

TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de
Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

**Título: “Desmanicomialización, Derechos Humanos y
Acompañamiento Terapéutico”**

Autor/es:

Leveroni, Silvia Mabel – N° 14.260.029

Fridel, Claudia Fabiana – N° 20.046.215

Tutor:

Licenciado Carcamo, Ignacio.

Lugar:

Rosario, Santa Fe, Argentina.

Fecha de presentación:

31/07/2023



ÍNDICE:

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	3
3. DESARROLLO	4
4. Los movimientos de la antipsiquiatría	6
5. La influencia de la antipsiquiatría Argentina	6
6. Actores emergentes en el contexto previo a la Ley Nacional de Salud Mental	7
6.1 Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos	9
6.2 Asociación Civil Madres de Plaza de Mayo	10
6.3 Asociación por los Derechos en Salud Mental	13
6.4 Frente de Artistas del Borda	13
6.5 Radio La Colifata	14
6.6 Movimiento de Trabajadores de Salud Mental de Santa Fe	14
7. El prejuicio y miedo a la locura	15
8. Ley Nacional de Salud Mental 26657	18
9. Alternativas y Prácticas Sustentables	20
10. Alternativas prácticas y sustentables a la manicomialización y al encierro, en el tratamiento del padecimiento mental severo y la cronicidad.	20
10.1 Hospital Int. “José A. Estévez	20
10.2 Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero”	21
10.3 El modelo rionegrino:	22
10.4 Casas de Convivencia – Asistidas:	22
10.5 Casas de Convivencia:	22
10.6 Casas Asistidas	22
11. El rol del Acompañante Terapéutico	24
12. Conclusiones	26
Bibliografía	28

1.RESUMEN

El desarrollo de esta investigación tiene por objetivo general realizar una descripción de las circunstancias históricas, políticas y sociales que dieron lugar al surgimiento del movimiento antipsiquiátrico en Europa y Estados Unidos, y las transformaciones producidas en el campo de la Salud Mental en nuestro país.

El interés del mismo surge a partir de considerar que la construcción de la salud mental como un problema público, que tiene una historia vinculada con el encuentro entre movimientos de derechos humanos, el retorno a la democracia y el movimiento antimanicomial.

Asimismo, dar a conocer propuestas inclusivas, distintos abordajes, sobre todo para aquellos que han sido segregados y excluidos, en el tratamiento del padecimiento mental, que no queda exento de la mirada social acerca de la locura, y el prejuicio.

Consideramos que, como Acompañantes Terapéuticos, que debemos interiorizarnos de los procesos antimanicomiales, sus repercusiones y tratamiento actual, y no tener en cuenta sólo recortes de un proceso que marcó la diferencia para los usuarios y para la historia de nuestro país en el abordaje de la salud mental.

2.INTRODUCCIÓN

El presente trabajo ha sido algo pretencioso, ya que la temática desarrollada, tiene incidencia con rol profesional del Acompañante Terapéutico y a la formación del mismo.

Hemos trazado un recorrido histórico descriptivo a través de ciertos recortes acerca del movimiento desmanicomializador y su repercusión en nuestro país, luego él antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, abordada desde la perspectiva de los derechos humanos, pues consideramos oportuno poner en relevancia dicho proceso, para luego detenernos en la mirada social de la locura , que permite establecer un acercamiento con las diversas significaciones que sobre la noción del loco y sus significaciones, que han sido marcadas por dispositivos de poder y lógicas manicomiales. Por último abordar la especificidad del Acompañamiento Terapéutico.

Dispositivo que a través de los últimos años ha demostrado su eficacia en la reducción hospitalizaciones y fundamentalmente contribuye al fomentar el lazo social y la neo inserción de los usuarios.

Como profesionales del área, resulta indispensable reflexionar sobre posibles líneas de acción del Acompañamiento Terapéutico, en la creación de herramientas y dispositivos, para facilitar la externación del usuario, que muchas veces, lleva largos períodos de tiempo en Hospitales monovalentes. Abordar de forma colectiva, desde la interdisciplina, junto con otros profesionales de la salud mental, ya que no podemos pensar la atención de la salud mental sin pensar en derechos, porque la misma es parte del derecho a la salud integral.

Se llevará a cabo un análisis de fuentes bibliográficas que toma en consideración el campo disciplinar específico, así como información procedente de material bibliográfico, Asociaciones de Derechos Humanos y publicaciones relacionadas con la temática propuesta.

3. DESARROLLO

El proceso de desmanicomialización ha tenido su intención: la ruptura del modelo asilar. Esto no solo significa la desaparición física del establecimiento o su transformación en otras organizaciones, sino también la desaparición de la idea de manicomio como depósito atemporal de los emergentes familiares o sociales de una comunidad.

Dicho de otra manera, enlaza dos movimientos: uno dirigido a demoler la estructura física, el edificio con los vínculos y normas que cobija, y otro que es la elaboración mental de una psiquiatría sin manicomio. Como resultado de ambos movimientos, la desmanicomialización significa un cambio radical en la comprensión y atención del sufrimiento mental.

Cada periodo histórico adopta su propia forma de concebir la locura, y cada uno tiene un determinado valor de verdad, así pues, tras la Revolución Francesa, el loco desentona, carente de razón, no es un sujeto de derecho, irresponsable, incapaz de trabajar y que no entra en la libre circulación de intercambios. Islote de irracionalidad, debe ser administrado, pero según normas distintas de las que se asignan a los sujetos normales. (Castel, 1984)

Por entonces la medicina mental se constituyó en un motor esencial de esta transformación, como gran éxito en su edad dorada, la medicina mental produjo un estatuto médico-jurídico-administrativo del alineado, sancionando en Francia, a través de la Ley del 30 de junio de 1838, conocida como la "Ley de los locos". Y así se convirtió en un aparato centralizador de poder, que daba respuestas a un problema de gobierno, permitiendo "administrar" la locura a través de una estrategia de control social. El gran orden manicomial se fundamentó en la aplicación de técnicas disciplinarias y en la exclusión, bajo la supremacía de la dirección médica. Desde una psiquiatría iluminada por la razón se estableció así una relación de tutela, una política de dominación.

A partir de la ley de 1838, la mencionada, se ocupaba de las instituciones y el cuidado de los enfermos mentales, y surge otro elemento determinante: la relación medicina-hospitalización, el desarrollo de un nuevo tipo de poder y la adquisición de un nuevo mandato social a partir de prácticas centradas en principio sobre el bastión manicomial. (Castel, 1984).

Especificidad dada por la función de represión, de reclusión, para salvaguardar el orden público.

El saber sobre el que va a constituirse la psiquiatra alienista funda una ciencia a partir del momento en que se clasifica la población de los enfermos, en base a la observación de los síntomas que muestran. Ergo el hospital se convierte en un observatorio privilegiado, donde se instruye saber y se aplica un tratamiento médico.

Los lugares de internación, tenían en juego una doble función: reinsertar a la normalidad, siempre y cuando las técnicas disciplinarias tuvieran éxito, y si no, segregarlos definitivamente, lo que ocurría en la mayoría de los casos.

Frente al orden instaurado en el Siglo XX, surgen en Europa y Estados Unidos, una serie de críticas que pueden englobarse bajo la denominación de antipsiquiatría. Las mismas proponen formas de atención alternativas al viejo modelo del Hospicio, proponiendo además la desaparición física de los establecimientos, el desvanecimiento de de la idea del manicomio como el depósito de personas que no encajan en el modelo social.

