diversas subjetividades. La direccionalidad en estas prácticas en un espacio que convencionalmente no pertenece al sector sanitario -ya que más allá de que se encuentre el equipo interdisciplinario en el edificio, en el Centro se practican actividades culturales- permite hilvanar un seguimiento terapéutico y continuar un tratamiento que no responda solamente desde un fármaco o una indicación médica, sino que se amplíe hacia otros segmentos de la vida cotidiana de las usuarias. La atención integral implica una serie de movimientos, los cuales se realizan desde la anterior centralidad del sistema sanitario en diferentes sentidos: hacia otros sectores (educación, justicia, etc.), hacia otros saberes y actores (grupos domésticos, pares), y más aún, hacia otras situaciones de vida cuyo eje no es la enfermedad (Michalewicz *et al.*, 2014).

Lo interdisciplinario como modalidad de abordaje

El carácter interdisciplinario *“sugiere una integración en el plano del conocimiento y en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones”* (Almeida Filho y Silva Paim, 1999, p.15). Supone así una integración de las particularidades con el fin de tener un entendimiento y abordaje ampliado, el cual no implica una pérdida del saber específico, que resulta esencial, sino más bien se relaciona a la construcción de un conocimiento superador. En efecto, el hablar de interdisciplina remite al trabajo en equipo, de conducción, liderazgo y jerarquización difusa, de formación profesional, de relaciones para con lxs usuarixs, etc. Es decir, al hablar de interdisciplinariedad no podemos referirnos simplemente a la confluencia de distintas profesiones en un espacio de trabajo. Se trata de procesos y prácticas desarrolladas que apuntan hacia un enfoque y un tipo de práctica en

particular. La necesidad y la emergencia del carácter interdisciplinario parte de entender que *“los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos”* (Stolkiner, 1987, p.313 como se citó en Stolkiner, 2005). A partir de la LNSM en términos legislativos se promueve el abordaje interdisciplinario (LNSM, art. 8) en nuestro país, lo que constituye un marco de referencia para fomentar este enfoque en el campo de la SM.

En el relato de lxs profesionales encontramos opiniones diversas con respecto a cómo se desenvuelve lo interdisciplinario en los equipos. De forma predominante las experiencias de lxs profesionales sugieren que se establece una relación entre disciplinas que caracteriza el trabajo del PREA. AT1 reflexiona al respecto del lugar que ocupa la psiquiatría y sobre su experiencia en el trabajo con compañerxs de otras disciplinas:

“Mi caso no fue pero pasa, siempre me sentí acompañada por el equipo. Pero siempre hay una hegemonía entre psiquiatras que cuesta derribar pero no fue mi caso repito. A veces escucho que a mis compañeras les cuesta que escuchen sus puntos de vista en los coordinadores de los equipos que suelen ser psiquiatras. Solo una acompañante terapéutica coordina un equipo”
(AT1, Marzo 2024).

Históricamente en el abordaje en SM, la integración de diversas disciplinas en los efectores de salud se encontró -y se encuentra aún al día de hoy- atravesado por diversos obstáculos. Siguiendo los aportes de De Lellis y Fotia (2019), una de las dificultades principales en el desarrollo de un enfoque interdisciplinario es el lugar hegemónico que continúa ocupando la psiquiatría tradicional por sobre la subalternidad en donde ubica las demás disciplinas. En este sentido, como se mencionó previamente los lineamientos planteados por la LNSM ya que pone en tela de juicio la intervención exclusiva del psiquiatra concebida tradicionalmente en el campo de la SM *“ya que habilita un trabajo interdisciplinario, una redistribución del poder en el seno del equipo de salud y de este con la comunidad, y propone reconocer también la perspectiva que aportan actores no convencionales, tales como los usuarios y familiares.”* (De Lellis y Fotia, 2019, p.181). A partir de estos aportes, nos parece pertinente retomar lo manifestado por la psicóloga entrevistada (P1) con respecto al enfoque del PREA y el trabajo interdisciplinario que allí se desempeña:

“(...) el programa cuando surge, siempre se pensó de manera grupal. Se construye en espacios de asamblea, en donde no sólo interdisciplinariamente participaban todas las disciplinas o las profesiones, también participaban las usuarias como parte de pensar el programa” (P1, marzo 2024).

Más allá de que parezca una obviedad, es necesario destacar que el trabajo interdisciplinario es un trabajo necesariamente grupal y sostenido a lo largo del tiempo, *“una cooperación ocasional no es interdisciplina”* (Elichiry, 1987, como se citó en Stolkiner, 2005, p.337) por este motivo los espacios asamblearios y de encuentro son fundamentales en la construcción de la intervención. Por último, así como se mencionó en el apartado anterior con respecto a las usuarias y el rol que ocupan en su proyecto de externación, consideramos que estos espacios de asamblea constituyen un eje fundamental en el enfoque interdisciplinario que busca implementar el programa y en la articulación los deseos y las subjetividades de las familias y las usuarias, claves en el desarrollo de estrategias en PREA.

La intersectorialidad como modalidad de abordaje

Al igual que la interdisciplina que se encuentra establecida en la LNSM para el abordaje en SM, la intersectorialidad también tiene su apartado en la promoción de una modalidad de abordaje en este sentido (LNSM, art. 9). Identificamos en el relato de lxs profesionales algunos aspectos para analizar con respecto a esta cuestión en el abordaje del PREA. Coincidimos en la definición de intersectorialidad como *“...la articulación de saberes y convergencia de esfuerzos de diferentes sectores gubernamentales para producir políticas integrales e integradas, con el objetivo de alcanzar mejores respuestas frente a situaciones complejas”* (Buriyovich, 2018, p.222). Además, consideramos de alguna forma, que no se trata solamente de la coordinación de la acción en sí entre dispositivos u organismos que se desempeñan en el área de la salud mental, sino también de actores sociales o sectores que *“trabajan juntos para resolver un problema que definen y asumen como común”* (Cunil-Grau, 2019, como se citó en Ussher, 2015, p.251). Tanto la interdisciplina como la intersectorialidad tienen un fuerte anclaje en el trabajo comunitario y en la producción de cuidados.

La MP1 manifiesta un ejemplo con respecto a la articulación con un efector en búsqueda de una actividad para una usuaria:

“Después el tema interactuar con otras instituciones, nos ha pasado cosas muy concretas como por ejemplo que vayan a hacer aquagym a las piletas municipales porque presentaban alguna dificultad motriz -que generaba problemas para subir las escaleras por ejemplo- terminó surgiendo que con usuarias del programa quisieran armar un grupo aparte cuando la idea justamente es la inclusión... en este caso la dificultad era motriz, no de salud mental. Estos problemas se están intentando resolver, se está tratando de articular. No poder entender de parte de estas instituciones que no necesitan un grupo aparte” (MP1, septiembre 2023).

En esta situación notamos una cuestión que en términos de accesibilidad introduce obstáculos a usuarias en el acceso a una actividad que promueve la inclusión social. Siguiendo a Garbus (2010) consideramos que esta “barrera” es de dimensión cultural ya que la decisión de asignar un grupo aparte en donde las usuarias puedan participar corresponde al orden de creencias y representación de salud que se conciben desde la institución hacia las usuarias. La autora identifica que al considerar ubicar este tipo de barreras culturales *“como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso”* (Garbus, 2010, p.310) lo que nos convoca a reflexionar que para promover prácticas intersectoriales coordinadas y articuladas no sólo es preciso identificar barreras con respecto a cuestiones económicas o de políticas públicas sino también sobre transformaciones culturales en las instituciones.

Es pertinente destacar la importancia del principio de la intersectorialidad en un proceso de des/institucionalización, ya que tiende a romper con el aislamiento propio del encierro y la institucionalización del enfoque asilar-manicomial. Permite comprender que lxs usuarixs de salud mental se encuentran atravesadxs por un conjunto de aspectos que hacen a su reproducción y que por ende requiere de un entramado institucional con el objetivo de garantizar sus derechos. Entender que el padecimiento mental no define a la persona ni a su situación en la totalidad, lleva a una mirada integral sobre ella, de modo que resulta indispensable la articulación con organismos e instituciones extra hospitalarias y de otros sectores de la comunidad.

Pensar la salud desde (y con) la comunidad

Para concluir con el presente capítulo, consideramos pertinente recuperar el análisis acerca del rol que ocupa la comunidad en los procesos des/institucionalizadores que se impulsan desde el abordaje del PREA. El enfoque de salud mental comunitaria que fue identificado como uno de los lineamientos fundamentales del dispositivo en su intervención será nuestra perspectiva de análisis para revisar los procesos de trabajo relatados por lxs profesionales entrevistadxs.

Al momento de referirnos a la comunidad dentro de un proyecto de externación, previamente es necesario tener presente las redes vinculares existentes que pueda llegar a tener cada usuaria y el rol que pueda llegar a ocupar en dicho proceso. En este sentido, la directora del Hospital Esteves manifiesta que existen casos donde luego de la externación y en convivencia con otras usuarias, la percepción de sus familiares directos cambia rotundamente sobre su persona. A continuación, además de lo referido por la entrevistada, ampliaremos con un claro ejemplo sobre una usuaria que atravesó por esta situación:

“Hay familias que cuando vos acompañas después de un tiempo de estar la persona viviendo afuera se la llevan a vivir con ellos porque la empiezan a visibilizar como una persona en la comunidad y no como una loca que estaba acá adentro” (Riva Roure, abril 2024).

“(...) ella tenía tres hijos, dos mujeres y un varón que cuando la internaron tenían 2, 3 y 5 años (...) Cuando ella se externa a vivir con las cuatro compañeras hacemos el nexo de nuevo y yo me acuerdo de una asamblea que se hizo en Librementa, que hacíamos asamblea con los familiares y las personas externadas y estaban estos tres chicos (...) los hijos lo que nos decían era que ellos estaban felices porque cuando recuperamos el vínculo, ellos tenían todos entre 20 y 30 años y XXX era abuela, y ellos decían nosotros hemos recuperado a nuestra madre y conseguimos tener una abuela para nuestros hijos” (Riva Roure, abril 2024).

Una de las tareas fundamentales en los procesos des/institucionalizadores siguiendo los aportes de Ardila-Gómez (2009), es la “recuperación” de lxs familiares de usuarias que estuvieron cronificadas por el encierro en el manicomio y para las usuarias que no se prolongó su internación que no se recaiga en el abandono de sus familias. Esta consideración

en los procesos de trabajo requiere de un acompañamiento para no incurrir en la delegación exclusiva de los cuidados en sus familias. Consideramos que pensar un proyecto de externación en donde se le adjudica una entera responsabilidad a lxs familiares de las usuarias sería un tipo de práctica deshospitalizadora, en donde el estado y el sistema de salud le daría la espalda a la producción de cuidados en torno a la usuaria por lo que es preciso realizar un acompañamiento y una intervención fundada en clave comunitaria para de esta manera facilitar el fortalecimiento de los vínculos afectivos de las usuarias.

Además del núcleo familiar con el que pueda contar la usuaria, la AT1 nos relata cómo el barrio y la comunidad pueden tomar un rol preponderante en la producción de cuidados que promueve el PREA como estrategia en el proceso de trabajo:

“A mi me parece muy importante generar redes en el barrio. Que puedan ir a lugares del barrio. La mayoría de los vecinos saben que son personas externadas, queda cerca del Hospital (...) Si ven algo raro llaman a las enfermeras o a los acompañantes” (AT1, marzo 2024).