A lo largo del Siglo XX, pueden observarse, dentro del modelo médico, tres cuestiones importantes:

- Crear como objeto de estudio a la enfermedad mental, y a su vez la circunscribe como un objeto propio de la medicina, siendo la primera vez que una disciplina científica se apodera de la misma.

- Fuerte tendencia a pensar la enfermedad mental vinculada con causas orgánicas.

- Y a consecuencia de la anterior, se va a pensar la enfermedad como algo individual, como algo que le acontece a un solo individuo en particular.

Como contrapartida, a finales del Siglo XX, pueden encontrarse una serie de reacciones contra este modelo médico, que buscan construir algún tipo de teorización psicológica acerca del problema de las enfermedades mentales.

4. Los movimientos de la antipsiquiatría

La mayoría de las teorías a las que se harán referencia surgen de las reformas profundas de la psiquiatría por parte de diversos movimientos sociales y políticos postguerra, a saber:

- La Psiquiatría Comunitaria en EEUU y los aportes de Goffman
- Las Comunidades Terapéuticas de Bion y Maxwell Jones
- El Psicoanálisis institucional francés
- La antipsiquiatría inglesa de Cooper y Laing
- El movimiento antipsiquiátrico desarrollado por Franco Basaglia

Estas corrientes no deben pensarse sólo en valores de negación de la Psiquiatría clásica, sino en la fundamentación de valores positivos que aportan a una nueva comprensión de las problemáticas de la Salud Mental.

5. La influencia de la antipsiquiatría Argentina

En un principio en la década del 50, en Buenos Aires, dichos profesionales se esforzaban por desplegar sobre la situación grupal las referencias y metodologías del psicoanálisis hegemónico de la época, y esto lo llevó a pensar el trabajo en grupos como un psicoanálisis aplicado y de esta forma legitimaban su condición de psicoanalistas.

Pero aparecerá una corriente con verdadero estilo propio, que se va a caracterizar por la ruptura, y cuando hablamos de ruptura, hacemos referencia al encierro hegemónico de la institución Psicoanalítica oficial, un desvío al modelo de aplicación.

Por entonces, la intelectualidad crítica de la Argentina, años 60 y 70, tenía una vocación pública e institucional, prevalecía la idea de que la transformación social era posible. Sumado a esto, el pensamiento intelectual de la época, estaba volcado hacia producciones culturales, crítica literaria e historia, el marxismo y prácticas psicoanalíticas. Y no menos importante, recibía influencias de acontecimientos sociales tales como el Mayo Francés y la Revolución en Cuba, entre otros. El pensamiento entre estas décadas fundamentalmente es un lugar de interrogación, de cambio y de desvío respecto a la dirección del pensamiento del psicoanálisis oficial.

Lo grupal inicia por entonces, entre los psicoanalistas como una práctica posible en Salud Mental. No ajenos a la situación por entonces, durante el gobierno de Onganía (1966) se

produce una resistencia intelectual en donde se crea una red de pensamiento alternativo a las producciones oficiales, surge asimismo una red contrainstitucional conocida con el nombre de “Grupos de Estudio”, dirigida por docentes perseguidos y expulsados de las instituciones.

A principios de los ´ 70 se produce la fractura de la Asociación Psicoanalista Argentina y aparecerán nuevas prácticas psicológicas donde se incluyen la tendencia grupalista, en donde los profesionales entendieron que sus prácticas hospitalarias y comunitarias cobran vital importancia como trabajos colectivos.

Con la inauguración de grupos operativos, psicodrama, acciones comunitarias, dieron lugar producciones tales como las de Pichón Riviere, Pavlosky y Kesselman, entre otros.

También es de destacar la influencia e impacto que tuvo en nuestro país (desarrollado por EEUU), la creación del Instituto de Salud Mental y Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria, el amparo propiciado por la Ley Kennedy del año 1963, ley que influyó en las propuestas de reforma en Argentina.

Desde la creación del Instituto de Salud Mental (1957), inspirado en el modelo inglés, y sobre todo en el Programa Nacional de Salud Mental de 1967, se toman muchos criterios institucionales de la Ley Kennedy, que se configuraran de la siguiente manera:

- Hospitales Psiquiátricos (instituciones estatales de Salud Mental), existiendo 17 en 1966 y se propuso crear 5 nuevos
- Establecimientos para rehabilitación: a los ya existentes (6), se sumaron 7, en las Provincia de Chubut, Catamarca, Entre Ríos, Rio Negro , San Juan y Córdoba,
- Hogares para Oligofrénicos
- Talleres protegidos
- Hogares especiales
- Servicios psiquiátricos del hospital general de los que ya había 14 y se crean 22

6. Actores emergentes en el contexto previo a la Ley Nacional de Salud Mental

Una vez finalizada la dictadura cívico militar en Argentina, en 1983, paulatinamente se reinstaló un importante proceso de discusiones, disputas y debates que puso en evidencia una situación violatoria de los derechos humanos en el campo de la salud mental. Concebimos este contexto histórico como un punto de inflexión en la construcción de un problema público que comenzó bajo la idea de una injusticia y que, progresivamente, aglutinó actores del campo de los derechos humanos y de la salud

mental.

Estos organismos comenzaron a transitar la continuidad de sus reclamos desde una perspectiva de lucha por la recuperación de los derechos de las poblaciones vulnerables, y entre ellas, de las personas con sufrimiento psíquico. Tal como afirma Ana Dinerstein, estos movimientos “ayudaron a la recuperación de la concreción de aquello que había sido forzado a sumergirse en un mundo de abstracción e irrealidad” (Dinerstein, 2001: 13, cursivas del original).

Así diversos actores del nuevo escenario político y social, produjo en un espacio que institucionalizó la construcción de un problema público: la violación de los derechos humanos de las usuarias y los usuarios de servicios de salud mental. A partir de la publicación y divulgación del libro “Vidas arrasadas”, “La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos” realizada por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Mental Disability Rights Internacional (CELS y MDRI, 2008), la violencia institucional hacia las personas con padecimiento psíquico se instaló en la agenda del Estado.

El proceso de publicitación que se llevó a cabo en este contexto consistió en sortear las fronteras de lo público y lo privado, donde lo privado se convirtió en lo público. El problema de la violación de los derechos humanos de las usuarias y los usuarios de los servicios de salud mental, especialmente aquellos vinculados a largos períodos de internaciones en los hospitales monovalentes, se consolidó en el reclamo legítimo por parte de diversos actores de la sociedad civil vinculados al campo de derechos humanos. Así, los derechos humanos trascendieron su manifestación como orden jurídico para ubicarse en el lugar de una idea fuerza capaz de provocar la potencia de actores o agentes en el devenir social (Stolkiner, 2010; Stolkiner y Ardila, 2012).

Los movimientos de derechos humanos colocaban al Estado en el centro de las demandas y reclamos como garante de los derechos básicos. En este contexto, diferentes actores inscriptos en esta perspectiva asumieron la lucha por una sociedad sin manicomios y por prácticas inclusivas.

Entre los que tuvieron un mayor nivel de visibilidad en las arenas políticas en el contexto histórico previo a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), podemos mencionar algunos de los siguientes espacios:

- Organizaciones vinculadas fuertemente a la temática de los derechos humanos y la salud mental, como la Asociación por los Derechos de la Salud Mental (ADESAM).

- Espacios universitarios
- Organizaciones que surgieron al interior de las instituciones monovalentes a partir del trabajo con usuarias y usuarios.
- Redes de usuarias, usuarios y familiares, como la Red de Familiares, Usuarios y Voluntarios por los Derechos de las Personas con Padecimiento Mental, la Asociación Argentina de Ayuda a las Personas que Padecen Esquizofrenia y su Familia, y la Asamblea Permanente de Usuarios de Servicios de Salud Mental (APUSSAM)
- Organizaciones fundadas por los propios trabajadores como el Foro de Salud Mental

Pero, vamos a detenernos puntualmente en algunas instituciones, organizaciones y movimientos:

6.1 Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos

A partir de 2003, con la gestión de gobierno de Néstor Kirchner, el Estado argentino incluyó a los derechos humanos como un aspecto central de la política de gobierno, el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, impulsó a través de su Secretaría de Derechos Humanos un conjunto de acciones que consagraron y reglamentaron derechos fundamentales, entre ellos, aquellos vinculados a la población con padecimiento psíquico. Un documento de este organismo estableció que estas personas “representan un grupo prioritario para la política de esta Secretaría dado que se encuentran en una situación de vulnerabilidad para el ejercicio de sus derechos” (Secretaría de Derechos Humanos, 2007: 7).

En el mismo documento se estableció, la preocupación por la gran cantidad de personas internadas por períodos terapéuticamente indeterminados, la carencia y/o falencia de servicios de atención primaria y de modelos descentralizados de atención, con inequidad en el acceso a los servicios y prestaciones de salud mental; la vulneración de derechos por parte de las agencias policiales y judiciales al considerar a quien tiene padecimiento psíquico como objeto de tutela en lugar de como sujeto de derecho; y la fragilidad del marco ético en que se desarrollaban las prácticas asistenciales, por ejemplo, en la excesiva medicación farmacológica como respuesta automática a los más diversos cuadros clínicos (Secretaría de Derechos Humanos, 2007).

A partir de una iniciativa de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad de esta Secretaría, en 2006 se conformó la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, cuyo rol estratégico, propicio en la promoción de

una política pública en el ámbito de la salud mental que incluyera la perspectiva de derechos humanos, e impulsar transformaciones institucionales tendientes a la aplicación de buenas prácticas en este campo.

La Mesa Federal se propuso promover los lineamientos de la Declaración de Caracas tuvo como eje de trabajo la creación de un espacio que articule diferentes instancias de ámbitos gubernamentales y no gubernamentales a favor de generar políticas estatales con garantía en los derechos humanos en el campo de la salud mental. Las principales estrategias se dirigieron a generar líneas de acción directas e indirectas en procesos de capacitación y de asistencia técnica en salud mental, con especial atención en temas vinculados a la estigmatización y discriminación de las personas con sufrimiento psíquico. La Mesa Federal apuntaba, además, a un trabajo intersectorial entre salud, desarrollo social y justicia. La Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos funcionó hasta 2015.

La Secretaría de Derechos Humanos también ocupó un rol central en el desarrollo del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones a los Derechos Humanos Dr. Fernando Ulloa, creado por decreto presidencial en 2009, El Centro Ulloa, como se lo conoce, tiene por finalidad la atención a víctimas tanto del terrorismo de Estado, incluyó, entre sus acciones, las vinculadas a las usuarias y los usuarios de los servicios de salud mental.

A partir de 2015 sus funciones tuvieron una transformación importante, y así los procesos sostenidos con personas víctimas del terrorismo de Estado, tanto en el abordaje psicoterapéutico como el de acompañamiento durante los juicios, se vieron afectados por el despido de profesionales vinculados a esta área.

Otro actor central, entre los pertenecientes al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en el proceso aquí narrado, fue el INADI, creado en 2003.

6.2 Asociación Civil Madres de Plaza de Mayo

En 2002, la Asociación instituyó uno de los movimientos de salud mental y derechos humanos más importantes del ámbito nacional y latinoamericano: el Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos. En la presentación del primer encuentro se estableció que

[...] la salud mental en el marco de la lucha por la defensa de los derechos humanos convoca para recuperar las nuevas subjetividades de nuestro tiempo apuntando las prácticas grupales, institucionales y colectivas que rescatan el ser histórico social (Asociación Madres de Plaza de Mayo, 2002).

Desde entonces, y hasta 2016, se realizaron congresos, los cuales estuvieron acompañados por distintas actividades artísticas y culturales que produjeron, además de un hecho académico, un espacio donde los márgenes disciplinares trascendieron lo propio (interno) del campo de la salud mental, para conformar un ámbito en el cual se cuestionaron las prácticas de control social.

En 2007, coincidentemente con el trigésimo aniversario del nacimiento de Madres de Plaza de Mayo, se realizó el V Congreso y en la introducción de su programa se plasmó el significado de la construcción de ese espacio colectivo, como así también se creó el Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional, que fue dando marco a múltiples expresiones sociales, culturales, políticas, ideológicas y científicas centradas tras un objetivo común, la búsqueda y creación de prácticas alternativas (Asociación Madres de Plaza de Mayo, 2007). Para este movimiento, la desmanicomialización fue entendida como la supresión del manicomio como institución asilar, custodial. Por eso, los márgenes del movimiento no se agotaron en la temática del manicomio, sino que trascendieron hacia otros dispositivos que conformaban lógicas manicomiales. Estaba integrado por actores pertenecientes a diferentes instituciones y organizaciones nacionales e internacionales y su consigna se resumía en la frase “por una sociedad sin manicomios”.

Los congresos de salud mental y derechos humanos de Madres de Plaza de Mayo constituyeron un espacio de debate central en el transcurso del proceso parlamentario, así como durante la redacción y discusión de los proyectos para una Ley Nacional de Salud Mental. Fue en ellos donde múltiples voces de movimientos sociales y de usuarias y usuarios aportaron su mirada al entramado de la norma. En el Congreso de 2013 se impulsó la discusión en torno al plan nacional de salud mental y se creó un espacio para su construcción colectiva.

El equipo de salud mental del CELS funciona desde 1982 en el marco de abordajes a personas con padecimiento psíquico. Sin embargo, incrementó sus acciones en salud mental en 2008, cuando publicó junto al Mental Disability Rights Internacional, el informe ya señalado, *Vidas arrasadas*. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos (CELS y MDRI, 2008), donde se presentaron los resultados del estudio realizado entre junio de 2004 y julio de 2007, en el que se documentaron violaciones a los derechos humanos contra las 25.000 personas que se encontraban asiladas en las instituciones psiquiátricas argentinas, esta publicación tuvo una impronta significativa, ya que puso en escena la problemática de la institucionalización masiva como consecuencia de decisiones políticas equívocas.

En este sentido, *Vidas arrasadas* reinstaló en la agenda del Estado la problemática de la salud mental, la cual había sido invisibilizada a partir de la década de 1990. Consecuentemente, el informe hace principal hincapié en la violación sistemática de los derechos humanos y en la necesidad de creación de dispositivos alternativos y sustitutivos a las instituciones asilares.