Siguiendo a Ardila Gómez y Galende (2011) el enfoque asilar-manicomial ha sido *“la separación (en muchos casos definitiva) del paciente de su comunidad, esto es, separarlo de las vicisitudes de la vida en común”* (2011, p.46). Por el contrario, la Salud Mental Comunitaria postula como eje central de la atención y la rehabilitación el preservar o recuperar esa vida en común con el propósito de obtener la capacidad de relacionarse con los otros de su comunidad. En otras palabras, esta noción *“jerarquizó la intervención en la vida cotidiana de las comunidades con el propósito de incidir favorablemente en su desarrollo y en el de los sujetos que la integran”* (Rodríguez, 2007, p.30). Lo esencial de la perspectiva comunitaria en salud mental consiste entonces, en atender en primer lugar el “lazo social”, en el que radica la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros que le permitan la vida en común. Esto implica que el sujeto pueda permanecer en el seno de su familia y/o su comunidad durante el tratamiento, donde la interacción con otrxs y la integración social sea lo más próxima a su realidad social, cultural y de territorio de vida (Ardila Gómez y Galende, 2011). Por este motivo, consideramos que establecer redes, vínculos y alianzas con la comunidad en la que conviven las usuarias permite conformar distintas conexiones para el acceso al cuidado. En donde no sólo se trate de la institución sanitaria -desde el hospital o el centro de salud en donde funciona- realizando algún tipo de intervención, sino a partir de promociones de acciones vinculadas a la salud desde y para la comunidad.

Para finalizar, retomaremos otra cuestión sobre la que reflexionó María Rosa Riva Roure en torno a la transformación en torno a un sector de trabajadores del hospital -los cuáles acompañan los procesos que se desarrollan en PREA- sobre la percepción del trabajo comunitario en salud mental:

“Pero el tema del manicomio, tuvimos una cierta resistencia cuando empezamos a hacer la transformación pero hubo un momento en el que cayó esa resistencia ¿por qué? porque lo que se dieron cuenta es que la vida en la comunidad no resta trabajo, lo multiplica, lo multiplica exponencialmente tenés que trabajar mucho más afuera que acá adentro”
(Riva Roure, abril 2024).

Para sintetizar lo trabajado en el presente capítulo, identificamos que el momento en donde la percepción de lxs trabajadorxs resistentes a las prácticas comunitarias se empieza a transformar, es a partir de la implementación de las primeras externaciones impulsadas por el PREA. El argumento más recurrente planteado por estxs trabajadorxs, a partir de lo relatado por la entrevistada, era que las externaciones dejarían sin trabajo a lxs trabajadorxs del ámbito de la salud y del hospital más precisamente. La multiplicación del trabajo para el sector salud cuando el desarrollo se lleva adelante en la comunidad, por fuera del hospital no implica sólo atenerse a la atención y al tratamiento en guardias o en la respuesta médica con turnos pautados. Cuidar la salud desde el ámbito comunitario involucra la articulación con otros sectores, la implementación de intervenciones conjuntas con el barrio o la comunidad, el acompañamiento en la restitución de las habilidades sociales básicas de las usuarias para su vida cotidiana, entre otras múltiples tareas de cuidado y de promoción de la salud. Entonces, si las prácticas en salud se multiplican cuando las mismas se desenvuelven en el plano comunitario, podemos inferir que la intervención del PREA en este ámbito no solo implica abarcar la articulación y la participación de otros sectores (educación, justicia, etc.) en procesos de cuidado/salud, sino también en el fortalecimiento y la creación de mayor cantidad de empleo para las distintas disciplinas encargadas de promover la salud en la comunidad.

CONSIDERACIONES FINALES

El presente trabajo de investigación final procuró responder al objetivo general planteado al inicio del texto. En el apartado final destacaremos los principales hallazgos y una valoración general de los alcances y límites del trabajo realizado en torno a los objetivos generales y específicos propuestos.

Con respecto al objetivo general, pudimos identificar a partir del análisis realizado en torno la producción de cuidados, los efectos positivos y la transformación que generan sobre las trayectorias vitales de las usuarias la implementación de la perspectiva de abordaje del PREA.

En cuanto al desarrollo de la investigación, en una primera instancia, pudimos revisar la complejidad de los procesos históricos y antecedentes des/institucionalizantes en nuestro país, además de las particularidades que conformaron la constitución del dispositivo PREA como nudo central en la promoción de prácticas transformadoras en el Hospital Esteves. En el proceso de investigación logramos identificar que los distintos obstáculos, dificultades y facilitadores que consolidaron estos ya casi veinticinco años de funcionamiento ininterrumpido del PREA, se encuentran atravesados por una historia nacional en el campo de salud mental con múltiples complejidades, en el sentido de las dimensiones sociopolíticas y económicas, con avances y retrocesos que caracterizan al día de hoy el espíritu del programa como una alternativa al manicomio.

Ahondando en nuestra investigación sobre los objetivos institucionales del dispositivo y aquello que le da sentido a la intervención de lxs trabajadorxs, concluimos que las prácticas des/institucionalizantes impulsadas por el PREA buscan transformar el paradigma que crea y sostiene al hospital monovalente como institución asilar-custodial; apoyándose en la comunidad y focalizándose en el deseo de las usuarias con respecto al destino de sus vidas. A partir de lo analizado, consideramos que el programa tiene una fuerte apoyatura en la Ley Nacional de Salud Mental -teniendo presente además como ya mencionamos que el dispositivo precedió a la ley- en varios aspectos, tales como los criterios de internación/externación, la sustitución del hospital monovalente por dispositivos alternativos, el trabajo interdisciplinario e intersectorial y la promoción de lazos sociales comunitarios, entre otros.

En el proceso de restitución de los derechos de las personas con padecimiento mental, concluimos que es importante acompañar la intervención con una intencionalidad y un compromiso ético-político por parte de sus trabajadorxs. En este sentido, como primer

hallazgo de esta investigación señalamos que la relación directa que tienen los dispositivos de SM con el Estado, será decisiva para un tratamiento integrado y complementario a la búsqueda de justicia por lxs usuarixs con padecimiento mental ante una trayectoria histórica rodeada de vulneración y/o violación de derechos de todo tipo. La asignación de recursos es importante en estos procesos, pero también es necesario acompañar la intervención con una intencionalidad y una direccionalidad política conjunta.

Adentrando nuestro análisis en los procesos de externación en sí mismos, pudimos inferir que éstos se encuentran atravesados por los múltiples efectos que dejó en las usuarias el paso por el manicomio. En este punto, toda posibilidad de tejer redes se comienza a dificultar debido a la fractura en los lazos sociales que conlleva la institucionalización y los mecanismos de segregación que nacen mucho antes, es decir, en los tejidos vinculares que la persona fue construyendo a lo largo de su vida. En este aspecto, comprendimos que es el factor social uno de los principales determinantes del destino que tiene la persona que atraviesa el padecimiento mental. Distinguimos como segundo hallazgo de esta investigación, que el sostén social y terapéutico extendido en el tiempo, son factores decisivos en lo que hace a la posibilidad de producir una integración social efectiva de quienes padecieron los efectos de la internación indebidamente prolongada, así como las consecuencias de su paso por una institución psiquiátrica.

Profundizando en las prácticas desplegadas por el programa desde el Centro Comunitario Libremente, comprendimos que cada usuaria es convocada a ocupar un rol elemental en la construcción singular de su propio recorrido; tarea que implica un tránsito desde las modalidades de intervención consagradas por la práctica hospitalaria tradicional, a la construcción de un rol protagónico en el trabajo de su propia externación. En relación con esto, destacamos a la Salud Mental Comunitaria como perspectiva de abordaje impulsada por lxs profesionales desde la constitución y el fortalecimiento de redes vinculares y que tiene como objetivo favorecer estos procesos de externación. El tercer hallazgo que identificamos es que las redes de cuidado pueden existir fuera del sistema de salud, lo que implica la consolidación de un espacio como el CCL que además del seguimiento para la continuidad del tratamiento, pondera la inclusión social y laboral, entre otros aspectos.

La relevancia del eje comunitario en el acompañamiento avocado a la efectivización de la inclusión laboral, implica además, destacar las potencialidades de cada usuaria del dispositivo. Por lo que el último hallazgo al que podemos hacer referencia, es el lugar preponderante que ocupa en las estrategias del PREA la proyección de una vida fuera del hospital, enfrentando los temores y/o dificultades que pueden emerger en la búsqueda de

construir un espacio de trabajo -entre otros proyectos que puedan tener las usuarias- que cumpla con las condiciones necesarias para el desarrollo de esta actividad esencial y fundamental para muchas de las usuarias en el deseo impulsado por cada una de sus aspiraciones.

En referencia a las implicancias para la formación y las prácticas desde el Trabajo Social, pudimos reflexionar sobre la importancia de la inserción de la profesión en el campo de la SM y la obligación de revisar las prácticas a partir de un pensamiento crítico en torno a las institucionalidades vigentes en salud. La actividad de lxs trabajadorxs sociales como parte del equipo interdisciplinario, implica un reconocimiento como actor competente para el abordaje del cuidado de las personas con padecimiento mental. En concordancia con los lineamientos de la LNSM, su rol en la conformación de equipos es fundamental para la construcción de una intervención integral que promueva el acceso a derechos a lxs usuarixs del sistema de salud y en SM específicamente.

Por último, concluimos en que la producción de cuidados construida desde y con la comunidad, posibilita la conformación de un imaginario social no discriminatorio y, por lo tanto, favorable a la integración de las personas externadas de hospitales monovalentes como parte de la vida comunitaria. La proyección de una estrategia que contemple estas cuestiones, implica una decisión ética y política, por lo tanto, no se puede escindir la direccionalidad que se le puede dar desde el aparato estatal -municipal, provincial y/o nacional- de las instituciones sanitarias. Ubicar estas principales coordenadas para la posterior implementación de este tipo de dispositivos, es el primer paso para trabajar sobre el reconocimiento y la restitución de derechos ciudadanos de las personas con padecimiento mental.

Para finalizar, consideramos importante impulsar futuras investigaciones que puedan profundizar sobre cuestiones que no han podido ser alcance del presente trabajo en torno al significado de la experiencia del PREA y los procesos des/institucionalizadores. En este sentido, haremos mención sobre algunos emergentes que identificamos a lo largo de la investigación con respecto a la temática ya mencionada: profundizar sobre las perspectivas de lxs familiares y redes vinculares de las personas con padecimiento mental con respecto a los procesos des/institucionalizadores,

BIBLIOGRAFÍA

- ALBERDI, J. Reformas y contrarreformas: Políticas de salud mental en Argentina. Rosario, UNR Editora, 2003.
- AMICO, L. “Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental”. En: Revista Margen Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales, N°35, Año 12, 2004
<https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- ARDILA GÓMEZ, S y STOLKINER, A. Estrategias de evaluación de programas y servicios de atención comunitaria en salud mental: consideraciones metodológicas. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2009.
https://www.academia.edu/110519107/Estrategias_De_Evaluaci%C3%B3n_De_Programas_y_Servicios_De_Atenci%C3%B3n_Comunitaria_en_Salud_Mental_Consideraciones_Metodol%C3%B3gicas
- ARDILA GÓMEZ, S y GALENDE. “El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria”. En: Revista Salud Mental y Comunidad. Universidad Nacional de Lanús, diciembre 2011. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/194415>
- ARDILA GÓMEZ, S. “El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial”. En: Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. 38, Año 1, 2009.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s0034-74502009000100009&script=sci_arttext
- ARDILA GÓMEZ, S. En nombre propio: relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en la comunidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019.
- BANG, C. “Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas”. En: Revista Psicoperspectivas Individuo y Sociedad, Universidad de Buenos Aires, Vol. 13, Año N° 2, 2014: pp.109-120.
- BIANCHI, E. “¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales”. En: Revista Relmecs. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y

Ciencias de la Educación. Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales. Red Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales. Junio-noviembre 2019a. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/78051>