Para el Poder Legislativo, ya en ese momento, recomendó la urgencia de sancionar una ley marco nacional. Al Poder Judicial le solicitó que se investiguen las muertes acaecidas en instituciones de salud mental y que se estableciera un protocolo de investigación para cualquier muerte que pudiera ocurrir en el futuro; y al Ministerio Público le pidió que se garantizara una defensoría gratuita y eficiente de las personas internadas, lo que luego se concretó en el art. 22 de la Ley 26.657.

El CELS incorporó por primera vez, en su informe de derechos humanos de 2005, un capítulo de salud mental: “Violencia y abandono en la Unidad Psiquiátrica Penal N.º 20 del Hospital Borda”. También se refirió al tema en 2007 con “Los derechos humanos y la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Una transformación necesaria”, y en 2009 con el capítulo “El derecho de defensa y el acceso a la justicia de las personas usuarias de los servicios de salud mental”.

En 2015 incorporó el capítulo titulado “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”, en el cual se estableció la necesidad de enfrentar múltiples desafíos para que la norma sancionada se tradujera en políticas con capacidad de generar un cambio real en la vida de las personas; este texto concluye diciendo que “la Ley Nacional de Salud Mental puede ser letra muerta si no existen prácticas institucionales que lleven adelante el proceso de transformación” (CELS, 2015a: 515). Ese mismo año el CELS publicó “Cruzar el muro.

Desafíos y propuestas para la extensión del manicomio” (CELS, 2015 b), un informe con una fuerte impronta propositiva que incluyó recomendaciones y propuestas estratégicas para las políticas públicas.

6.3 Asociación por los Derechos en Salud Mental

ADESAM fue otro actor activo en el proceso de discusión parlamentaria del proyecto de la LNSM. Comenzó como proyecto en 2002 y tomó cuerpo institucional tres años más tarde con la conformación de un grupo de profesionales de diferentes disciplinas del campo de la salud mental. Coordina acciones, prácticas y políticas en salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos en un espacio de fortalecimiento de lazos comunitarios y personales.

También se aboca a la promoción de la sustitución de los hospitales monovalentes por servicios con base en la comunidad, apostando a un cambio cultural que destierre la idea instalada de la necesidad de aislamiento de las personas con padecimiento psíquico.

En este marco, un vínculo fortalecido y sostenido con actores de la desinstitutionalización italiana le otorgó a ADESAM un modelo de funcionamiento vinculado a actividades concretas de inclusión de los sujetos con padecimiento psíquico en la vida colectiva. Así, fueron algunos de los miembros de ADESAM quienes llevaron adelante el PREA del Hospital José A. Estevez. Por otro lado, un dispositivo por demás creativo instituido por ADESAM fue el “Patatas para Arriba”, un espacio iniciado en 2008 que, a través de actividades culturales y deportivas –como ferias, conciertos y peñas, campeonatos de fútbol, fiestas populares y talleres de murga, candombe, circo y plástica–, se pronunció contra el estigma y la discriminación, y a favor de la integración social de las personas con padecimiento psíquico.

6.4 Frente de Artistas del Borda

Nació en 1984 a través de la manifestación del arte como herramienta de denuncia y transformación social de artistas internados y externados en el Hospital Dr. José T. Borda. Los integrantes definen este movimiento como una instancia que busca hacer arte de calidad, que ayude a transformar la realidad del hospital psiquiátrico produciendo efectos en tres sentidos: subjetivo, institucional y social (Sava, 2008). Fundó sus prácticas en la idea de la creatividad como una actividad liberadora sobrepasando los límites de los muros manicomiales. Si bien sus orígenes estuvieron vinculados a la consolidación de un espacio

de lucha dentro de los hospitales psiquiátricos ante la represión y la violencia que allí existían, rápidamente se reconfiguró con el objetivo de salir de estas y politizar la problemática existente. En 2003, el Frente consolidó un espacio nacional junto a otros artistas internados y fundó la Red Nacional de Arte y Salud Mental.

6.5 Radio La Colifata

La Colifata trabaja en pos de producir conocimiento en el cruce de campos de la salud mental, los medios de comunicación y los derechos humanos, y desarrolla espacios concretos de intervención para trabajar en la disminución del estigma social y la promoción de recursos simbólicos en las usuarias y los usuarios. Se propone favorecer los procesos de creación de lazos sociales y fortalecer la autonomía hacia una vida social integrada en el marco del ejercicio de los derechos ciudadanos.

6.6 Movimiento de Trabajadores de Salud Mental de Santa Fe

Se consolidó a partir del año 2001, por fuera de las sindicales existentes en el ámbito sanitario y se caracterizó por no contar con una estructura vertical. Fue una manifestación concreta de nuevas formas de acción colectiva que, por un lado, ponían en escena el agotamiento de un régimen institucional –en este caso la institución Colonia Oliveros, pero que la trascendía en términos políticos– y, por otro, plantean la posibilidad de sumar a las demandas sociales, propias de la crisis estructural de ese momento, una demanda históricamente silenciada: los derechos vulnerados de las usuarias y los usuarios de los servicios de salud mental, especialmente, los institucionalizados en el marco de la organización del Primer Encuentro de Trabajadores de Salud Mental de esa provincia, aunque su génesis data de mediados de la década de 1990, con la consolidación de la experiencia de la Colonia Oliveros, conformando una praxis de gestión e intervención en la “nueva política en salud mental”.

Las organizaciones, instituciones y los movimientos hasta aquí mencionados trazaron importantes transformaciones, especialmente en lo que se refiere a la aparición de nuevas formas de lucha, nuevos actores y temas involucrados en la arena pública, asimismo entendemos que han constituido una impresionante fuente simbólica desde una lógica acción colectiva.

Todos estos actores, resultaron novedosos expresaron una nueva politización de la sociedad a través de hacer públicas temáticas y conflictos que tradicionalmente se habían considerado propios de la vida privada (respeto por la diferencia, rechazo por los modelos

disciplinadores, etcétera), y por otro, surgieron como portadores de nuevas prácticas orientadas a la construcción de organizaciones más flexibles y democráticas, convirtiéndose en portavoces que , además, lograron visibilizar denuncias y violación sistemática de los derechos de las personas con sufrimiento psíquico.

7. El prejuicio y miedo a la locura

Quizás uno de los mejores indicadores del humanismo y democracia de una sociedad sea el modo en que trata a los más desfavorecidos y su capacidad para integrarlos. Cuando pensamos en minorías solemos pensar en minorías económicas, étnicas, de género..., difícilmente pensemos en que quienes padecen una enfermedad, que limita sus posibilidades de integración, constituyen una minoría, y sin embargo es así, singularmente en el caso de quienes padecen de una enfermedad mental.

Sería un error creer que el psicótico está condenado por naturaleza a la marginación y segregación social. Podemos recordar la presencia de muchos psicóticos en la sociedad antigua, de predominancia rural y localista, en un lugar marginal, sí, pero no por ello un lugar de total segregación. ¿Quién que tenga cierta edad no recuerda al “loco del pueblo”, del barrio o al “loco de la guerra”?

La sociedad occidental moderna ha progresado mucho en la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales, incluso aquellas consideradas más graves y difíciles de tratar. Pero, pese a los avances de la psiquiatría en el conocimiento de las psicosis a lo largo del siglo XIX y primera mitad del siglo XX, el destino de la mayoría de los psicóticos (siempre han habido excepciones) era el encierro en los manicomios o la más absoluta marginación y segregación social.