- BIANCHI, E. “Ciencias sociales, salud mental y control social. Notas para una contribución a la investigación”. En: Revista Salud Mental y Comunidad, Universidad Nacional de Lanús, Año 6, 2019b: pp.12-28.
- BOURDIEU, P. Cosas Dichas. Buenos Aires, Gedisa, 1988.
- BOURDIEU, P. Campo de poder, campo intelectual: itinerario de un concepto. Buenos Aires, Editorial Montessor, 2002.
- BOURDIEU, P. y WACQUANT, L. Respuestas por una antropología reflexiva. México, Grijalbo, 1995.
- BOURDIEU, P. y WACQUANT, L. Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2005.
- BURIOVICH, J. Políticas intersectoriales para el abordaje integral en salud mental: La complejidad de la acción conjunta. En: Salud Mental y Derechos Sociales e Intersectorialidad. Córdoba, Editorial Espartaco Córdoba. 2018.
- CÁCERES, C; DRUETTA, I; HARTFIEL, M y RIVA ROURE, M.R. “El P.R.E.A, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales”. En: Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, Volumen XX, 2009: pp. 299-307.
- CELS. Cruzar el muro. Buenos Aires, Centro de Estudio Legales y Sociales, 2015.
- CELS. El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental. Avances y deudas en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios. Buenos Aires, Centro de Estudio Legales y Sociales, 2015.
- CELS. Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires, Centro de Estudio Legales y Sociales, 2007.
- COHEN, H y NATELLA, G. La desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro. Buenos Aires, Editorial Lugar. 2013.
- CONRAD, P. Medicalización de la anormalidad y el control social. Barcelona, Editorial Crítica-Grijalbo, 1982.
- DE LELLIS, M; FOTIA, G. “Interdisciplina y Salud mental”. En: Anuario de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Vol. XXVI, 2019. https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/26/dellellis.pdf

- DIAMANT, A. “Mauricio Goldemberg, el maestro de Lanús” En: Revista Internacional On-line / An International On-line Journal, Año 2, 2005. [Microsoft Word - mauricio.doc \(elortiba.org\)](http://MicrosoftWord-mauricio.doc(elortiba.org))
- FARAONE, S. “El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción”. En: Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Año 4, 2012: pp. 47-61.
- FARAONE, S. “Más allá de las fronteras de la des/ institucionalización. El dispositivo de salud mental en cárceles: Una estrategia consolidada en la provincia de Santa Fe”. En: Revista Delito y Sociedad, Año N°40, 2015a: pp. 63-79.
- FARAONE, S. Reformas estructurales, contexto nacional y proceso de transformación en el campo de la Salud Mental. En: Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657. Buenos Aires, UBA Sociales, 2015b.
- FARAONE, S y BARCALA, A . A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordinadas para una cartografía posible. Buenos Aires, Editorial Teseo, 2020.
- FARAONE, S; VALERO, A; BIANCHI, E; MANTILLA, J y TAMBURRINO, C. El proceso de desinstitucionalización en salud mental. Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983). XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009. <https://www.aacademica.org/000-062/1502>
- FRANCO, T.B y MERHY, E.E. “El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado”. En: Revista Salud Colectiva, Vol. 7, No. 1, Buenos Aires. 2011. <https://doi.org/10.18294/sc.2011.251>
- FRESNEDA, M. Prólogo. En: Experiencias en salud mental y derechos humanos. Aportes desde la política pública. Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2015. <https://bibliotecadigital.indh.cl/items/82d80d63-74b1-481f-b1a4-ee44a0a92c6d>
- FOUCAULT, M. Saber y verdad. Madrid, Editorial La Piqueta, 1985.
- FOUCAULT, M. Vigilar y castigar. Buenos Aires, Editorial Siglo XXI, 2002.
- FOUCAULT, M. Historia de la Locura en la Época Clásica: Tomo I. Argentina, FCE, 2003.

- GALENDE, E. Psicoanálisis y Salud Mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica: El sistema de la Salud Mental.. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1990.
- GALENDE, E. Breve historia de la crueldad disciplinaria. En: El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos. Buenos Aires, Editorial Lugar, 2008a.
- GALENDE, E. Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser. Buenos Aires, Editorial Lugar, 2008b.
- GARBUS, P. Consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental. En: Anuario de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología Buenos Aires, Volumen XVII, 2010.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862010000100030&script=sci_arttext&tlng=pt
- GOFFMAN, E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu, 2001.
- GRASSI, D. “Un repaso por los 112 años de historia del Hospital Esteves”. En: Diario La Unión, 2020.
[Un repaso por los 112 años de historia del Hospital Esteves :: Noticias de Lomas de Zamora | Diario La Unión \(launion.com.ar\)](http://launion.com.ar/Un-repaso-por-los-112-años-de-historia-del-Hospital-Esteves-::-Noticias-de-Lomas-de-Zamora/)
- HARTFIEL, M.I; ARDILA GÓMEZ, S. “Significaciones y prácticas en torno al trabajo de mujeres externadas de un hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, Argentina”. En: Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, Volumen 34, N° 159, 2023: pp. 29-39.
- HERNÁNDEZ SAMPIARI, R. Metodología de la Investigación. México, Mc Graw Hill, 2010.
- IRIART, C.; WAITZKIN; B; ESTRADA, A y MERHY, E.E. “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”. En: Revista Pan Am. Salud Pública, Volumen 12, N°2, 2002: pp.128-136.
- KRAUT, A. “Una sentencia reciente de la Corte Suprema pone definitivamente en la agenda pública el tema del encierro y el tratamiento de personas a las que la sociedad prefiere ignorar”. En: Diario Clarín, 2008.
<https://bit.ly/2TQJlkp>
- LEMUS ALCÁNTARA, S; HAMUI SUTTON, A; PÉREZ, M.I; MAYA, A.P. “Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud”. En: Revista Conamed. México, N°2, Volumen 22, 2017: pp. 98-103.

- MARRADI, A; ARCHENTI, N; PIOVANI, J.I. Metodología de las Ciencias Sociales. Buenos Aires, Emecé Editores, 2007.
- MENDIZÁBAL, N. “Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa”. En: “Estrategias de investigación cualitativa”. Buenos Aires, Editorial Gedisa, 2007.
- MENÉNDEZ, E. “El Modelo Médico y la Salud de los trabajadores”. En: Salud Colectiva. Año N°1, Volumen 1, 2005: pp. 9-32.
- MERHY, E.E. Salud: Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires, Ed. UNLa Cooperativa, 2021.
- MERHY, E.E ; FEUERWERKER, L.C. y SILVA, E. “Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental”. En: Salud Colectiva, Volumen 8, N°1, 2012: pp 25-34.
- MICHALEWICZ, A; PIERRI, C; ARDILA-GÓMEZ, S. “Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: Elementos para su conceptualización”. En: Anuario de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Volumen XXI, 2014: pp. 217-224.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD. “Guía para el diseño, desarrollo y evaluación ética de investigaciones sociales en salud”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2023.
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-para-el-diseno-desarrollo-y-evaluacion-etica-de-investigaciones-sociales-en-salud>
- OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs. Ginebra, 2018
- PÉREZ OROZCO, A. Subversión feminista de la economía. Sobre el conflicto capital-vida. Madrid, Editorial Traficantes de Sueños, 2014.
- ROSENHAN, D. Acerca de estar sano en un medio enfermo. Barcelona, Gedisa, 1988.
- ROTELLI, F; DE LEONARDIS, O y MAURI, D. “Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los <<países avanzados>>)”. En: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. España, Volumen 7, N°21, 1987: pp. 165-187.
- SAMTER, N. El Método de las Comparaciones Constantes, aporte para la generación de conocimiento desde el trabajo social. Ejemplos de investigación en el campo gerontológico con el uso del Atlas.ti 6. Apunte de Cátedra. Metodología de la

Investigación Social II, Buenos Aires UBA, Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Trabajo Social, 2017.

- SARACENO, B. La liberación de los pacientes psiquiátricos. México, Editorial Pax, 2003.
- SCHETTINI, P y CORTAZZO, I. Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa. La Plata, EDULP, 2016.
- SOUSA CAMPOS, G. “El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil”. En: Revista Bras Epidemiol Año 8(4), 2005: pp.477-83.
- SPINELLI, H. “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. En: Revista Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Volumen 6, Número 3, septiembre-diciembre, 2010
<https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348004.pdf>
- SPADEA, A. “Y ahora, ¿qué hago de mi vida? Los procesos de externación y la problemática habitacional”. En: Revista Debate Público. Año 9, Número 18, 2019: pp. 181-190.
- STOLKINER, A. “Interdisciplina y salud mental”. En: IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornada Provincial de Psicología, 2005. Disponible en: https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Interdisciplina%20y%20Salud%20Mental.%20Stolkiner.pdf
- TISERA, A; LEALE, H; LOHIGORRY, J; PEKAREK, A.L; JOSKOWICZ, A. Salud Mental y Desinstitucionalización: Resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. En: Anuario de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires, Volumen XX, 2013.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862013000100025&script=sci_arttext&tlng=en
- TISERA, A; BAVIO, B; LENTA, M.M. El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de salud mental. ¿Externación o expulsión?. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2009.
<https://www.aacademica.org/000-020/540.pdf>

- USSHER, M. Salud Mental y territorio. Reflexiones en torno al concepto de intersectorialidad. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII. Jornadas de Investigación XI. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2015. <https://www.aacademica.org/000-015/635>
- VALERO, A y FARAONE, S. “Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina)”. En: Revista Delito y Sociedad, N°31, Año 20, 2016: pp.93-111.
- ZUMARRAGA, F. “Análisis de los efectos de la cronificación en usuarios internados en una institución psiquiátrica monovalente”. En: Revista de Psicología, Volumen 19, N°2, La Plata, 2020. <https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi/article/download/9903/9610/34739>

Leyes y tratados

- Constitución de la Nación Argentina, 22 de agosto de 1994 (Argentina)
- Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948.
- Ley 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental 26.657. 25 de noviembre de 2010. Boletín Oficial Número: 32041
- Proyecto de ley, Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos, 27 de diciembre de 2023. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/proyecto-ley-bases-puntos-partida-para-libertad-argentinos-proyecto-ley-bases-puntos-partida-para-libertad-argentinos-nv40785-2023-12-27/123456789-0abc-587-04ti-lpssedadevon>

ANEXOS

Anexo I. Transcripción de una de las entrevistas realizadas en el marco del TIF

Fecha: enero 2024, videollamada a través de plataforma ZOOM.

Entrevistado: Informante Clave 1 (IC1), Lic. en Psicología y Lic. en Sociología, jubilado, ex trabajador del Dispositivo PREA

E: Dominguez Lucia, Rial Mattos Ignacio.

Ignacio: Bien, ahí comenzamos a grabar. En primer lugar, comenzamos con algunas preguntas de presentación... ¿Cómo es tu nombre? ¿cuántos años tenés? y ¿Cuál es tu profesión?

Informante Clave 1: XXXX, tengo la módica suma de 75, soy trabajador del campo de la salud mental, título Licenciado en Sociología y en Psicología. Me he dedicado al campo de la salud mental más o menos desde... siempre, digamos. Bien, ¿qué más?... bueno, he trabajado tanto en Clínica como en consultorio privado. He trabajado muchos años en docencia en la Universidad de Buenos Aires, en la cátedra de Psicología Social, cátedra de Teoría y Técnica de Grupos, Universidad de La Plata... uno o dos años en Trabajo Social también, allá tempranamente en la década del 80 en una cátedra de Psicología Social con Gregorio Kaminsky.

I: Si, recuerdo que hasta hace poco estuvo la cátedra.

IC1: Si, falleció Goyo hace poco.

Y, fui en cuanto a elecciones y selecciones de itinerarios profesionales, muy inclinado desde siempre... bueno, ese cruce de diplomas no es casual, yo arranqué por Sociología y después hice en simultáneo Psicología de modo que ese cruce entre lo subjetivo y lo social para mí estuvo desde el primer día. Mi manera particular de pararme ante estas cuestiones... aún ante un paciente en un trabajo individual, digamos, la mirada sobre lo colectivo siempre estuvo presente. Y los lugares que transité, siempre han tenido que ver con esas cosas, con lo comunitario y hasta podría decir en un sentido no limitante hasta con lo político, en el sentido de entender que la cuestión de la salud mental, es una cuestión que está imbricada en lo comunitario, y que lo comunitario está imbricado con las grandes tomas de decisiones. Con lo cuál ahí hay una mirada en la cuál por mi parte creo que lo clínico, lo grupal, lo institucional, lo político son un campo multideterminado y siempre han estado así. Eso define un poco mi trayectoria.