Leemos en una crítica cinematográfica sobre “El dragón rojo” (un film, uno más, que narra las hazañas del célebre Hannibal Lecter) y otras películas recientes de terror que, pese a sus perspectivas artísticas diferentes, novelas y versiones cinematográficas, tratan de un hombre esquizofrénico cuyo desorden mental lo lleva al crimen. Nada nuevo, muchos otros films desde el ya mítico “Psicosis” y aún antes, pero singularmente en los últimos años, remiten a la psicosis, esquizofrenia o paranoia del “malo” para justificar lo inexplicable de sus inclinaciones criminales. Es un recurso fácil para los guionistas de Hollywood y sus seguidores: remite al coco y a los terrores infantiles irracionales y, como todos hemos sido niños, conecta fácilmente con los espectadores.

Ocasionalmente aparecen películas que dan una versión más benévola de la psicosis, como “Una mente maravillosa” o “Mr. Jones”, pero en la mayoría de las expresiones culturales contemporáneas el psicótico aparece bajo el signo del crimen irracional y la peligrosidad.

Tampoco contribuye a mejorar la imagen de los psicóticos la forma en que los refleja la prensa. Suelen aparecer más a menudo en las páginas de sucesos que en las de salud. Así, cuando una persona no psicótica comete un delito o un crimen es sólo un delincuente o un criminal, y su crimen no criminaliza al conjunto de los no psicóticos, es decir, al conjunto de la sociedad.

En cambio, basta con que un esquizofrénico cometa un crimen (algo no muy frecuente) para que la prensa impresa y televisiva se vea invadida por el término esquizofrenia. Ni siquiera eso, basta con que exista la sospecha de que un delincuente o criminal pudiera padecer un trastorno mental, o simplemente haber recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico, para que términos como esquizofrenia, locura o psiquiatría se utilicen con liviandad, como si bastaran para explicar el crimen, y sin que los periodistas parecen reparar, la mayoría de las veces, ocupados como están en producir sensaciones fuertes para vender la noticia, en que están criminalizando a un conjunto de personas que nunca han delinquido ni cometido crimen alguno.

No es sorprendente que, con esa imagen distorsionada, muchas personas se pregunten y pregunten si al ser locos, psicóticos o esquizofrénicos, penalmente no responsables de sus actos y “potencialmente peligrosos” no deberían estar preventivamente controlados, cuando no encerrados en una institución adecuada a ellos. Y sin embargo la historia nos demuestra que los psicóticos han sido frecuentemente víctimas de la crueldad ajena, ejercida por instituciones y personas consideradas normales, y sólo excepcionalmente han llegado a ejercer la violencia. ¿Por qué cuando se difunde la noticia de un crimen cometido por un esquizofrénico no se hace mención al hecho de que la prevalencia criminal en la esquizofrenia es menor que en la población general?

Una idea es que el “loco” es una persona irrazonable, que vive fuera de la realidad o en conflicto con ella.

¿A qué realidad nos referimos? No a la realidad natural, sin duda, ya que los psicóticos pueden llegar a llevarse muy bien con la naturaleza y los objetos, sino a la realidad social. Para decirlo de una vez: la sociedad y la cultura se fundan en un cúmulo de acuerdos que

constituyen el acervo común, en el que se basan nuestras relaciones y vínculos sociales y que se presentan a nuestros ojos como “naturales” aunque no lo sean. Vamos a intentar explicarnos.

Una persona perteneciente a una cultura que llamamos primitiva posee creencias, hábitos, modos de relación y expresión totalmente adaptadas a su cultura y funcionales en ella. Trasladado a una sociedad moderna, esas mismas creencias y conductas se vuelven disfuncionales y aparecen como locas a los ojos de los otros (lo mismo le ocurriría a cualquier sujeto moderno trasplantado a una cultura totalmente extraña).

Locos, insensatos, alienados, dementes, desposeídos, anormales, enfermos mentales, son estas algunas de las distintas formas que han sido y continúan siendo utilizadas para llamar a quienes históricamente han quedado colocados del lado de la locura. Significaciones y percepciones acerca de esta última, que a lo largo de la historia han adquirido un valor que ha sido determinante de las condiciones en que se ha tratado el cuerpo del loco. Incluso, previamente a que la locura fuese producida y tratada como enfermedad mental. En relación a lo cual, Foucault (1967) plantea que para poder llegar a comprenderla, es necesario que se abandonen todas aquellas verdades de carácter concluyente que puedan existir respecto a la misma. Verdades que, vienen siendo construidas por la sociedad histórica, social y culturalmente.

Moldes, estereotipos, etiquetas, que tienen como objetivo encasillar a determinados sujetos por poseer un atributo que lo separa de lo aceptado como normal. Ahora es preciso cuestionarse ¿Qué es la normalidad, quién la determina? ¿En base a qué supuestos fue construido este concepto que pretende separar los aparentemente normales de aquellos que no lo son? Separación que se ve reflejada a partir del estigma y la exclusión. En relación con la normalidad, Moffat (1974) manifiesta que a partir del miedo que representa la desviación de la misma, esto afecta psicológica y negativamente a los enfermos mentales. Entonces estos prejuicios son determinantes e inciden en el momento de tener que ver a un otro, con sus atributos y características que lo hacen un sujeto singular. Al respecto son diversos los autores que han estudiado e investigado acerca de dichos efectos que son causados como consecuencia de la institucionalización dada en hospitales psiquiátricos. Ingreso que se encuentra dado producto de una dificultad de la persona, de continuar y llevar adelante su vida cotidiana de forma normal.

En una sociedad que margina, estigmatiza y excluye, que lugar queda para aquella persona vulnerable que queda colocada de lado de la enfermedad mental, donde su identidad se encuentra perturbada y modificada (Goffman, 2003). Identidad que es definida de acuerdo a

la imagen de otro.

Desde una perspectiva que tenga presente la inclusión, el respeto y cumplimiento de los derechos humanos de aquellas personas que son depositados del lado de la locura, es fundamental comenzar a cuestionar el posicionamiento que la sociedad adquiere ante una problemática que a pesar de considerarla ajena, nos compete a todos. Al decir de Moffat (1974): "...que cada uno de nosotros se haga cargo de sus temores y fantasmas, sin depositarlos en chivos emisarios y fabricar con esto "profesionales de la locura" para segregarlos luego, internándolos en manicomios" (p. 2).

Palabras, discursos, mitos, prejuicios que descalifican a una persona por el simple hecho de poseer algo que se encuentra bajo los efectos de la llamada racionalización. Descalificación o descrédito que produce en ese otro un sentimiento de inferioridad, de inseguridad. Bajo el ejercicio de la discriminación es que se marca la diferencia, aquello que provoca miedo, temor, angustia. Pero que desde nuestra implicación no es abordada de la forma que convendría sino por el contrario en muchas ocasiones es relegada al olvido y al silencio.

La exclusión en la sociedad se ha impuesto hace poco tiempo, como una palabra común, que se utiliza para designar aquellas variedades que a la miseria del mundo pertenecen, dentro de las cuales se puede encontrar al desocupado de larga duración, el loco, el joven de suburbio, por mencionar solo algunos. Es decir que además tomó diversas formas, visualizándose la erradicación a través de la ejecución; la expulsión de la sociedad, la atribución de marcas, el encierro. Quitándoles de esta forma el derecho a las personas, de ejercer libremente determinadas funciones.

"...Para una comunidad de "sanos es muy cómodo tener un "tacho de basura psicológico" donde proyectar las partes locas y sentirse más sanos todos, pero esta solución para resolver las ansiedades psicóticas es muy injusta, pues condena el papel de locos a una parte de su sociedad, y además, no es del todo eficiente, pues la locura que se coloca imaginariamente en un hospicio no desaparece de la sociedad y, alegar, se evita enfrentarla y tal vez, elaborarla o convertirla en energía creadora" (Moffat, 1974).

8. Ley Nacional de Salud Mental 26657

Desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, se consolidó en el marco normativo

nacional una perspectiva de derechos humanos en relación a las personas con padecimiento mental y para la comunidad en general. La ley, que está en continuidad con los postulados de la Convención sobre los Derechos de la personas con Discapacidad, avanza así hacia un modelo de respeto de la autonomía en la toma de decisiones que afectan a las personas con padecimiento mental.

Pero no se limita a este grupo en particular sino que avanza hacia la protección de la salud mental de todas las personas.

La construcción de salud mental como un problema público, tiene una historia vinculada con el encuentro entre movimientos de derechos humanos, el retorno a la democracia y el movimiento antimanicomial de denuncia de las violaciones a los derechos humanos de usuarios de servicios de salud mental. No podemos pensar la atención de la salud mental sin pensar en derechos, la salud mental es parte del derecho a la salud integral. Y los derechos son indivisibles, interdependientes.

Desde el momento de la presentación del primer proyecto de Ley Nacional de Salud Mental en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, en 2006, se generaron foros, encuentros y debates públicos de los cuales participaron académicos, organismos internacionales, autoridades políticas, asociaciones de profesionales, usuarias y usuarios de servicios de salud mental y familiares, que plantearon diversas teorías en torno a la problemática de salud-enfermedad-atención/cuidado, y a los procesos de reforma en la Argentina.

La implementación de dicho marco normativo transformó radicalmente la relación del Estado con las personas con sufrimiento psíquico, ya que el rol de cuidado con ellas se orienta a la integración social mientras se realiza el tratamiento, a la vez que provee la asistencia jurídica que les asegure ejercicio de sus derechos cuando no puedan hacerlo por sí mismas. De este modo, se profundiza la participación del Estado como regulador del poder psiquiátrico y la de defensa de las usuarias y usuarios, a fin de preservar sus derechos de ciudadanía y sus condiciones de dignidad e igualdad.

En términos generales la Ley de Salud Mental instituye la necesidad de un cambio cultural en el campo de la Salud mental, que avanza sobre una reformulación de la concepción de la salud-sufrimiento-atención-cuidado, cuestionando y redefiniendo las prácticas psiquiátricas alienistas y la institución asilar como instancia terapéutica y redefiniendo la concepción misma de los procesos diagnósticos y pronósticos.

También incluye una profunda revisión de las relaciones de poder intrainstitucionales, es decir, la relación entre profesionales de la salud mental y usuarias y usuarios, asignándoles a éstos últimos un rol activo en la definición de sus necesidades, las estrategias a desarrollar y la asignación de recursos.

9. Alternativas y Prácticas Sustentables

Ya han pasado muchos años desde la sanción y puesta en ejercicio de la LNSM, ergo resulta necesario reforzar las estrategias interinstitucionales e intersectoriales para la conformación y sostenimiento en el largo plazo de circuitos que favorezcan externaciones sustentables, para que no queden incompletas, y se garanticen abordajes y articulaciones comunitarias que contemplen la singularidad e intereses específicos de cada persona en relación a su situación particular y trayectoria de vida. Al respecto se requiere el diseño e implementación de un modelo de atención basado en una red de dispositivos que brinden atención comunitaria en todas las regiones sanitarias de las provincias, así como equipos profesionales interdisciplinarios que apoyen a las personas en su medio de referencia.

Según la ley, el abordaje del padecimiento mental debe ser realizado por un equipo interdisciplinario: psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Una de las cuestiones a destacar, ya que es de suma importancia vital, (dificultad que enfrenta el Estado provincial), radica en brindar solución habitacional a los usuarios, con acceso a una vivienda digna, ya la situación de usuarias/os se confronta con la falta de recursos económicos para sostener la externación.

10. Alternativas prácticas y sustentables a la manicomialización y al encierro, en el tratamiento del padecimiento mental severo y la cronicidad.

10.1 Hospital Int. “José A. Estévez

El P.R.E.A. es un Programa surgido en el año 1999 a partir de una resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (R.M. N° 001832), que tiene como objetivo promover y sostener la externación de pacientes internados 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. Según los

términos del mencionado decreto, el P.R.E.A. fue diseñado originalmente para su instalación en todos los hospitales monovalentes de la provincia, teniendo como responsable a la Dirección Ejecutiva de cada hospital.

“Rehabilitación y Externación Asistida” es el pasaje de estas personas 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 que cada situación requiere. Asistencia que constituye a su vez un derecho ciudadano y por lo tanto una obligación por parte del Estado.

Podemos constatar también que la difusión de la experiencia del P.R.E.A. ha contribuido a ganar terreno en la lucha por el “sentido común” acerca de la locura. Lo entendemos como un avance en la calidad de vida democrática, que es la aceptación de las diferencias.

10.2 Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero”

A fines de 2020, el Hospital presentó ante la provincia de Buenos Aires su Plan de Adecuación a la Ley de Salud Mental que cuenta con un sistema de seguimiento colectivo de frecuencia trimestral, en el que participan en forma voluntaria los trabajadores de todo el Hospital.

Hasta abril de 2022, se produjeron avances significativos en los diferentes ejes que conforman el Plan, dentro de los que se destacan:” la externación de 41 personas de servicios de larga estancia, 25 de rehabilitación y 16 de subagudos y la derivación de 12 personas a hogares de adultos mayores, la inclusión de 164 usuarios al Programa Promover, con la creación de 20 proyectos de formación en oficios”. (Cels Salud Mental, pág.15).

En el marco de una acción judicial de amparo colectivo, presentada en 2014 por el CELS, el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR) y la Comisión Provincial por la Memoria (CPM), y sostenida a través de una mesa permanente de trabajo integrada, además por organismos públicos provinciales, se produjo la asignación a 16 personas alojadas en el hospital psiquiátrico Melchor Romero de viviendas, La mismas podrán mudarse a 4 casas que entregó la provincia de Buenos Aires, ya que el derecho a vivir en la comunidad es parte de la Ley Nacional de Salud Mental. Este paso es un hito fundamental en la provincia para la implementación de la ley.

10.3 El modelo rionegrino:

Esta provincia fue la primera en la región en implementar una LNSM, en 1991. Y es la única en el país que pudo concretar el proceso de desmanicomialización: la transición de un modelo basado en el encierro en hospitales psiquiátricos, a un modelo en el que se crean diversos dispositivos para lograr que las personas puedan eventualmente reinsertarse en la sociedad.

Río Negro tiene treinta y tres municipios, de los cuales treinta y uno cuentan con equipos interdisciplinarios de salud mental. Cabe destacar que hace treinta años se cerró el último psiquiátrico que funcionaba en la provincia.