I: Ahora más vinculado al PREA, queríamos saber ¿qué lugar o qué puesto ocupaste en el PREA? no sé si anteriormente trabajaste en el Hospital Esteves...

IC1: En realidad, no solo yo sino el grupito de compañeras y compañeros ingresamos en el.. noviembre o diciembre del lejano año 96, ingresamos al Hospital Esteves, el PREA no existía cómo tal. Ingresamos como un equipo de capacitación, ese fue el sesgo, yo siempre permanecí en ese rol, salvo una intermitencia que fui Director Asociado un par de años. Pero mi lugar de inserción fue en el equipo de capacitación, que en ese momento ingresa al Esteves para trabajar en capacitación con el personal de enfermería, con una consigna muy interesante en aquel momento. El que era director del Esteves en ese momento, fue quién inventó el PREA, aunque muchos no se acuerdan. Lo inventó. Lo digo así, lo subrayo, que era Carlos Linero, él era el director del Hospital Esteves. Vuelvo a decir, el PREA no existía.

Nosotros ingresamos para trabajar en capacitación en enfermería, con una consigna, porque en ese momento habían ingresado como 60 enfermeras nuevas al hospital, y la consigna de Carlos Linero hacia nosotros fue “no quiero que a las enfermeras se las coma el manicomio”, esa fue la consigna que nos representó.

Bueno, trabajamos con un grupo de enfermeras y algunos enfermeros también durante un par de meses, y después como éramos varios nosotros, tuvimos una designación de horas cátedra que permanecía, teníamos 30 horas cátedra cada uno, empezamos a diversificar lo que hacíamos. Una compañera armó un centro de capacitación al interior del hospital, por supuesto, impulsado por el director que era una especie de eslabón entre el hospital y el afuera

con cosas muy interesantes, comenzaron hacer cosas cómo cursos para adolescentes, cursos sobre adolescencia, una murga que vinculaba personas del barrio que hacían música y percusión con las pacientes internadas en el hospital. Pero la idea de Carlos Linero, era ir abriendo el hospital, y guarda, estamos hablando del año 97, el país se encaminaba hacia un desastre... bah, hacia otro, ahora volvemos, pero en aquel momento se encaminaba hacia un desastre...

I: Te consulto por las dudas Mario, perdón que te interrumpo, Carlos Linero, estuvo en la dirección del hospital desde el 97 ¿hasta cuándo?

IC1: No, él estuvo desde el 94/95 creo hasta el 2004. Bueno, en ese interin, en nuestras conversaciones con Carlos que van que vienen, él tira la idea a un par de compañeros, no a todo el equipo. La cosa fue así, él había viajado a España, había visto el proceso de desmanicomialización en España, y nos dijo, tengo esta idea en la cabeza, no tengo tiempo de poner el culo en la silla y escribirlo, ¿por qué no me dan una mano?. Y así empezamos, entre otra compañera y yo, empezamos a escucharlo a él y a desgrabar las charlas y a devolverlas ordenadas, por escrito y ordenadas. Así se generó el PREA. El documento, la resolución ministerial con todo el programa se generó en ese diálogo, estaba en la cabeza de Carlos. Lo que nosotros agregamos ahí, fue lo de capacitación precisamente, el capítulo de capacitación lo armamos junto al equipo que ya estábamos trabajando en el hospital.

Esa fue su génesis, y tuvo un sesgo muy importante a contramano de lo que se planteaba en una oficina. Acá el planteo fue que “hay que empezar trabajando con los trabajadores”, que no era cuestión de agarrar un programa e imponerselo al hospital sin fijarse en las condiciones, hasta ahí el programa era igualmente una abstracción. Así que con lo que arrancamos fue con un curso de capacitación voluntario abierto a todo el personal del hospital presentando el programa y generando espacios grupales de discusión activa en relación a cómo sería la implementación, es decir, el esqueleto de programa estuvo escrito, salió de la cabeza de Carlos con el acompañamiento de alguno de nosotros pero el modo en que fueron armándose los equipos fue en una dialéctica de ida y vuelta con los trabajadores y trabajadoras del hospital, y con un grupo de pacientes también. Con un grupo de pacientes que se incorporaban aparte de la capacitación, lo cual, nos permitía a nosotros ir teniendo cómo “el pulso” de cuál sería la repercusión, una cosa que creo en ese sentido fue una muy buena decisión.

De la gente que queda hoy, Maria Rosa que en ese momento era en una de las salas del hospital, Viviana que era psicóloga no me acuerdo en qué área en ese momento, y no sé si quedan más compañeros y compañeras de esa época. Bueno, y Cármen Cáceres con la cuál compartimos el equipo de capacitación, Carmen que sigue laburando en el PREA éramos parte del mismo equipo de capacitación que ayudamos en la creación de este dispositivo, muy interesante porque vuelvo a decir había un ida y vuelta con los laburantes y con las pacientes, porque trabajamos con un disparador en una suerte de clase de presentación, un poco al estilo de grupos de investigación pichonianos, pero sin es técnica de algún modo, pero si en el sentido de una presentación disparadora que en general tenía que ver con agarrar una de las temáticas centrales, y además, de presentar algunas experiencias que ya existían.

Eso fue muy interesante porque trajimos algunas figuras importantes del campo de la salud mental para que contaran lo que ya hicieron, lo que habían hecho, y un poco para generar ese efecto de, bueno “vieron que se puede”, se puede hacer. Vino la gente de Río Negro, que ya

había encarado la reforma de salud mental por esos años y algunos referentes cómo... no sé si para ustedes esos nombres les suenan pero tanto Pavlovsky, Armando Bauleo, muy importantes en el campo de la salud mental y que contaban experiencias, Alfredo Moffat, en fin. Son nombres de mucho peso, los 3 nombres que mencioné ya fallecieron los 3 pero digamos, gente de mucho peso. Pero la idea era no “chapear”, sino decir, bueno, “acá está, no hay que estar en Europa, en Suiza, no hay que tener la guita del mundo. En este país hecho pelota se puede hacer”. Y se puede hacer con compromiso... hubo algo. Hubo algo que dijo Carlos en una presentación, en la primer presentación que fue muy valioso, que fue decir que a él se le había ocurrido armar este programa pensando no solo en las patéticos destinos de las pacientes cronicadas y viviendo una semi-vida hasta morir en el hospital, sino pensando en los laburantes, en los trabajadores... en un trabajo sin sentido, en un trabajo que solo tenía por función ser custodios de gente sin destino, y que la propuesta era que se convirtieran en personas que acompañaran a las pacientes hacia una reinserción en la comunidad.

Esto fue muy importante y creo que marcó mucho el sentido del programa.

Una vez que se pudieron ir conformando los equipos, empezó el otro tema que era el alquiler de las casas, se empezaron a alquilar, primero una casa, después otra casa, y los equipos que salían trabajando con ese esquema que después se fue modificando, pero en principio implicaba un trabajo de rehabilitación al interior del hospital, y después un trabajo de acompañamiento con el afuera. Que en ese momento tenía el nombre, y si ustedes ven el cuadernillo histórico con el programa y el decreto ministerial que le dió sanción, a lo que se trabajaba afuera se lo llamaba “continuidad del tratamiento”, cosa que después quisimos cambiar, porque era la continuidad de un tratamiento que no existía, porque se trataba de otra cosa. Pero bueno, fue pensar, “cómo le vamos a seguir llamando continuidad de tratamiento, si no hay tratamiento, hay una clara discontinuidad”, entre lo que era vivir el hospital y el trabajo que uno hace afuera.

Así que bueno, inclusive hubo un debate muy interesante en torno a lo que llamábamos antes “talleres de rehabilitación”, una discusión propia del campo de la salud, de ¿qué era rehabilitar?.

Lucía: Mario, perdón, te hago una pregunta. Nosotros estuvimos leyendo un documento en torno a este proceso de inserción del programa y este curso de capacitación que vos mencionas que yo quiero preguntar si es el mismo que estuvimos leyendo porque en el documento hablaba de un equipo provincial que era un recurso externo del hospital, o sea, que no era contratado por el mismo hospital sino que era... ¿era esto así? ¿era el mismo equipo de capacitación?

IC1: Si, eso era así. La provincia... el Ministerio de Salud de la Provincia, tenía y tiene (ahora creo que cambió de nombre), tenía un recurso que era la Escuela Provincial de Capacitación para la Salud, ahora se llama Dirección Provincial de Capacitación. Entonces, efectivamente era un recurso externo en el sentido de que nuestra ligazón contractual y la retribución económica provenía de los fondos de la provincia, no del presupuesto hospitalario sino de la Dirección Provincial de Capacitación, eso es así.

I: Claro, nosotros estamos sacando cierta información que estamos tomando... bueno, justamente nombraste estos documentos que hay en relación al PREA y encontramos uno que se llama “El PREA una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales”, que bueno fue desarrollado por Carmen Caceres, por María Rosa, Marisel Hartfield, bueno y también

mencionan a todo el equipo, incluyéndote. Claramente fue un artículo hecho desde un desarrollo colectivo explicativo de lo que fue el origen del PREA.

IC1: Un desarrollo colectivo del cuál tuve una intervención y preferí no firmarlo por algunas disidencias que tuvimos en ese momento, pero bueno, eso queda para la “no” historia, cuestiones que, bueno. Porque en ese documento, bueno, puedo contar un chisme de la época pasada, en ese documento no se menciona a Carlos Linero. Y no se menciona a Carlos Linero, porque... ustedes verán, cómo les dije, el tipo inventó el PREA, no es que era alguien que estaba ahí y no dió permiso, no no, lo inventó él. Y no se menciona en ese documento, no se menciona porque, bueno no sé de qué año es ese documento, pero es posterior al 2004 seguro. Cuándo se hace ese documento, había tomado la dirección del hospital un señor que había sido expulsado del hospital por “chorro” unos años atrás, y que había logrado a merced de esos avatares de la vida volver, cobrarse venganza, lograr que echaran a Carlos Linero y apropiarse de la dirección. Y hubo que “morfarsela”. Pero cuándo se arma el documento, el exige que no figure el nombre de Carlos o bien que figure el de el o que figure en todo caso el de ámbos. Y ahí hubo una negociación, una transacción que yo no fui parte, quizás era más importante que salga el documento, porque yo me negué a... yo participé de la confección de ese documento y no poco.

Pero me negué a figurar en un documento donde no se mencionaba al tipo que había fundado... no solo lo había fundado sino que lo había liderado, porque este no fue un proceso de abajo hacia arriba. Uno cree ingenuamente, por lo menos los que venimos de la década del 70, siempre hemos creído que los procesos venían de abajo para arriba, y la verdad que no, vienen de abajo para arriba, de un costado para el otro, de arriba para abajo. En este caso vino de arriba para abajo, claramente, buscando precisamente en el abajo los soportes que lo hicieran, no una suerte de decisión autoritaria sino de buscar “la carne dura” en los laburantes, en las potencias que estaban ahí.

I: Mario, perdón, ahora se corta la llamada. Pero quería comentar que todo lo que dijiste me parece fundamental, sobre todo, quizás parece un chisme de algo de un momento, pero creo que también es esencial en los movimientos que se dan

L: O en la conformación del programa

I: Y los movimientos que se dan en el mismo hospital.

IC1: Vos sabes que ahí fue interesante, que en el momento en el que vuelve este hombre, el PREA, la verdad que ya teníamos la suficiente masa crítica para que...

I:Perdón, ¿esto fue en el año 2004?

IC1: Si, 2004 o 2005. Teníamos la suficiente masa crítica, ponele que fuesen 10 o 12 casas funcionando con las pacientes afuera y además, nos habíamos tomado el laburo, sobre todo con Carmen en el equipo de capacitación de laburar la difusión. Bueno, además, el PREA se creó cómo un programa provincial, no cómo un programa del Esteves, lo que pasa que encarna en el Esteves porque ahí Carlos era el director y el lo lideró. Entonces, todo el trabajo de las alas y demás estaba bajo la dirección y conducción del hospital. En otros hospitales no pasó eso, con lo cuál ahí el PREA tuvo en algunos casos algún funcionamiento, en Cabret quedó un pequeño equipo funcionando, pero nunca tuvo la potencia del Esteves. No por mérito nuestro, sino porque la vanguardia estaba en la dirección del hospital, cosa que en otros lugares no pasaba. Pero nunca se pensó cómo un programa del Esteves, además, estába

escrito de esa manera cómo un programa provincial, era cómo un inicio de un proyecto de desmanicomialización, la idea era esa.

En el momento en que este hombre logra eyectar a Linero y apropiarse de la dirección del hospital, el PREA ya tenía una masa crítica y un prestigio ganado y era conocida. Y habían venido, por ejemplo, el referente de trabajo de desmanicomialización de Granada (España), gente de la OPS, gente de Trieste que era la vanguardia planetaria de la desmanicomialización, y habían venido, conocido el programa, y digo esto no para chapear sino que intentamos chapear cómo una cosa de autodefensa, cómo decir, “bueno, si la mano viene jodida, esto tiene que ser conocido”. En eso el equipo con el equipo de capacitación entendimos desde el primer día, y quiero decir esto porque me parece importante, que nuestro laburo no era el hospital, no era centrado ahí, sino que un proyecto desmanicomializador requiere de una serie de redes que no se agotan, no es cuestión de decir “trabajamos con los pacientes y después salen a vivir con la comunidad y qué lindo”, no, en ese sentido era generar soportes ideológicos, institucionales, políticos, hicieran de esto un proceso sustentable, productivo. En este sentido fue muy importante el lugar que se generó con las pacientes, en el sentido de que ellas eran protagonistas de su externación. Siempre decíamos, a modo de mantra o meme diríamos ahora, nosotros no externamos gente, nosotros trabajamos con gente para que haga un proceso de externación, no era que agarramos gente y la poníamos afuera. Tratamos de que fueran sujetos, y no objetos de su propio proceso de externación.

En ese sentido, cada vez que teníamos un quilombo porque pasó infinitas veces, bueno porque había un país que se llamaba Argentina que vivía de salto en salto, hasta teníamos un chiste entre nosotros porque en uno de esos momentos que se cortaba el flujo de dinero con lo cuál, por ejemplo, todos los talleristas que trabajaban en Librementemente que es el centro comunitario, eso lo contratamos con otros fondos, no era gente de planta requeríamos fondos del Ministerio de Salud para contratar, se cortaba ese flujo y era “que se venía la noche”, no había con qué pagarle a los talleristas, no había con qué pagar los alquileres, hemos tenido retraso de 6,7,8 meses con los alquileres, con los locatarios. El riesgo de que los pacientes, lo que sí decíamos era que “al hospital no vuelven”, en todo caso “quemamos gomas” hacemos algo pero al hospital no van a volver, pero trabajamos con los pacientes esas cuestiones, la idea era interesante. Incluso creo que fue María Rosa la que en algún momento se fue a La Plata con un grupo de pacientes a patear la puerta del Ministerio para conseguir los fondos. En ese sentido, en esta idea de que las pacientes no son pacientes sino que son sujetos protagonistas de su propio proceso, siempre en ese sentido el PREA fue ideológicamente muy claro.

Volviendo, al punto, cuándo este hombre vuelve a reapropiarse de la dirección del hospital, el PREA tenía un prestigio ganado, entonces el tipo lo que hace es no tirarlo abajo, sino, salir a chapear con lo que él no había hecho, pero no importa era una suerte de armisticio, una suerte de casamiento con conveniencia donde él nos respetaba. Mantuvo inclusive los cuadros, no tocó a nadie, intentaba también que las casas salieran porque eso hacía a su propio prestigio, y bueno, vivimos en ese sentido tiempos difíciles en una conveniencia que al menos nos dejó seguir laburando porque no hubo quiebre.

Cuándo sí hubo quiebre, en el mejor de los sentidos es con la última gestión en la Provincia de Buenos Aires con la gobernación de Axel, con el Ministerio de Salud, con Nicolás. Bueno, primero con Goyan y después con Nicolás Kreplak que tienen un compromiso muy fuerte con

el tema de la salud mental y una Subsecretaría de Salud Mental que toman, no en sí mismo al PREA, pero si los proceso de desmanicomialización y de salud mental comunitaria cómo política de estado. Eso no había pasado nunca, el PREA tuvo momentos más tranquilos y momentos más dramáticos pero siempre “remando en dulce de leche”. No digo que ahora no lo sea, pero ahora puede ser por situación de malaria económica, situación país, pero es la primera vez que hay una política provincial que hace de la desmanicomialización una política de estado, y eso es firme y se ve todos los días.

A mí no me tocó disfrutarlo, porque yo justo me fui unos meses antes, pero no importa, lo disfruto igual.

I: Bueno, mismo yo una vez, el año pasado tuve la oportunidad de acercarme a una actividad que habían realizado un fin de semana y habían además de usuarias participando de una actividad totalmente abierta a la comunidad en un plaza con parte del equipo, recuerdo que había cierta presencia de la parte ministerial en relación a documentos que se entregaban a la gente con información vinculada a la salud mental.

IC1: Si, claro, el compromiso de gestión de salud y salud mental es absoluto en ese sentido es política de Estado. Hay un compromiso con la salud mental comunitaria y la desmanicomialización que es muy fuerte y se han hecho muchas cosas muy concretas.

I: Mario, volviendo un poco a lo que mencionaste en relación a los 90 sobre la dificultad de poder llevar adelante el programa teniendo en ese contexto política públicas que podían ser de desinstitucionalización pero quizás más en términos de ajuste, más allá de las políticas públicas que había de por medio, vos desde que ingresaste al hospital y comenzaron con las capacitaciones ¿qué tipo de transformaciones percibiste que se empezaron a dar dentro del hospital? ¿sentiste diferencias con cómo fue tu ingreso al comienzo y a medida que se fue desarrollando el programa?

IC1: Si, es un proceso de 20 años así que más vale que sí. En los años que comienza el programa, en mayo del 99, mayo o junio arrancamos con el taller de capacitación y allá por febrero del 2000, se abre la primera casa de convivencia fuera del hospital.

En ese momento lo que vos tenías era trabajar con una masa crítica de laburantes, la participación era abierta a todo el personal del hospital incluso los administrativos, un dato no menor. No tengo el número exacto, pero el 90% seguro eran enfermeros. Médicos eran 2, María Rosa y alguno más. Vuelvo a decir, la participación era voluntaria y en horario de trabajo. Y psicólogas, tenías 5 o 6. El resto era personal de enfermería, administrativo eso te da una pauta. Inclusive los residentes (bueno eso cambió con el tiempo) que siempre son gente joven de nueva ideas, no se sumaron de entrada porque tenían una mirada de “si viene de la dirección seguro debe ser malo”. Entonces, no se sumaron. Seguía esa idea de “todo lo que viene de una autoridad seguro sea para el mal”.

Después una vez que empezaron a salir pacientes y demás, el programa empezó a ganar lugar pero de una manera lenta, salvo algún que otro personaje particularmente nefasto, que los había, jefes de sala y demás, la mayoría de la gente colaboraba con lo que podía.

¿Qué quiere decir esto? que para que las pacientes ingresaran al programa, que en este sentido esto fue una política institucional de Carlos, muy inteligente, para no pisarle el trabajo al hospital, se le pedía a los jefes de sala que ellos propusieran las pacientes que propusieran para el programa. En general, colaboraban, pero llegabas hasta ahí. Igual, la verdad por suerte

es poco la gente lo bastante perversa cómo para que las pacientes se queden y se mueran en el hospital, pero hay gente que no sabe hacer otra cosa.

De todas formas, pensar en una transformación de las prácticas de intervención al interior del hospital, eso era otra cosa. Entonces, ahí era cómo una suerte de convivencia donde vos tenías relaciones más amables o menos amables con ciertos sectores, en general era una convivencia aceptable. Pero, eras un poco un “bicho raro”, el programa era algo que sucedía y la realidad del hospital era otra cosa.

Eso se fue modificando lentamente, que hasta que yo me fuí ni siquiera había cambiado del todo. A mí me parece que recién con la nueva gestión, y no sé hasta qué punto. Hoy día tenés en la dirección del hospital a Maria Rosa que te vuelvo a decir fue una de las primeras médicas, creo que inclusive estaba ad honorem en esa época, de las pocas psiquiatras que se incorporó al programa.

L: De esto qué decís me hace acordar que se sigue sosteniendo un poco esa idea. Hace poco hablamos con Gastón que un enfermero bastante nuevo en el programa, nos comentaba que sigue habiendo un prejuicio dentro del hospital sobre los que trabajan en PREA. Lo asocian con que son “vagos”, nos contaba que antes de incorporarse al programa sigue habiendo, y ya con el programa con 20 años.

IC1: Si, lo que no conseguimos nunca es que haya alguna persona que haya ingresado al PREA y haya querido volver al hospital. Y pacientes lo mismo, el camino es de ida. Hay por supuesto, una cosa prejuiciosa, pero en general cuándo estás desafiado por una práctica que desafía justamente o interpela aquello que estás acostumbrado a hacer y te negas a dar ese salto, y bueno, lo más probable es que inventes que los que están afuera son “vagos” o son “acomodados” o vaya a saber que cosa, eso pasa.

I: Mario, justo que estamos con este tema, tenemos una pregunta que se acerca específicamente a esto, qué es ¿consideras que desde los inicios del PREA tuvieron que enfrentar resistencias internas? (ya sea del Hospital Esteves u otras direcciones) y/o externas, por ejemplo, algún familiar de alguna usuario. Si se te ocurre algún ejemplo distinto también.

IC1: No, con familiares por suerte no porque fuimos cuidadosos con eso, en general fue una política muy cuidadosa bien pensada, realmente impecable. Es interesante porque, el PREA es una “artesanía”, porque se fue reinventando en el camino, más allá de ese esqueleto inicial, después todo a medida que aparecían los obstáculos se iban repensando.

Mismo del área de mi incumbencia, que es el área de capacitación, nosotros teníamos una definición de la capacitación que creo que es muy buena y la mantuvimos siempre, que es entender la capacitación no cómo dar cursos o proveer elementos que le faltan a la gente, sino cómo generar espacios de reflexión sobre los obstáculos de la práctica. Después ahí sí puede venir una bibliografía, un artículo, pero el tema era generar con las compañeras, los compañeros un espacio de reflexión donde se pudiera hablar de las dificultades de la práctica y de ahí ir construyendo las respuestas. En todo caso vos después venís con un material y decís “esto puede ayudar, se que en este lugar el problema se resolvió de esta manera”, quiero decir, esto no cómo mérito del equipo de capacitación sino cómo una cierta ideología del programa, en el sentido de ir reinventándose sobre la práctica.

Y después, si no hubiésemos tenido resistencia seguro era porque el programa era una porquería o porque estamos viviendo en un mundo que no existe, pero por supuesto que las hubo. Tanto las hubo que en un momento, el que hayan eyectado a Carlos Linero del lugar

tuvo que ver con una serie de maniobras incluso mafiosas, hubo una descuartizada dentro del hospital. Le tiraron una descuartizada, una paciente que dentro del lenguaje de la época se había fugado, se había ido, hoy nadie diría fugado. Que una paciente se haya ido sin permiso puede decir que definió irse por su libre decisión, pero bueno, en los códigos hospitalarios era, se fugó. Una paciente que se había ido de una sala, apareció a las semanas descuartizada cerca de los terrenos linderos del hospital, nunca se esclareció esa barbaridad, pero tampoco se esclareció que la descuartizada estaba ahí a cierta hora de la mañana temprano y a las 8/9 de la mañana estaba Canal 9 con las cámaras, quiero decir no fue un hecho inocente, y no fue un hecho inocente que los medios amarillistas digan todas esas cosas de que si había tráfico de órganos, y todo enfocado contra la figura del director así que no fue joda, esa fue una resistencia mafiosa.

Después hay otras resistencias que tienen que ver con la dificultad de cambiar prácticas instituidas, de cambiar de paradigma chicos, no es joda. El paradigma manicomial tiene 200 años, entonces no te lo sacas de encima de un día para el otro. Aún con sus sofisticaciones técnicas el hecho de que la vida de una persona atravesada por un padecimiento de salud mental más o menos severa no le pertenece a ella sino que tiene que estar en manos de una supuesta ciencia que decide sobre su destino, ese es un modo de pensar que bueno, a ver, DNU del presidente Milei y ley Ómnibus del presidente Milei le pega a la Ley de Salud Mental en lugares que poca gente se anima. Realmente, y es regresivo de una manera grosera. Bueno, todo lo que hace esta gente es absolutamente grosero, pero es brutal. Inclusive usa la palabra “manicomio”, cuándo nosotros hablabamos de manicomio nos miraban mal nos decían “no, señor esto es un hospital psiquiátrico monovalente”, no ahora “dale que va, no importa”.

Por supuesto, hay resistencias más trabajables que otras, por ejemplo, vuelvo a decir, yo a veces solía decir que el PREA, después de varios años de trabajo, que aquello que unía a los diversos trabajadores del PREA era “muy poco más que un pacto humanista”, que consistía básicamente en la convicción de que las personas merecen vivir su vida en el mayor grado de libertad posible y que además merecen buen trato. Es muy poco y es un montón. Después de eso tenes diversidad de enfoques teóricos, clínicos, más formación, menos formación, tenés de todo, pero si vos tenes eso, ese piso, de ahí podes empezar a caminar.

Cuándo ese piso no está necesitas decisión política, no es que necesitas que todo el mundo esté de acuerdo, lo que vos necesitas es que todo el mundo entienda que vas para ahí. Si te gusta bien y sino adaptate, y hace lo posible para que no se note. No es que vos necesitas ganar la buena voluntad de todos, no es así. Cuándo hay decisión política vas a encontrar eco en gente que te va a querer acompañar, gente que se va a adaptar más o menos por conveniencia y gente que va a resistir. Bueno vos tenes que convencer a cada uno y a los que tienen onda para plegarse, les tenes que ofrecer la mayor posibilidad de crecimiento y de satisfacción profesional, de que sientan que están haciendo algo bueno, que lo hace con otros, que le entusiasme, que le ponga creatividad, darle recursos, necesitas eso. A esa masa media, necesitas que acompañe, que haya protocolos que impidan que las cosas salgan cómo la mierda y que se hagan lo mejor posible. Y a los otros tenes que demostrarles que tenes poder político y que si hace cagadas la van a pagar. El universo tiene todos esos matices y muchos más.

L: Mario, hace poquito mencionaste la Ley de Salud Mental, nosotros por una cuestión de que consideramos muy importante mencionarla y abordarla te queríamos preguntar ¿sentís que con la incorporación legislativa hubo un cambio significativo en el desarrollo del programa que ya estaba en marcha?

IC1: Si, claro, hubo un cambio de clima cultural. Uno prejuiciosamente creía, por ejemplo, que el poder judicial era necesariamente conservador, y no, tiene más matices de lo que uno cree. Por ejemplo, algunos jueces de familia tomaron la letra del programa y en muchos casos sostuvieron, tuvimos muy buenos vínculos con muchos jueces de familia que acompañaron y no es un dato menor. Y además, no es poco que lo que la ley dice que hay que hacer es lo que nosotros ya veníamos haciendo y se han ido corriendo en ese sentido los límites.

Es casi cómico escuchar los argumentos de quienes se han impuesto a la ley desde el primer día, han ido variando. Cuando la ley no se había sancionado, iban al parlamento a decir que la ley era un desastre, que se había hecho en una oficina, que no entendían nada de psiquiatría y que eso iba a terminar con miles de personas deambulando por las calles porque iban a cerrar los hospitales. Después, por supuesto, fue fantástico porque la ley se terminó aprobando casi por unanimidad, hubo alguna abstención en las cámaras pero votos en contra no hubo ninguno, porque la debilidad argumental de quienes se oponían a la ley era casi patética.

Después, salieron a decir que la ley estaba buenísima pero que era inaplicable, lo cuál es un argumento muy interesante para desarmarlo, porque es una estupidez la idea de que la ley es una cosa que vos se la aplicas al mundo y el mundo toma la forma de la ley. Yo solía joder con eso, decía “sí, la verdad es inaplicable la ley”, vos no podés aplicarle una ley a la vida y que la vida se ordena según la ley. La ley lo que genera, son los límites dentro de los cuáles hay que instrumentar las prácticas que la ley dice que son las correctas, y donde se tiene que impedir las prácticas que la ley dice que son las incorrectas, eso supone transformaciones institucionales, eso supone cambiar los procesos de trabajo, esto supone cambiar las asignaciones presupuestarias. Presupone un montón de cosas que se han hecho con mucha lentitud.

En ese sentido, la gran bandera para los que siguen diciendo algo sobre la ley cómo “porque no hay lugares para poder internar a las personas con crisis de salud mental”, bueno sobre todo en el terreno del consumo problemático de sustancias, ahí es donde se ven más duros los ataques. Cuesta entender que desde el discurso de las madres, la madre de Chano Charpentier, por ejemplo, y otras situaciones muy dramáticas donde dicen “no me lo quieren internar” y han comprado ese argumento, cuándo en realidad si uno pregunta cuál es la parte de la ley o el artículo de la ley que dificulta la internación involuntaria, no existe tal artículo. La internación involuntaria es absolutamente factible y no precisa de ningún tipo de sofisticación. Lo que sí tenes que hacer en el término de 10 horas, tenes que tener un equipo interdisciplinario que haga una evaluación, informarle a un fuero, pero bueno, ese tipo de cosas para la gente sencilla que lo que vive es el drama de todos los días, de un pibe que se le va de las manos, que se te puede morir en cualquier momento, que es capaz de vender a la abuelita para comprar falopa, esa gente desesperada quiere una solución ya. Es una lucha permanente, pero muchos argumentos en ese sentido no hay. Bahh, si hay un argumento importante que es que la ley se implemente con la mayor extensión y profundidad y en el menor tiempo posible. Y además, cuándo se implemente funciona. No resuelve todo, porque además los problemas dentro de otros casos, digamos, la “locura” no va a dejar de existir en el mundo porque se

implemente la mejor ley de salud mental, por supuesto y no va a dejar de ser causal de sufrimiento, y el consumo problemático de sustancias es tan consustancial al capitalismo que tampoco va a desaparecer, y por lo tanto van a aparecer situaciones dramáticas, esto no lo resuelve la ley, lo que resuelve la ley es que el campo de la salud mental se involucre del mejor y más saludable modo posible.

L: Por otro lado, ya aportaste mucho en ese sentido, pero quizás tenes algo para ejemplificar en relación a cómo evolucionaron los métodos de intervención, el acompañamiento de los dispositivos a lo largo de los años, algo que nos quieres agregar para tener más concreto cuándo hablas de esta “artesanía” que se modifica a lo largo de los años ¿se te ocurre algún ejemplo de cambio de intervención puntual?

IC1: Me acuerdo de algunas cosas históricas, por ejemplo, el sufrimiento que fue para nosotros cuándo alguna situación de alguna usuaria o paciente externada con alguna descompensación lo bastante importante que se hacía inmanejable y tener que pensar en una reinternación. Fue una crisis en el programa porque nos sentíamos horrible. Hasta que entendimos que la internación en sí es una herramienta que muchas veces es necesaria. No era un “pecado”, o mejor, la palabra era “fracaso”. Que partía de la fantasía onnipotente de que nosotros íbamos a resolver el problema de la “locura”. Estábamos un poco agrandados, digamos. No era esa la cuestión.

Y ahí se generó una “artesanía”, un modo de pensar la reinternación porque era un poco trabajar con la usuaria o la paciente en ese momento en la pedida que se pudiera, es decir, “esto por un tiempo, hasta que estés mejor, mirá acá no podemos”. Esto fue una cosa muy interesante que introdujo en ese momento Marcelo Persia que era el compañera que de entrada había armado y convocado el equipo de capacitación, me acuerdo una situación muy difícil con una paciente, Marcelo proponía cambiar el abordaje de “ahora estás tan mal que te tenemos que internar”, por invertir la cosa y poner el límite en nosotros, es decir, nosotros así no podemos. No era culpabilizar a la paciente porque se había descompensado, es decir, “nosotros con estas herramientas acá en esta casa, acá en este centro, así no podemos ayudarte, y vos lo necesitas”, eso fue cambiar de postura e invertir la idea, al mismo tiempo de plantear que esto iba a ser solo por un tiempo hasta que se pueda calmar y que el lugar que ocupaba en la casa quedaba preservado. Y por supuesto, acompañarla, trabajar con los equipos del hospital para que hubiera un “tándem”, hubiera un acople. Eso fue una vuelta de tuerca muy interesante.

L: Eso es interesante porque creo que genera una reconceptualización de la internación, esto que decís de tomarlo cómo una herramienta a favor, y entiendo también esto que mencionas sobre sentirlo cómo un “fracaso” en su momento.

IC1: Si, generó también la baja de la onnipotencia que siempre es una buena cosa.

Bueno, y mucho cambio hubo también en el trabajo de los profesionales, sobre todo con la gente de enfermería, no sé cómo estará la cosa ahora, pero yo les decía antes que entendía que nos había unido poco más que un pacto humanista, el modo en que la gente de enfermería, la típica de la gente de enfermería que es la que está más en contacto sobre todo en el interior del hospital, es la que tiene el contacto físico y la que está 6 horas no un rato en el cuerpo a cuerpo con la paciente y esto implica hasta el cambio de pañales, poner una inyección. Y, el poder de la enfermería.

Mirá, a medida que voy hilando se me van ocurriendo otras cosas, un cambio muy importante en las relaciones de poder, porque estaba hablando de esto y decía el orden jerárquico hospitalario que es más o menos cómo el militar: el psiquiatra, jefe de sala es el patrón de la estancia, el psicólogo está un escalón más abajo, las enfermeras son el penúltimo orejón del tarro y las pacientes el último. Cada uno tiene una relación de poder instituida. Después hay gente más amable, menos amable, más buena, menos buena, más jodida, menos jodida, pero la jerarquía está planteada de esa manera, y en eso el PREA no era ajeno, porque esos son *modus operandi*, son imaginarios institucionales que son fuertes. Bueno eso en el PREA fue cambiando enormemente, en donde en una reunión de equipo la palabra de una enfermera vale tanto cómo la de un médico, cada uno tiene saberes diferentes.

Bueno, esta cosa del poder es muy interesante, esto se fue modificando mucho a lo largo del tiempo, al interior mismo del programa. Por supuesto, hay decisiones jerárquicas también no es que el programa se desliza en la horizontalidad absoluta, eso no existe en ningún lugar y tampoco es deseable que exista. Pero si, que las palabras no valen por la chapa, por los años de estudio o por el título que tiene cada quien.

Mirá y si hay algo que habla bien del espíritu del programa también es, por ejemplo, una paciente hace tiempo, creo que falleció ya, un personaje muy particular porque era una mujer muy mayor que tenía una cosa particular con los hombres, voy a usar una palabra antigua, se “pintarrajeaba” y salía a “conquistar” hombres, una mujer muy mayor, si vale decirlo, si vos quieres hacer una caricatura de una loca (no voy a decir su nombre por supuesto) y era una señora muy querible, enormemente afectuosa y con una sexualidad desbordante pese a ser muy grande, y que esta sexualidad la ejercía hasta donde podría digamos. Y estaba viviendo afuera, lo cuál en algunos momentos implicaba en algún momento plantearle algunos límites cómo ser, llevar tipos a la casa no se puede porque vive otra gente. En un momento, se le detecta un cáncer de mama y se tenía que operar. Y yo recuerdo la delicadeza con lo que se trató eso, y ella no quería operarse porque no quería que le “vaciaran” las tetas, para ella era importantísimo. Bueno hasta que se logró su acuerdo, recuerdo eso cómo cuándo algo te lleva la ética al límite, se habló y se habló, hasta que se logró convencerla de que la vida valía más y que era importante que siguiera adelante y no se rindiera ante la enfermedad y con su acuerdo se hizo la operación. Me parece fuerte esa escena, de un grupo de profesionales que en otra situación o en otro contexto nada.

I: Totalmente, hay algo que en relación a esto me parece importante destacar, es un poco citando a otra de las personas que entrevistamos que mencionaba que el sentía que en el PREA se prioriza mucho el “deseo” de la paciente o usuaria que se externaba y que nunca fue tomado en cuenta su deseo cómo sujeto de derecho que desea una cosa u otra y de repente su vida cambia y empieza a tener voz y desear que es lo que quiere y que es lo que no.

IC1: En este sentido hay dos cosas interesantes. Primero, que un deseo pueda aparecer requiere de la posibilidad de que aparezca requiere poder ser conversado y charlado con otro. Y después, tantear las condiciones de realización posible, en ese sentido me parece que un acompañamiento para personas con un compromiso importante en su salud mental, implica por un lado generar las condiciones para que pueda acceder a su deseo que no es una evidencia. El deseo no es lo que se me da la gana, lo que se me cruza, desde el linaje psicoanalítico la idea de “deseo” tiene una densidad teórica importante, no es simplemente esto que se me aparece o “lo que quiero ahora”. Es una suerte de “motor” que liga de alguna

manera con el mundo de una manera compleja. La “maquinita” deseante que te hace ir en busca de objetos que te den algún tipo de placer o satisfacción. Pero en ese sentido, generar condiciones para que ese deseo aparezca o mejor dicho, retrocedo un casillero, es importante generar condiciones para que ese deseo aparezca, no es una evidencia en sí misma, para nadie eh, para personas más lastimadas o con historias más difíciles o menos difíciles. Ahora hasta para nosotros no es evidente conectarnos con lo que realmente deseamos desde el fondo de nuestra historia. Es un laburo, en sí mismo, andamos a los tumbos todos nosotros, seguro a ustedes no pero yo juro que sí. Andamos a los tumbos ahí buscando un camino que nos ligue de un modo deseante con la vida que nos toca, con las condiciones que son las que son, no las que nosotros queremos.

Yo quiero resaltar los dos planos, el trabajo de subjetivación que significa conectarse con su propio deseo, y segundo, el acompañamiento necesario para tantear los límites de la realidad y en todo caso acompañar para que ese sea un camino posible. Porque yo puedo desear ser astronauta, pero las posibilidades que tengo de lograrlo son mucho menos que 0, pero hay otras cosas que a lo mejor tengo más posibilidades de lograr pero necesito acompañamiento, necesito que alguien esté.

Es muy elemental, cómo por ejemplo, manejar su propio dinero que es algo fundamental. Mujeres que ya sea por una discapacidad propia de su proceso patológico o por los años de haber vivido en el hospital sin poder manejarse con el mínimo grado de valimiento, hay cosas que no saben, que no manejan. Bueno, hay que acompañar eso, hay que apuntalar de modo tal que permita ir soltando ese apuntalamiento a medida que la persona pueda ir haciéndolo sola, y además, con la complejidad de que ese no es un camino necesariamente progresivo, puede ser regresivo también.

Hay un cierto imaginario progresista que cree que en caso incluso de las usuarias o de las pacientes del programa o de otros programas que tienen que alcanzar el máximo de autonomía siempre. Se llega a equívocos tales que a mí me parece teóricamente insostenibles e institucionalmente una burrada, que es decir (no hablo del PREA, me refiero a otros programas) “bueno, esta persona va a tener una casa de medio camino por un año”, y a vos ¿quién te dijo que esta persona lo va necesitar por un año? “sí, porque en un año esta persona tiene que poder...” ¿Quién te dijo que va a poder? ¿de donde sacaste que va a poder?. Y por otro lado, el camino puede ser regresivo, cosa que nosotros en el PREA nos dimos cuenta rápido, porque estamos trabajando con mujeres de promedio de edad alto, entonces alguien que había logrado cierto nivel de autonomía y de autovalimiento por ahí de repente lo perdía, o lo perdía por un tiempo. Pero por ahí lo perdía por el deterioro propio tanto de la evolución de la patología, porque no hemos abolido la patología, pero también propio del deterioro de la edad. La gente necesita soportes en distintos momentos de la vida y distintas circunstancias, me parece que el PREA en eso fue una artesanía dinámica y con la suficiente inteligencia cómo para no comerse, cómo les contaba ese momento casi traumática, de “uy, la tenemos que internar, fracasamos”, cómo eso, entender que los instrumentos tienen que ir acompañando la marcha de las personas y que esa marcha no es unidireccional, esa marcha siempre es compleja, tiene obstáculos distintos, momentos diferentes, a veces necesita cierto tipo de apoyos, a veces otros, a veces ninguno y otras veces un montón. Eso ha sido una buena cosa en el programa, de “no comerse los instrumentos” sino que los instrumentos están al servicio de un horizonte, y que en todo caso la autonomía de las personas es un horizonte, a

lo que nunca se llega. Lo que te dice más o menos para donde caminar. Si una persona tiene gran capacidad de autonomía subjetiva y si fuera (cómo caso extremo) si sufre una parálisis, necesita un gran acompañamiento en otros aspectos de su vida. Pero eso no debería mutilar su libertad de decidir, si no apoyar hasta donde se pueda y sino apoyar en entender que hay límites que por ahí no se pueden cruzar, bueno es parte de lo que nos toca a todos.

I: Hay un último bloque que teníamos pensado para la entrevista más vinculado a la parte comunitaria que fue desarrollando el PREA a lo largo del tiempo. Vos nos mencionaste ya que al principio quizás había más abordaje especialmente en el hospital con las capacitaciones, pero queríamos saber cómo fue la relación con la comunidad a lo largo de los años ¿cómo fue la articulación con otros centros de salud, con otros hospitales? ¿Cómo se fue desarrollando esto?

IC1: Mirá qué interesante, porque lo primero que te sale con esta pregunta es con otros efectores de salud y otros hospitales. No, no iba por ahí la cosa digamos, también por supuesto pero no es lo principal. Nosotros usamos el Hospital Esteves cómo soporte en relación propio hospital para la internación, y después si con los propios hospitales de la zona la idea fue ir tendiendo a que cómo cualquier otra ciudadana cuándo había algún problema clínico no se resolviera en el hospital, aunque el hospital tuviera algunos servicios, sino que acudiera cómo cualquier otra vecina al hospital de la zona o a los centros de salud con los cuáles fuimos obteniendo con cada uno de ellos vinculación. En eso las enfermeras tanto cómo los acompañantes comunitarios tenían también ese rol de colaborar y ayudar a que esos lazos se establecieran y eso sigue siendo así. Si alguna tiene algún problema de tipo clínico el efectos es el efector de salud que corresponde al barrio o que se preocupe cómo cualquier otra persona que quizás tiene algún médico particular y se puede atender con este cómo cualquier otra ciudadana.

La cosa del Centro con la ligación con la comunidad fue el Centro Comunitario Libremente que si no fueron tienen que ir, obvio. No se puede hablar sobre PREA si uno no va a Libremente, sino olvidense, lo mío no pueden poner ni media letra si uno no fue a Libremente. Porque ese fue el pulmón del programa, la idea es que el programa, yo les hablé de la primera etapa donde uno trabajaba con las pacientes del programa y hablaba con el personal propio del hospital que pertenecía ahí. Pero la idea después fue sacar eso del hospital. Llevarlo a un centro que estaba a una cuadra y media de la estación de Temperley, era una casa inglesa hermosa. Ahora se mudaron a una casa que es mucho más importante, es un lugar maravilloso amplísimo, buenísimo. Eso tienen que ir ahí, y ahí ese lugar fue sede del PREA, se reunían los equipos, no en el hospital. Era el lugar donde se entrevistaba, se veía a las pacientes, pero era por sobre todo un centro comunitario eso se pensó cómo un centro abierto a la comunidad, no un centro para las pacientes, sino que se generaron de entrada una serie de talleres con los recursos que se pudieron obtener del barrio, de aquí, de allá, de presupuesto que se podía obtener para contratar talleristas, algunos venían haciendo talleres dentro del hospital, pero empezar por supuesto a trabajar también afuera, taller de plástica, de literatura, en fin.

Y no eran talleres para las pacientes, eran talleres para las personas, las pacientes que participaban lo hacían en tanto vecinas no en tanto a pacientes. Ese fue el nudo que se pensó para sostener y apoyar la integración con la comunidad. Eso fue una decisión muy original reconocida por gente de Europa, inclusive por los españoles. Porque ellos tienen pensados

cómo centros, pero esos centros son para pacientes. El PREA y eso fue una idea clarísima de Carlos Linero y decir “no, no, no, esto es para los vecinos, para la comunidad y las pacientes si van a los talleres van voluntariamente porque quieren y ahí se encuentran con otros vecinos y van tejiendo lazos”.

No siempre es fácil, guarda, a veces te encontrás con situaciones en donde la discapacidad existe y es real en muchos casos (en algunos casos, no en todos por supuesto). A veces, la discapacidad tira para abajo las posibilidades de algunos talleres y algunos vecinos no se encuentran del todo cómodos. Eso es importante que puedan hablarlo con la gente de Libremente porque eso es una tensión, no es un ideal donde todo es maravilloso. Tiene sus idas y vueltas, pero así funciona, así funcionó y así sigue funcionando y es muy virtuoso que sea así porque ese el lugar cómo encuentro natural de gente que ha pasado por el hospital y gente que no. Algunas más lastimadas psíquicamente y otras menos, pero se encuentran así y siguen haciendo una tarea común. No son talleres de “gimnasio-terapia”, “tango-terapia” o “fotografía-terapia”, son de fotografía, de tango, de música, de pilates, de lo que fuere. Entendiendo también que la actividad artística, la danza corporal, no necesitan tener el agregado terapéutico, porque son terapéuticas porque terapéutica es la vida, porque terapéutico es jugar al fútbol, por ejemplo. Todo esto en el sentido amplio de favorecer las mejores condiciones de vida, no estoy diciendo que es todo lo mismo, solo que simplemente que son actividades que co-ayudan a un mejor enganche con la vida y que las pasiones alegres predominen sobre las tristes, y eso acompaña, así que eso comunitario estuvo presente desde el primer día.

I: Nosotros antes de preguntarte del PREA teníamos una pregunta en relación a eso, sabíamos que iba a salir solo porque sabemos que muchas de las personas con las que tuvimos entrevista nos mencionaron que para el PREA, Libremente es su casa prácticamente y su espacio principal de encuentro.

IC1: Bueno, vos sabes que fue toda una discusión porque el PREA arrancó en mayo del 99, creo que en marzo del 2000 se inaugura Libremente que fue toda una discusión de la dirección del hospital con mucha gente al interior del hospital donde le decían “por qué no lo hacen en una sala del hospital”, y Carlos decía que es afuera. Y después no le decían “por qué no en una casa más humilde”, porque el de antes era un palacete, menos palacete que el de ahora porque el de ahora es una cosa maravillosa pero era una casa inglesa hermosa el primer centro Libremente que fue hasta hace unos años, una belleza.

Y no, Carlos decía que “las pacientes merecen que sea un lugar lindo, no una porquería, no lo que podamos conseguir, tratemos de conseguir” (además era importante que estuviera en un nudo de transporte, que la gente pudiera acceder, antes estaba a una cuadra y media de la estación de Temperley, ahora está un poquito más alejado). Pero también esta cosa de decir, “se merecen lo mejor”. Uno no tiene por qué compartirlo pero hay que decirlo en honor a la verdad que él lo adscribía a su ideología peronista, el decía que “el peronismo entiende que la gente merece ser feliz”, uno puede compartir esa adscripción o no, pero en honor a la verdad él lo decía y siento que está bueno decirlo. Más allá de compartir o no la adscripción política pero si lo que conlleva esa definición, “no es lo que se consigue para los pobres, no es lo más barato posible porque son pobres, es lo mejor que se pueda conseguir”. Creo que esa fue una apuesta no menor y una ideología que de alguna forma sigue impregnando el programa. No es, le damos lo que conseguimos, no es así. En la realidad si es así, damos lo que

conseguimos, pero te lo impone la vida, no te lo automimpones. No jugas a menos, jugas a más, después...

I: Totalmente. Bueno, y lo último que queremos abordar y nos parecía importante, si nos puedes mencionar ya sea desde un ejemplo o de alguna forma particular que tenían en el equipo de ¿qué estrategias profesionales o institucionales se llevaban adelante para el fortalecimiento de vínculos afectivos? ya sean familias de las usuarias, amistades ya sea por fuera o dentro del hospital en el proceso de externación.

IC1: Es mucho, pero, algo en relación al lugar que ocupaba Librementemente creo que está dicho y tal vez fue el dispositivo, como dispositivo técnico institucional tal vez fue el más importante. Generar un espacio en el afuera, que era un nudo en la comunidad y en sí mismo a donde acudían distintos actores de la comunidad, a los vecinos, a hacer distintas cosas y ahí la idea es que se generará el primer encuentro como primera cuestión, esto como definición fuerte que tiene hasta un lugar físico, un presupuesto, una cosa importante. Después en relación a esta cuestión de los lazos, hay una apuesta muy fuerte, bueno, yo les contaba un poco de mi formación pero no he sido el único, yo lo que les planteaba en el equipo de capacitación lo grupal tenía un lugar importantísimo. La idea es que los espacios de conversación, los espacios de discusión sobre el afrontamiento de los distintos problemas fueran espacios colectivos cuando yo te digo, la palabra de cada uno valía por sí misma, con eso me refiero a la de los profesionales pero también a la de las usuarias.

Cuando les contaba del trabajo de rehabilitación en los inicios del PREA, pero además se siguió realizando porque ese espacio de rehabilitación al interior del hospital para la gente que va a salir a través de un proceso son espacios de talleres grupales, son definidos así. Entonces, que es un taller grupal, los talleres tenían distintas temáticas pero suponete por ejemplo, taller de cocina. Pero ¿qué es un taller de cocina? ¿que venga alguien y te enseñe a cocinar? No. Taller de cocina es “che, chicas ¿qué les parece? ¿si cocinamos algo?”, y así se genera una conversación “y ¿qué podemos hacer? ¿quién sabe?” y eso te lleva a la vida. Porque siempre se trabajó, a veces mejor o a veces no tan bien pero el soporte teórico clínico de ese laburo es que cuando vos te pones a conversar con un grupo de gente y decidís que vas a hacer empanadas, ahí aparece quién sabe hacer las empanadas, “y quién te enseñó a hacer empanadas, a mí me enseñó Doña Tota que era una vecina” por ejemplo, te lleva al contacto con tu propia historia y te lleva a conectarte con lo que fuiste antes de ser un ser metido dentro de un hospital pero además te lleva a compartir eso con otros que te escuchan y a su vez lo van ligando con sus propios recuerdos y además después tenes que poner las manos en la masa y tenes que hacer una división de tareas para que las empanadas salgan y se puedan comer en conjunto. Lo cual significa adaptar tu capacidad y tus limitaciones propias a las capacidades y limitaciones de otros e ir construyendo así un sujeto colectivo posible. En el momento de la externación paulatina de cada una de esas personas para las cuáles colabora el colectivo.

Después en el afuera es lo mismo ya fueran los talleres, en grupos terapéuticos (que los hay aunque no siempre), las casas de convivencia, subrayo nombre, son casas de convivencia, con lo cual el trabajo con los vínculos de esas personas y de esas personas con su entorno está siempre presente, lo cual no quiere decir que tenga que ser apuntalado todo el tiempo, quizás van haciendo su vida y no hay problema. Ahora, si hay algún problema, alguna cuestión, bueno, el trabajo sobre lo vincular está presente todo el tiempo.

En relación a las familias, también de entrada tuvimos una decisión, estaba memorando y creo que hicimos bastantes cosas bien, ja. Por ejemplo, no obsesionarnos con que la salida tenía que ser acompañada por la familia, porque eso no siempre es así, no siempre es lo mejor, no siempre la familia existe. Lo que sí hicimos siempre desde las primeras externaciones (quizás fue un dispositivo que se generó un poquito después pero no importa) que fue preguntarle a la mujer que estaba próxima a externar qué referentes tenía afuera y quién la visitaba y con quién le interesaría conectarse. Entonces llamábamos a esas personas, podían ser familiares o no y las invitamos a una entrevista. En esa entrevista lo que hacíamos era, básicamente, el objetivo era solamente contarle a esa persona que su hija, sobrina, nieta o amiga, iba a ser externada a una casa de convivencia bajo programa. Que supiera eso, que en esa casa iba a vivir en la comunidad, iba a tener toda la libertad de movimiento para ir, para venir, para visitar y para ser visitada.

Por qué hago esta aclaración, porque la relación de los hospitales psiquiátricos con las familias siempre es muy complicada, siempre. Primero, porque siempre cuándo la persona se interna en general lo que se hace es dejar a la familia afuera, “bueno, señor ahora deje a esa persona acá que nosotros nos ocupamos”, esa idea. Entonces después se regula la visita cuándo pueda, cuándo no puede, la familia no tiene ni idea del tratamiento que recibe su familiar, si es que recibe alguno. Estoy hablando de las situaciones más clásicas manicomiales, no quiere decir que siempre sea así, ya no funciona de esa manera en el Esteves hace tiempo pero históricamente esto es así. Entonces, lo que pasa cuándo la paciente empieza a estar más compensada, más equilibrada, por ahí pasó mucho tiempo o unos años, pero la visita de un familiar adquiere un tremendo dramatismo ¿por qué suele tener mucho dramatismo? Porque suele suceder que la persona internada está desesperada por poder salir, el familiar no siempre tiene la disposición y no siempre por mala onda, porque la ha pasado muy mal, porque hay que tener una persona que chifló mal en la familia, no es joda, es una experiencia generalmente tremenda, que no se entiende, que te hace saltar todos los fusibles habidos y por haber. Y encima si han pasado después 2 o 3 años por ahí la familia cambió y la pieza donde estaba “fulana” la ocupó otro, y la vida siguió su curso. Y esa gente se ha ido desvinculando paulatinamente, entonces, los encuentros tienen esa carga dramática, sobre todo cuándo hay visitas y la paciente que va acompañando por un personal o no a visitar a su familia. Tiene carga dramática porque si te va “bien” resulta que hay alguien que quiere venir y por ahí hay otro que muchas ganas no tiene, y si te va “mal” es un fracaso, imagínense la escena.

Cuento todo esto y además la sala en general en su modalidad tradicional, la novela construyen en la sala es que la familia no se hace cargo, nunca se hacen cargo ellos de que no han hecho un carajo para que la familia tenga lazos más o menos y para que la familia pueda ser colaboradora, sino que hay un adentro y hay un afuera. Y nosotros la tenemos acá a esta “loca” y cuándo la arreglemos un poco que la familia se la lleve, una cagada. Porque encima expresada en esos términos, “que se la lleve”, ya si te detenes en eso tenés un montón de que se la lleve, la traiga, que la ponga, que la saque.

Entonces, nosotros quisimos despojar de ese encuentro todo dramatismo y era aclarar de entrada a ese familiar o amigo cercano de que no tenía ningún tipo de responsabilidad, de que no tenía que hacerse cargo. Era solo contarle que esta persona va a vivir en una casa y usted no tiene que hacerse cargo de nada así que se puede quedar tranquilo. Lo cuál habilita que la

persona pueda ir regulando el grado de vinculación en la medida de sus posibilidades y sus deseos. Y no con esa carga dramática de si me va bien me tengo que llevar el paquete y se me va mal vuelvo a donde estaba porque fracasé y mi familia no me quiso. Eso fue una muy buena decisión, que no es “te dejo la carga” sino dar tranquilidad que el acompañamiento lo brindamos nosotros, y solo informar que le parece sobre el curso de vida de la paciente.

I: Muy interesante Mario. Muchas gracias por la predisposición, por las preguntas que teníamos eso sería todo.

Anexo II. Modelos de Consentimiento informado implementados, diferenciados según rol de informantes

Consentimiento Informado I

Estimado/a participante,

Lx invitamos a participar de una entrevista en la realización de nuestra investigación de grado conducida por Ignacio Rial Mattos y Lucía Domínguez, estudiantes de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA) con los fines de obtener nuestra certificación de grado. La investigación “*Salud Mental Comunitaria y procesos de des/institucionalización en Argentina: La experiencia del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA)*” no cuenta con financiamiento alguno. Tiene como propósito conocer los procesos de des/institucionalización de las mujeres con padecimiento de salud mental a partir de la experiencia del dispositivo PREA, a los fines de comprender las dinámicas de la recomposición del lazo social en las usuarias.

- La entrevista durará aproximadamente 60 minutos y será grabada a fines de utilizar la información recolectada únicamente para esta investigación.
- Todo lo que usted diga será analizado por lxs investigadores para luego recuperar citas textuales de sus palabras sin el uso de pseudónimo -si se usará en caso de mencionar el nombre de una usuaria del Hospital o dispositivo PREA-. Su identidad, y todo dato personal relativo a sus funciones, cargos y trayectoria profesional recuperado en la entrevista, se volcará en la investigación de manera explícita.
- Su participación es totalmente voluntaria y sin ningún tipo de remuneración. Usted puede detener su participación en cualquier momento sin que eso le afecte, así como dejar de responder alguna pregunta que le incomode. Así mismo, si luego de la entrevista decidiera modificar parcial o totalmente la información brindada, podrá hacerlo.
- Si tiene alguna pregunta sobre la investigación, puede hacerla en el momento que mejor le parezca.
- Si tiene alguna consulta sobre la investigación o quiere saber sobre los resultados obtenidos, puede comunicarse al siguiente correo electrónico: nachorialm@gmail.com o al número 11 5584-7371.

Nombre Completo:	
Firma del participante:	
Firma de lxs investigadorxs:	
Fecha:	

Consentimiento Informado II

Estimado/a participante,

Le invitamos a participar de una entrevista en la realización de nuestra investigación de grado conducida por Ignacio Rial Mattos y Lucía Domínguez, estudiantes de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA) con los fines de obtener nuestra certificación. La investigación, *“Salud Mental Comunitaria y procesos de desmanicomialización en Argentina: La experiencia del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA)”*, no cuenta con financiamiento alguno y tiene como propósito conocer los procesos de desinstitucionalización (de las mujeres con padecimiento de salud mental) a partir del dispositivo PREA a fines de comprender las dinámicas de la recomposición del lazo social en las mujeres usuarias de la institución.

- La entrevista durará aproximadamente 60 minutos y todo lo que usted diga será tratado de manera confidencial, es decir, su identidad, todo dato personal relativo a usted o a terceras personas será anonimizado y las identidades protegidas a través de un pseudónimo.
- La información dicha por usted será grabada y utilizada únicamente para esta investigación.
- Su participación es totalmente voluntaria y sin ningún tipo de remuneración. Usted puede detener su participación en cualquier momento sin que eso le afecte, así como dejar de responder alguna pregunta que le incomode. Así mismo, si luego de la entrevista decidiera modificar parcial o totalmente la información brindada, podrá hacerlo.
- Si tiene alguna pregunta sobre la investigación, puede hacerla en el momento que mejor le parezca.

- Si tiene alguna consulta sobre la investigación o quiere saber sobre los resultados obtenidos, puede comunicarse al siguiente correo electrónico: nachorialm@gmail.com o al número 11 5584-7371.

Nombre Completo:	
Firma del participante:	
Firma de lxs investigadorxs:	
Fecha:	08/09/2023