Estos dispositivos deben contemplar estrategias que otorguen progresiva autonomía, garantizando su derecho a la atención integral de su salud.

Dicha provincia puso en marcha dispositivos adecuados que funcionen como red de servicios con base en la comunidad, que incluyan dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, en pos de la inclusión social, en la actualidad cuenta con:

10.4 Casas de Convivencia – Asistidas:

Destinadas a personas con padecimiento mental, cuyo proceso de internación previo ha sido prolongado, que no tienen vivienda, cobertura social, sin apoyo/lazo familiar, como así también, que no poseen un criterio de internación.

Dichas casas pueden albergar hasta seis usuarios compensados de su patología de base, en cuanto a las crisis, si las hubiere, se compensan en el Hospital,

10.5 Casas de Convivencia:

Son estructuras de estancia transitoria para usuarios de los Servicios de Salud Mental, sin dependencia funcional o mental que les impida desenvolverse en las actividades de la vida cotidiana, pero que por razones sociales, económicas o relacionales precisan de alojamiento y una mínima supervisión. Cuyo objetivo es brindar la posibilidad de que el usuario pueda mantenerse en un domicilio con una pequeña atención, promoviendo la convivencia, la integración social, evitando el aislamiento. Promueven la autonomía personal, favoreciendo la integración en la comunidad, el aislamiento y la fragilización del usuario, y así demorar o evitar la institucionalización.

10.6 Casas Asistidas

Servicio de alojamiento residencial y de asistencia integral en las actividades de la vida

diaria, para usuarios con grandes dependencias físicas y cognitivas. Se encuentra dirigido a personas con dependencias, que no tienen un grado de autonomía suficiente para realizar las actividades de la vida diaria; precisando constante atención y supervisión.

Entre sus objetivos generales se brinda a la persona un entorno adecuado y adaptado a sus necesidades de asistencia, promoviendo el mantenimiento o recuperación del máximo grado de autonomía social y personal, para mejorar o mantener, hasta donde sea posible, la capacidad funcional y mental de la persona, mediante técnicas rehabilitadoras. Por otro lado, a través de las terapias y programas adecuados, prevenir un incremento de dependencia.

Se provee, además, de un seguimiento terapéutico de las enfermedades y trastornos detectados.

En la cotidianeidad de las casas, los usuarios cuentan con un régimen de comidas sano, equilibrado y variado. A su vez, los mismos deberán mantener el espacio limpio, ordenado y ventilado. Se favorecerá las buenas relaciones sociales entre los residentes, familiares y el personal, interviniendo éstos últimos, si se detectan conflictos.

Esta modalidad promueve programas de animación sociocultural dirigidos a impulsar los contactos interpersonales con el exterior. Se fomentan los contactos con la familia y personas cercanas. Y por último, se promueve la participación en la toma de decisiones que afecten la vida de los residentes.

Cabe aclarar que en tanto características de las Casas de Convivencia y las Casas Asistidas, es el concepto de dependencia, lo cual implica la necesidad de apoyo para la autonomía personal y atenciones por parte de otras personas, para realizar las tareas de la vida cotidiana, para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad. En el caso de personas con grave afectación de su salud, el ejercicio de derecho a la autonomía suele ser indirecto, es decir mediado por otros y a través de los apoyos precisos.

Sostenemos que las diversas propuestas de abordaje, que brindan los distintos espacios, está pensada como un proceso donde la persona/usuario que participa, pueda reconocerse como miembro de su espacio y deje de ser estigmatizado y ser visto como un marginado social. Pero, para lograr esta transformación institucional en Salud Mental en forma plena, se requiere la acción conjunta de todos los actores, especialmente del Estado que considere a esta Política Pública como una inversión y no como un gasto, donde los

hospitales cuenten con presupuesto adecuado, sean eficientes, eficaces, actualizados científicamente y que respeten los Derechos Humanos.

11. El rol del Acompañante Terapéutico

Acerca del rol del Acompañamiento Terapéutico en salud mental, como apoyo en el proceso de externación y la tarea de reinserción social, en su libro "Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores", Gustavo Pablo Rossi (2007), expresa lo siguiente :“En la perspectiva que sostengo, el AT opera como un apoyo para intentar restaurar aquello deteriorado en el sujeto, aunque sea en un pequeño punto que sirva de anclaje, de referencia. A manera de puente, o como una vía de entrada ante tantos lugares que el paciente percibe cerrados.

Si entonces, nuestro rol consiste en ampliar herramientas y construir dispositivos, funcionar como puente a aquellos lugares que el sujeto concibe cerrados, actuar de facilitadores de vínculos con el medio, la pregunta que nos hacemos gira en torno a cómo podemos llevar a cabo esas funciones en el contexto actual. En este sentido, las barreras sociales trazadas por la estigmatización y la discriminación hacia las personas con padecimiento mental, hacen fundamental el rol del AT en este proceso de reinserción del acompañado.

Sin embargo, como plantea Rossi (2007) no se trata de imponer un "estándar" de rehabilitación, ni de forzar a la persona a que transite por círculos recreativos, talleres laborales, etc. sino de diseñar una estrategia, considerando el lugar del acompañado como ciudadano y atendiendo a las individualidades. Cabe agregar, que el Acompañante Terapéutico no forma parte de un tratamiento aislado sino que trabaja en conjunto con otros profesionales de salud mental, y que las estrategias de abordaje se construyen en forma colectiva.

Como Acompañantes Terapéuticos, elaboramos posibles líneas de acción:

- Teniendo en cuenta la difícil situación actual de empleo en Argentina, y la discriminación y estigmatización que sufren los sujetos con sufrimientos mentales, es necesario que el AT logre articular entre el acompañado y el medio laboral-educativo, orientando la búsqueda laboral, motivando, mostrando las alternativas laborales acordes a las expectativas de cada individuo. El regreso al ámbito laboral luego de períodos largos de internación implica también la importancia de prevenir trabajos con dinámica de encierro y explotación laboral.
- En este sentido, el rol de AT también debería brindar apoyo para realizar los trámites relacionados con la obtención de un nuevo empleo y su acompañamiento

debería extenderse (siempre que se cuente con apoyo estatal) al lugar de trabajo, por lo menos durante el periodo de adaptación del sujeto al nuevo entorno.

- Es de suma importancia los vínculos entre los sujetos con padecimiento mental y sus familias, otra función indispensable del AT sería la de "ir al encuentro", facilitar la articulación y la reconstrucción de los vínculos -allí donde fuese necesario-entre el individuo y su entorno familiar, brindando apoyo, consejos y facilitando el diálogo. Así mismo es necesario que el AT informe al equipo de Salud Mental sobre el funcionamiento del paciente en su ámbito familiar y social.
- Establecer herramientas y estrategias que logren la autonomía del individuo que sufrió un proceso de institucionalización. Entre estas, podría mencionarse la importancia de establecer salidas transitorias antes de que el paciente sea externado por completo de la institución.

Asimismo, para que cualquier proceso de externación resulte exitoso, es necesario que el Estado y las instituciones psiquiátricas, asuman un compromiso activo. A su vez para generar programas de integración socio comunitaria se requiere de presupuestos propios dirigidos a estos objetivos.

Sostenemos que las diversas propuestas de abordaje, que brindan los distintos espacios, están pensadas como un proceso donde la persona/usuario que participa, pueda reconocerse como miembro de su espacio y deje de ser estigmatizado y ser visto como un marginado social. Pero, para lograr esta transformación institucional en Salud Mental en forma plena, se requiere la acción conjunta de todos los actores, especialmente del Estado que considere a esta Política Pública como una inversión y no como un gasto, donde los hospitales cuenten con presupuesto adecuado, sean eficientes, eficaces, actualizados científicamente y que respeten los Derechos Humanos.

12. Conclusiones

A partir de nuestra experiencia y cartografiando los territorios de la salud mental, y en consonancia con nuestra labor de Acompañantes Terapéuticos, participamos en y de prácticas creativas, ricas en diversidad, que se dirigen a la ampliación de la autonomía en la vida de los usuarios y usuarias, a propiciar lazos, redes sociales, a modo de una clínica extendida, cuyo fin último es el bienestar biopsicosocial del sujeto, sobre todo de aquellos que han sido o aún están atravesados por el sufrimiento y la desidia social.

Hay que valorar el Acompañamiento Terapéutico como sostén vincular que se enlaza a los recursos cotidianos, que puede gestionar apoyos económicos-sociales, para que junto a otras intervenciones, equipos y programas, se restituyan o promuevan sus derechos. Para favorecer ese pasaje o puente, hacia otros lazos comunitarios, hacia redes que el sujeto pueda enlazar en su medio social.

Como profesionales del área, entendemos la necesidad de reflexionar permanentemente, sobre posibles líneas de acción del Acompañamiento Terapéutico, ya sea en la creación de herramientas y dispositivos, para facilitar la externación del usuario, sin dejar de contextualizar aspectos biopsicosociales, inherentes a cada sujeto.

Ya no estamos hablando de sujetos los cuales deben ser puramente asistidos, más que nada e indefectiblemente, hablamos de sujetos de derecho que deben ser atendidos y respetados.

Desde una perspectiva que tenga presente la inclusión, el respeto y el cumplimiento de los derechos humanos de aquellos sujetos que son depositados del lado de la locura, desde allí, entonces, comenzar a cuestionar el posicionamiento que una sociedad adquiere ante una problemática, a pesar de considerarla ajena, y que nos compete a todos. Al decir de A. Moffat (1974) “que cada uno de nosotros se haga cargo de sus temores y fantasmas, sin depositarlos en chivos emisarios y fabricar con esto “profesionales de la locura” para segregarlos luego internándolos en manicomios”.

Aunque la Ley Nacional de Salud Mental establece la implementación en la comunidad de prácticas alternativas y sustitutivas a la internación (territorios que recorreremos con nuestros acompañados), aún queda un largo camino por recorrer, lo cual hoy implica un desafío.

Nos planteamos entonces ¿será posible modificar el paradigma y la mirada social en torno a la locura y a la enfermedad mental?.

Largo será el proceso y lo seguirá siendo, ya que las sociedades están en constante cambio y tienen sus propias dinámicas, e idiosincrasias, sus propios factores determinantes, pero el proceso ya está en marcha, sólo resta involucrarnos más aún para que éste no quede en una teorización y quimera.

Por otro lado, hay instancias, devenires y crónicas de la vida diaria, por los cuales atravesamos junto con las usuarias y usuarios desde la cotidianeidad, que es la burocratización de la atención, aquí instituciones, profesionales, el bendito presupuesto para la salud mental, el propio sistema de salud argentino, pareciera, por momentos ir por otros carriles. Y esto también nos lleva a pensar en dobles discursos, avances y retrocesos. Aquí nuestra labor se complica aún más, ya que tiene un plus que excede a la propia problemática de nuestros acompañados, entran más actores que, a su vez, contribuyen, en cierta medida a la exclusión, a someter a los pacientes, por ejemplo a largas esperas, a idas y venidas, autorizaciones. Sobradas muestras de lo antedicho ocurrió en plena pandemia, en donde la salud mental quedó relegada a merced de un virus. Nos resulta todo esto algo paradójico.

Desde nuestra perspectiva profesional seguiremos acompañando, sosteniendo , aportando cada día más, no solo con la práctica profesional en terreno, no solo como testigos de una cotidianeidad que incluye muchos actores, el acompañado, la familia, los otros, la calle y por supuesto la excluyente mirada social. Somos testigos en primera fila, somos muchas veces voces que, directa o indirectamente, acompañamos, estamos ahí, presencia ajena y a la vez cercana, cuando aquellos no son escuchados y vulnerados.

Bibliografía.

- Faraone, S. Barcala, A. (2020) A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: Coordenadas para una cartografía posible. CABA. Teseo
- Fernández, Pablo Jorge. Nacimiento y desarrollo del Movimiento Antipsiquiátrico, alcance e influencia en las instituciones manicomiales en nuestro país. Facultad de Psicología
- Figgis, M. (1993). Mr.Jones. Tristar Pictures
- Foucault, M. (1967).Historia de la locura en la época clásica. Tomo I. D.F México. Fondo de cultura económica.
- Galende, E. (1997 b). Situación actual de la salud mental en la Argentina. Revista Salud, problemas y debate, n° 17 , pp. 22 a 31.
- Galende, E. (2007). Derechos humanos y salud mental: la cuestión ética en subjetivación clínica de las insurgencias. Buenos Aires. Madres de Plaza de Mayo.
- Galende, E. (2008). Desmanicomialización institucional y subjetiva, en Psicoanálisis, vol. XXX, n° 3, pp 395 a 427.
- Goffman, E. (2003). Estigma.La identidad deteriorada. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.
- Hitchcock, A. (1960). Psicosis. Shamley Productions.
- Howard, R. (2001). Una mente maravillosa. Universal Pictures. Dreams Works. Imagine Entertainment.
- Informe INADI. (2023). Salud Mental. Disponible en: [https:// bit.ly/3ezWirJ](https://bit.ly/3ezWirJ).

- Mesa Federal-INADI (2014). Prácticas inclusivas en salud mental y adicciones con enfoque de derechos humanos. Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos. Instituto Nacional contra la Dscriminacion Xenofobia y el Racismo.

- Moffat, A. (1974). Psicoterapia del oprimido. Buenos Aires, Argentina. Editorial Ecro.

- Olivera, A. (2005). La Colifata, radio terapia desestigmatizante. Revista FINTECO. Fundación para la investigación interdisciplinaria de la Comunicación.

- Organización Mundial de la Salud *OMS (2021) Por la salud mental en el mundial: Si a la atención, no a la exclusión: Mensaje del día Mundial de la Salud. Recuperado de: URL:<http://www.who.int/docstore/word/health-day/whd2001/others/brochure.es.doc>

- Rossi, G. (2013). Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Cap. 11. Buenos Aires, Argentina. Editorial Polemos.

- Secretaria de Derechos Humanos. (2007). Salud Mental y Derechos Humanos. Serie Normas y Acción en el Estado de Derechos, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos. Disponible en: <https://bit.ly/2TS4hs0>.

- Stolkiner, A. y Ardilla, S. (2012)Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana, en Vertex, vol. XXIII, n° 101. Disponible en: <https://bit.ly/2Xntxst>.

- Tarner, B. (2002). El Dragón rojo. Universal Pictures. Imagine Corporation.

- Universidad Nacional de Mar del Plata. (2019). Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología.