

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

La dimensión socio-política de la salud mental:
estudio de caso en una asociación civil sin fines de
lucro

Carolina Olga Eloïd Durand
Tutora: Cecilia Silva

2018

*“Mucha gente pequeña, en lugares pequeños,
haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo”*

(Eduardo Galeano)

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIA:

A dos mujeres increíblemente valiosas y poderosas que aunque ya no están permanecen siempre en mi corazón, a mi madre Nora y a mi abuela Olga.

AGRADECIMIENTOS:

A mi compañero de la vida Lisandro por su apoyo incondicional y su paz infinita.

A mi hermana mayor Natalia y a mis amigas por alentarme y acompañarme en todo momento, especialmente a Vanessa una hermana que me regalo la vida.

Al grupo de docentes de la Facultad de Ciencias Sociales por su dedicación y vocación, en especial a Cecilia por orientarme en la realización del presente trabajo.

A los/as compañeros/as con quienes tuve la oportunidad de compartir el proceso de estudio.

Y al hermoso grupo humano de la Asociación Civil por abrirme las puertas y enseñarme un maravilloso mundo nuevo, especialmente a Lili una mujer verdaderamente amorosa y generosa.

RESUMEN

La presente Monografía fue realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en una Asociación Civil sin fines de lucro ubicada en el barrio de Flores.

Por medio de la experiencia concreta que atraviesa un espacio pequeño del contexto argentino y mediante un enfoque histórico, se buscó avanzar en los conocimientos y comprensión acerca de las complejidades del campo de la salud mental.

Este estudio se propone indagar sobre el nivel de participación social y de toma de decisiones que se desarrolla desde de la Asociación Civil así como también identificar actores sociales implicados, relaciones de solidaridad y documentos, proyectos o discursos con contenido político y social dentro de la misma.

El objetivo principal de este trabajo es la comprensión de la dimensión socio-política de la salud mental a partir de un estudio de caso.

Se aplicó una metodología de carácter cualitativa, de tipo descriptiva, a partir de la cual se pudo recabar información desde la perspectiva de los propios actores involucrados. Se utilizó entre los meses de agosto y setiembre de 2018 técnicas de recolección de datos como la revisión documental y entrevistas semiestructuradas (aplicadas a siete personas integrantes, usuarios/as y familiares de usuarios/as de la Asociación Civil).

Los resultados encontrados hacen referencia al contexto latinoamericano actual, en donde la familia, la educación, el trabajo y especialmente el Estado aparecen como instituciones debilitadas y con falencias a la hora de brindar respuestas a las diferentes problemáticas que atraviesan las personas con padecimiento mental.

Asimismo, se pone en evidencia que cuando hablamos del campo de la salud mental es necesario mantener un enfoque global e integral que apunte a visualizar el tema de la desigualdad social como un factor clave y decisivo para resolver las problemáticas que históricamente han afectado a las personas que se encuentran en condiciones de alta vulnerabilidad social.

PALABRAS CLAVE: salud mental-sociedad civil organizada- inclusión social-enfoque comunitario.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	2
Capítulo 1 “De qué hablamos cuando nos referimos a la salud mental”	
1.1- Un acercamiento al concepto de salud mental desde su devenir histórico.....	4
1.2- Antecedentes del proceso de desmanicomialización.....	6
1.3- Marco normativo en el ámbito de la salud mental.....	8
1.4- Estigma y salud mental, un punto a parte.....	11
Capítulo 2 “Las diferentes caras de la salud mental: desigualdad social, pobreza y exclusión social”	
2.1-Aspectos que atraviesan y trascienden la esfera de la salud mental.....	13
2.2-Transformaciones sociales del tipo estructural.....	15
Capítulo 3 “Acerca de la Asociación Civil”	
3.1-Principales características.....	18
3.2-Sus vínculos y proyectos.....	20
Capítulo 4 “Análisis e interpretación de los resultados”	
4.1- Enfoque comunitario y relaciones de solidaridad.....	23
4.2- Rol de las instituciones.....	25
4.3- Participación social y toma de decisiones.....	33
4.4- Creando conciencia e inclusión social.....	35
Consideraciones finales	40
Bibliografía	44

INTRODUCCIÓN

Las siguientes líneas son parte del trabajo que se desarrolla en el marco de la presentación de monografía final de grado que da el cierre a mi proceso de estudio en la Licenciatura en Trabajo Social en la Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR).

Las diversas problemáticas sociales que afectan a los países latinoamericanos desde la década de los 70 hasta la actualidad, vinculadas fundamentalmente a la pobreza estructural, al desempleo y a los cambios en las organizaciones sociales, se instalan en el ámbito de la salud mental y afectan fundamentalmente a la población que se encuentra en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

El presente trabajo de monografía busca comprender el campo de la salud mental tomando en cuenta el escenario de problemáticas sociales del contexto latinoamericano a partir de la experiencia concreta de un espacio micro como lo es la Asociación Civil que se toma como estudio de caso.

La estructura de la monografía se organiza en cuatro capítulos. El capítulo primero se estructura en base al concepto de salud mental tomando en cuenta algunas coordenadas de época y al contexto latinoamericano, con un apartado que habla sobre los antecedentes de desmanicomialización en la particularidad del contexto argentino. Además, se desarrollan los aspectos normativos-legales de carácter nacional e internacional que acompañan al campo de la salud mental argentino. Y finalmente, se incorpora la noción de estigma en relación a los padecimientos mentales.

El capítulo segundo plantea el tema de la salud mental tomando en cuenta las diferentes problemáticas sociales como la pobreza, desigualdad social y exclusión social en el marco de la realidad latinoamericana, manteniendo las coordenadas de época y atendiendo a la particularidad del contexto argentino. Además, se desarrolla el tema de las transformaciones sociales del tipo estructural y la crisis de las identificaciones sociales como acontecimientos importantes e influyentes para el campo de la salud mental.

El capítulo tercero se refiere a las características y al trabajo puntual que se desarrolla en la Asociación Civil del presente estudio, tomando en cuenta su trayectoria histórica, los actores involucrados, los proyectos, actividades y servicios que esta brinda.

El capítulo cuarto está compuesto por el análisis y la interpretación de los resultados que se obtuvo de la investigación, tomando en cuenta el objetivo principal y los objetivos específicos de la misma. Asimismo, los resultados son vistos a la luz de ciertas categorías teóricas establecidas con el fin de comprender la realidad social que se estudia.

Además, se desarrollan las consideraciones finales, las cuales hacen referencia al fenómeno de la salud mental desde un enfoque histórico que contempla el proceso por el cual en actualidad se asiste a un cambio de paradigma dentro del contexto nacional e internacional. Por último, se exhibe la bibliografía consultada.

El interés por abordar este tema de monografía surge a partir de mi experiencia como pasante dentro de la Asociación Civil en donde tuve la oportunidad de vincularme con una realidad nueva que me sirvió de inspiración para la realización del presente estudio.

CAPÍTULO 1

DE QUÉ HABLAMOS CUANDO NOS REFERIMOS A LA SALUD MENTAL

1.1- Un acercamiento al concepto de salud mental desde su devenir histórico

A continuación se presenta una coordenada de época que va desde los años 70 a la actualidad con la cual se intentará mantener una mirada contextualizada que contemple los aspectos más particulares del fenómeno de la salud mental. En la década de los años 70, Argentina se encontraba con un sistema manicomial aún sostenido pero cuestionado por comunidades terapéuticas las cuales mostraban que eran posibles otras formas de pensar y de trabajar. En esta época se había logrado implementar diversas experiencias piloto mediante abordajes grupales y comunitarios en hospitales así como también se había creado un movimiento gremial importante de las Asociaciones de Psicólogos de todo el país (Vainer y Carpintero, 2005).

Asimismo, entre los años 70 y 90 surge un nuevo pensamiento epidemiológico latinoamericano que pone en cuestión el modelo manicomial de salud mental basado en prácticas de encierro y de disciplinamiento de la vida social (Galende, 2012).

De acuerdo con Palacios (2008) durante la primera mitad del siglo XX las personas con discapacidad intelectual, con enfermedades mentales y con parálisis cerebral eran vistas como una amenaza para la salud e inteligencia de las futuras generaciones y en consecuencia se las encerraba en instituciones psiquiátricas.

Tal y como señala Goffman (1988) los hospitales psiquiátricos constituyen instituciones de encierro en donde los individuos descubren que han perdido los roles que desempeñaban dentro de la sociedad en virtud de una barrera que los separa del mundo exterior, un lugar en donde los individuos pierden su autodeterminación y dignidad. A partir de la Segunda Guerra Mundial se puede visualizar un cambio de paradigma en el campo de la salud mental en donde el modelo rehabilitador basado en el poder y saber médico-científico comienza a ser cuestionado desde un modelo social de salud (Palacios, 2008).

Se trata del surgimiento de la corriente latinoamericana de la Medicina Social (también conocida como Salud Colectiva) la cual propone una nueva forma de entender y de abordar a la salud pública, tomando en cuenta a la dimensión social en un proceso dinámico entre salud y enfermedad (Breilh, 2013).

Continuando con los aportes de Palacios (2008) podemos decir que a lo largo de la historia han existido diversas formas de entender y abordar los padecimientos mentales y/o físicos, siendo el modelo más antiguo aquel que surge en la Edad Media en donde las personas reconocidas como “discapacitadas” o “anormales” eran condenadas a muerte o en el mejor de los casos eran objeto de marginación social.

Si bien los tiempos fueron cambiando y fueron cambiando también las concepciones sobre los padecimientos mentales y/o físicos, el siglo XX nos seguía mostrando un escenario bastante sombrío respecto a esta situación. Desde las Naciones Unidas por ejemplo, se estableció la “Declaración de los Derechos del Retrasado Mental” (1971) en donde se proclama la necesidad de proteger los derechos de los “física y mentalmente desfavorecidos”, asegurar su bienestar y rehabilitación, teniendo en cuenta la necesidad de ayudar a los “retrasados mentales” a desarrollar sus aptitudes y también fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal.

De acuerdo con esta perspectiva la situación para la persona con padecimiento mental y/o físico debía ser resuelta a través de la normalización de su vida social, mediante su rehabilitación y por tanto sin posibilidades en términos de libertades y participación. Un acontecimiento importante que supuso un enfoque diferente en estos años fue el Congreso Internacional de Atención Primaria de la Salud conocido como el Congreso de Alma Ata (1978) llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en donde se plantea como objetivo promover y proteger el nivel de salud más alto posible para todo el mundo, con una meta de salud para todos en el año 2000.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), deja de lado aquellos aspectos vinculados a la atención primaria de la salud para implementar el término de “Deficiencia” entendido este como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, como consecuencia de la enfermedad. (“Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad”, 1980).

Tal y como lo señala Testa (1993) se mantiene una mirada ahistórica de la realidad, centrada en lo que ocurre en el cuerpo enfermo, basada en los comportamientos individuales en vez de ir a las causas intrínsecas de las misma, la cual se fundamenta en las maneras en que la ideología del capitalismo invaden los diversos ámbitos del quehacer social.

Llegado el siglo XXI aparecen otras visiones sobre la salud mental, las cuales van a incluir aspectos vinculados a diferentes determinantes sociales, dejando de lado las posiciones centradas en la dimensión biológica de años atrás.

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se define a la Salud Mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Asimismo, se establece como meta el comportamiento sano de los individuos y de la comunidad mediante el mejoramiento de su entorno físico, comunitario y político. Además, se vincula los niveles de salud de una población con los recursos económicos disponibles para la inversión social (OPS/OMS, 2002).

Sin embargo, tal y como dice Breilh (2013) la epidemiología de los llamados “determinantes sociales de la salud” incorporan acríticamente distintas categorías conceptuales al mismo tiempo que no toman en cuenta la determinación social de la acumulación de capital, hecho que los lleva a no poder desentrañar las raíces socio ambientales de los problemas de salud.

Más recientemente, desde organismos internacionales se impulsa la noción de salud mental desde una perspectiva de derechos que en la particularidad del contexto argentino se vio plasmado con la aprobación de una nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Decreto Reglamentario N°603/2013).

En dicha Ley (N°26.657/2013) se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de derechos humanos y sociales de toda persona (Art. 3).

De acuerdo con Bang (2014) la implementación de esta nueva Ley de Salud Mental genera prácticas de salud mental basadas en la comunidad y un abordaje necesariamente integral, intersectorial e interdisciplinario que toma en cuenta la complejidad del campo de la salud mental.

1.2- Antecedentes del proceso de desmanicomialización

A la hora de hablar de la salud mental es importante tomar en consideración el proceso de desmanicomialización de las instituciones psiquiátricas cuyo fenómeno hizo posible la

cristalización de un montón de luchas y demandas que brotaban desde distintos movimientos populares.

Entre los años 60 y 70 surge el movimiento de la antipsiquiatría en el cual se incorporaron distintas ideas que rompen con los preceptos de la psiquiatría tradicional ya que se considera a la salud mental desde una génesis fundamentalmente social a la vez que se plantea la necesidad de un compromiso político para el quehacer psiquiátrico (Vallejo, 2011).

Dicho movimiento dio lugar a la conformación de la Red Internacional Alternativa de la Psiquiatría, conformada por importantes figuras entre las cuales se encontraba Franco Basaglia y en donde se mantenía una posición de compromiso político para avanzar hacia una mejor psiquiatría (Vallejo, 2011).

Una de las experiencias más inspiradoras, fue la experiencia de Trieste en Italia en el año 1971, donde se llevó a cabo la reconversión de un hospital psiquiátrico a un Centro de Salud Mental abierto a la comunidad, bajo la dirección de Franco Basaglia (Basaglia, 2008). El componente transformador de esa experiencia dentro de la psiquiatría tradicional fue la incorporación de la comunidad para discutir cuestiones relacionadas con el “enfermo” al mismo tiempo que, se incorpora el término “crisis” para describir el estado en el que se encuentra la persona que necesita atención en salud mental, como una subjetividad que pone en crisis también al quehacer médico y como una forma de terminar con la objetividad pretendida desde los diagnósticos terapéuticos (Basaglia, 2008).

En el contexto argentino el proceso de desmanicomialización de las instituciones psiquiátricas tiene su antecedente en la ciudad de Bariloche en donde, en el marco de una nueva ley provincial (N° 2440/1991, Río Negro) e inspirados en la experiencia de Italia, se realiza la apertura de un Centro Cultural Comunitario de Salud Mental. Se trata de una experiencia local muy transformadora a una escala reducida de la realidad global, cuyo componente innovador radica en que el hospital deja de ser la esencia de la asistencia psiquiátrica, y se empieza a comprender que las personas con padecimiento en salud mental lo que necesitan no son camas sino una amplia selección de oportunidades como vivienda, trabajo, vínculos familiares y comunitarios que van más allá de la mera asistencia médica y farmacológica (Cohen y Natella, 2013).

Cabe destacar la existencia de otras experiencias aisladas pero también significativas dentro del contexto argentino como lo fueron la aplicación de asistencia comunitaria y de abordaje interdisciplinario llevada a cabo en el Servicio de Psicopatología del Hospital de Lanús entre

los años 1956 y 1972 y la creación del “Plan Goldemberg” en 1967, en donde se logró la creación de centros de salud mental y servicios de psicopatologías en hospitales de la ciudad (Quercetti, Parenti y Stolkiner, 2015).

Las mencionadas experiencias basadas en la desmanicomialización se han expandido por diferentes localidades argentinas de forma heterogénea y atendiendo a las complejidades del proceso en donde se tiene que lidiar con la cultura asistencialista imperante del país, basada en prácticas restrictivas, de supresión de síntomas y de institucionalización (Cohen y Natella, 2013).

En este contexto, nace una nueva forma de entender a la salud mental que pone en tela de juicio el orden manicomial que acompañó a la psiquiatría de bases positivistas y biológicas a la vez que se enfatiza en la necesidad de un modelo en salud mental en donde se incluyan todos los factores sociales que acompañan el desarrollo de la vida del individuo (Galende, 2012).

1.3- Marco normativo en el ámbito de la Salud Mental

Como primer acontecimiento relevante desde la perspectiva de derechos humanos, se encuentra la “Declaración de Caracas” (1990), adoptada en Venezuela por la Conferencia sobre la Restauración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS).

El aspecto fundamental de dicha Declaración es la importancia que se le otorga a la protección de los derechos humanos y civiles a las personas con problemas de salud mental, desde la atención primaria de la salud hasta aspectos vinculados a la accesibilidad, la descentralización, la participación, entre otras.

Las Naciones Unidas (ONU) adoptan en los años 90, distintas medidas para visibilizar grupos de personas desfavorecidas tales como: la Convención sobre la Eliminación de Todas formas de Discriminación Contra Mujer, la Convención sobre los derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (Villaverde, 2008).

En la particularidad del contexto argentino en el año 1991 se aprueba la Ley N° 2440, “Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental” (también es

llamada ley de desmanicomialización) en donde se establece que la internación psiquiátrica se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas (Ley N°2440/1991, Río Negro).

Otras de las leyes aprobadas en Argentina es la Ley N° 24.901 de “Habilitación y Rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” (1997) la cual continúa en vigencia hasta el día de hoy. En dicha Ley (N°24.901/1997) se establece que las obras sociales tendrán a cargo la cobertura total de las prestaciones que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas (art.1). Y, aquellas personas que no se encuentren incluidas en el sistema de cobertura de las obras sociales y comprobándose que no puedan afrontar los costos de los servicios de dicha cobertura, podrán acceder a organismos dependientes del Estado (art.2 y 3).

En la Ciudad de Buenos Aires en el año 2000 se sanciona una Ley de Salud Mental la cual basa sus principios en el reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad (N° 448/2000, CABA).

En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la llamada “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud” la cual buscaba brindar un lenguaje unificado y estandarizado para la descripción de la salud y los estados relacionados con la misma. Con un enfoque “biopsicosocial” intenta tener una visión coherente de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social (Palacios y Bariffi, 2007).

Tal y como lo señalan Kraut y Diana (2013) las nuevas prácticas vinculadas a la desinstitucionalización y desmanicomialización de las instituciones psiquiátricas van a ser acompañadas, a partir de los primeros años del siglo XXI, por tres órdenes normativos nuevos que constituyen la estructura sobre la cual se hace posible un cambio de paradigma en materia de salud mental.

Una de estos órdenes normativos fue la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo que tiene carácter internacional por haber sido aprobada mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) el 13 de diciembre de 2006.

En Argentina, se aprobó la Convención y su Protocolo Facultativo mediante la Ley N°26.378, sancionada el 21 de Mayo de 2008 (N° 26.378/2008).

De acuerdo con Samaniego (2006) la Convención para las Personas con Discapacidad fue el producto de un largo proceso de discusión y re definición, de cuestionamientos y de negociaciones en la que prevalecieron dos propuestas: la de “Caridad y Simpatía” y la que logró triunfar bajo el lema de “Plena participación e igualdad” impulsada por personas con discapacidad, sus familias, sus organizaciones y organizaciones internacionales.

Uno de los aspectos más importantes que supuso la creación de la Ley N°26.378 en Argentina tiene que ver con la atención de las personas con discapacidad como sujetos de derechos humanos y civiles y con libertades cívicas y de participación ciudadana (Villaverde, 2008).

Justamente desde el Artículo 1° de la Convención se establece que el propósito de la misma es: “(...) *promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente*” (Ley N° 26.378/2008). Asimismo, en dicha Ley (N° 26.378/2008) se hace hincapié en las obligaciones de los Estados Partes para con los grupos especiales como lo son los niños/as y las mujeres para asegurarles que puedan disfrutar en igualdad de condiciones, todos los derechos humanos y libertades fundamentales (art.6). Y los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica (art. 12).

En el transcurso del año 2010 se sancionó la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Decreto Reglamentario N°603/2013), coincidiendo con el año donde se creó la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (Decreto N° 457/2010) en Argentina. La mencionada nueva Ley de Salud Mental tiene como propósito asegurar el derecho a la protección de la salud mental a todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos a las personas con padecimiento mental dentro del territorio argentino. Se plantean objetivos relacionados con la accesibilidad a los servicios, dispositivos y actividades en Salud/Salud Mental, fortalecer el trabajo en Red, trabajo articulado de forma interdisciplinaria e intersectorial así como también el diseño y el fortalecimiento de estrategias para monitorear y evaluar proyectos y programas de la atención en salud mental (N° 26.657/2013).

Le antecede la llamada Ley de “Sistema de protección integral de las personas discapacitadas” (N° 22.431/1983) cuyo objetivo era la normalización, o en otras palabras, la rehabilitación de las personas con discapacidad por medio de la atención médica, educación y seguridad social (art. 1 y 2).

Para concluir, otra normativa que acompaña al nuevo paradigma de la salud mental argentino es el Código Civil y Comercial de la Nación específicamente en los artículos 32 y 43 en donde se designa un sistema de apoyo para aquellas personas que lo necesiten con el objetivo de promover la autonomía y facilitar la comunicación de la misma en el ejercicio de sus derechos (Ley N° 26.994/2014).

1.4- Estigma y Salud Mental, un punto a parte

De acuerdo con Goffman (1997) el término estigma hace referencia a un atributo profundamente desacreditador, es decir una característica (un rasgo físico, conductual o social) que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito o desvaloración, como resultado de que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo.

En el caso de las personas con padecimiento estos estereotipos negativos se relacionan con las ideas de prejuicios, miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión aunque manteniendo la “distancia social” mediante tratamientos coercitivos y la reclusión institucional (López *et al.*, 2008).

Si retrocedemos en el tiempo, el imaginario social sobre la enfermedad mental estuvo fuertemente vinculado a la noción de peligrosidad. Concretamente a comienzos del siglo XIX la psiquiatría se institucionalizaba como dominio particular de la higiene pública efectuando dos codificaciones en simultáneo, por una parte codificando a la locura como enfermedad, patologizando en nombre de un saber médico y por la otra, codificando a la locura como peligro (Foucault, 2000).

En el contexto actual, asistimos a sociedades impregnadas de la forma biomédica (normalidad-patologización) de vivir con “malestar cero”, en donde todo dolor o malestar de una persona se encuadra en una psicopatología y en donde se define de esta manera el orden del ser y el rechazo del no ser aquello que se espera como normal (Stolkiner, 2013).

Asimismo, se puede constatar la discriminación directa para aquellas personas que tienen padecimiento en el acceso a la vivienda, al empleo, a las distintas relaciones sociales significativas (la pareja, redes sociales, etc.) constatándose también discriminaciones del tipo legal o sobre el nivel de servicios sanitarios y sociales, en el ámbito de las políticas públicas y

de los estereotipos y prejuicios sociales que se reproducen desde los medios de comunicación (López *et al.*, 2008).

Otro aspecto a tener en cuenta es que como resultado del estigma también se produce el autoestigma, es decir las personas con padecimiento van a experimentar ciertos sentimientos de vergüenza e incapacidad y en muchos de los casos van a atribuirse la responsabilidad de la causa de su enfermedad o van a intentar mantener en secreto su padecimiento (Muñoz *et al.*, 2009).

CAPÍTULO 2

LAS DIFERENTES CARAS DE LA SALUD MENTAL: DESIGUALDAD SOCIAL, POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL

“En las condiciones de la vida actual y de la cultura es absolutamente ilusorio creer en un estado “puro” del sufrimiento mental, fuera de todo orden disciplinario”

(Galende, 1994, p.59)

2.1- Aspectos que atraviesan y trascienden la esfera de la salud mental

De acuerdo con Carballada (2008) la cuestión social actual da cuenta de una serie de problemáticas y temas que son transversales y que sobrepasan la especificidad de cualquier institución ya sea esta un hospital, una escuela o cualquier otra.

Tal y como lo señala Spinelli (2010) en el campo de la salud no se puede hablar solo de enfermedades sino de problemas sociales que tienen sus raíces causales en las desigualdades sociales, en la falta de controles sobre el medio ambiente y sobre los alimentos que consumimos, en la falta de niveles básicos de educación, de agua potable, de obras de saneamiento, de vivienda digna y la carencia de empleo o empleos precarizados.

Tomando en cuenta el contexto latinoamericano se puede decir que desde hace varias décadas se asiste un proceso de descentralización, desestatización y focalización de la política social, hecho que se ve reflejado en la multiplicidad de problemáticas sociales que emergen tales como el aumento de la pobreza, el aumento del desempleo, la urbanización caótica, las migraciones, las sociedades envejecidas, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo sin que ello implique una equidad de género, las transformaciones en la estructura familiar y una tendencia a la desigualdad que no ha cambiado en términos significativos (Repetto, 2010).

En este contexto, surge un Estado neoliberal basado en el asistencialismo para legitimar el orden de acumulación capitalista imperante de la época, un orden que no solo aumentó la pobreza sino que también derivó en un individualismo creciente en donde la educación, la alimentación, el trabajo y la vivienda dejan de verse como derechos para pasar a verse como

recursos a los que sólo se puede acceder por la regulación del mercado (Grassi, Hintze y Neufeld, 1994).

Se puede decir que el agotamiento del Estado Nacional como aparato ideológico basado en el lazo con el ciudadano abre paso a la llegada del Estado técnico-administrativo que debe lidiar con los efectos de los estímulos económicos provenientes de un mundo totalmente globalizado y en donde aparece la nueva figura del consumidor (Lewkowicz, 2006).

Tal y como Lewkowicz (2006, p.81) afirma *“En los Estados nacionales un ciudadano se definía por la conciencia, su identidad estaba configurada por sus contenidos fundamentales sobre todo por su conciencia política o - para hablar más brevemente- por su ideología. En los Estados técnicos-administrativos, las ideas inciden ya muy poco en la determinación social de la identidad. (...) el Consumidor no se define por sus ideas sino por sus actos.”*

El consumidor ya no cuenta con el marco jurídico que lo coacciona y a la vez lo iguala con los demás individuos como en el caso de los ciudadanos de los Estados nacionales y ahora se enfrenta a una ley del mercado en donde sino consume queda afuera de cualquier lazo social.

Se trata de la invasión del capitalismo que llega a todas las prácticas sociales inclusive a las prácticas de la salud en donde el cuerpo del enfermo deja de verse como objeto de trabajo para los médicos y pasa a ser una mercancía, deshumanizándose la atención en salud y transformándose en una relación de transacciones comerciales (Testa, 1993).

Atendiendo a la particularidad del contexto argentino se puede decir que desde hace unas décadas el Estado argentino se fue achicando tal cual lo orientaban tanto las reformas macroeconómicas de corte neoliberal de los años 80, como se imponía desde los organismos multilaterales de crédito y como fue recomendado por el “Consenso de Washington” en los años 90, en donde se aconsejaba reducir el Estado a su mínima expresión (Vila, n.d.).

De acuerdo con Oszlak (2003) desde mediados de los años 90 el achique del Estado argentino se fue profundizando como consecuencia de la “fuga” de empleo público de los Estados nacionales a los subnacionales, con trasferencias de servicios de salud y educativos a las provincias, por las privatizaciones de las empresas públicas y la pérdida de la capacidad en la toma de decisiones soberana del Estado tras procesos de internacionalizaciones.

Con la llegada del siglo XXI los países latinoamericanos van experimentando la presencia de gobiernos de izquierda y con ellos Estados de corte neodesarrollistas. Se trata de países que tienen en común un discurso político que critica fuertemente a las políticas neoliberales de los años 90 a la vez que expresan la necesidad de potenciar al Estado para que intervenga más en la vida socio-económica del país, manteniendo el respeto por las reglas del mercado y colaborando con el sector privado (Ramos y Milanese, 2016).

En el contexto argentino, en estos primeros años del siglo XXI comienza a desarrollarse, por una parte, una matriz de protección social que busca que el Estado recupere progresivamente el control sobre los fondos de pensiones, el sistema educativo y el de la salud, y por la otra, políticas de reducción de la pobreza mediante la implementación de tipos de transferencias (con programas de transferencias condicionadas y pensiones sociales) y de extensión de la protección en salud (Repetto y Dal Masetto, 2012).

Tal y como lo señala Guinsberg (2001) estos cambios que se vienen produciendo en el modelo hegemónico de los países latinoamericanos intervienen en todos los ámbitos de la sociedad, inclusive en el ámbito tan específico de la salud mental y el de las subjetividades.

Se hace preciso comprender que cuando hablamos de la salud mental también estamos hablando de la gran magnitud de problemáticas que la atraviesan y trascienden, se hace preciso entonces tomar en cuenta el escenario global e integral de una realidad que se presenta como algo natural ante nuestros ojos aunque en el fondo represente el modelo hegemónico dominante de una época.

2.2- Transformaciones sociales del tipo estructural

A partir de los aportes de Esping-Andersen (1993) se puede decir que las sociedades capitalistas están compuestas por distintas esferas que provisionan bienestar a los individuos, como el Estado, el mercado, la familia y la esfera de la sociedad civil organizada. Sin embargo, a lo largo del siglo XX los países latinoamericanos fueron experimentando transformaciones estructurales que afectaron la organización social y los patrones familiares de carácter patriarcal, apreciándose una relación más estrecha con la pobreza y la indigencia en ciertos tipos de familia, sobre todo en aquellas familias que tienen niños/as y dependientes económicos en el hogar (Arraigada, 2007).

De acuerdo con Feijóo (2001), en el caso de Argentina, podemos hablar del pasaje de un “viejo país” a un “nuevo país” caracterizado por la inseguridad y la imprevisibilidad, en donde los lugares se redefinen y las identidades se ven cuestionadas. Tal y como Feijóo (2001, p.15) afirma *“El “viejo país” se caracterizaba porque (...) la gente era fundamentalmente lo que hacía en el mundo del trabajo y ese hacer en el mundo del trabajo era el organizador de la vida cotidiana.”*

Otras de las transformaciones que se van produciendo en el contexto latinoamericano de los últimos 20 años tiene que ver con los nuevos postulados del neoliberalismo que intenta minimizar las responsabilidades del Estado en lo social, trasladando a la sociedad civil la misión de dar respuestas a las demandas de bienestar (Zampini, 2003).

Desde los organismos internacionales como el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y las Naciones Unidas (ONU) se había incentivado la presencia de “buenos gobiernos” y con ello, a la participación de la sociedad civil en las políticas públicas, fundamentalmente en lo que respecta a las políticas sociales (Mato, 2004).

Sin embargo, la crisis de recursos internacionales condujo a las organizaciones de la sociedad civil a una mayor dependencia con el Estado, sobre todo en el nivel nacional, a la vez que se produce la transformación de estas organizaciones en actores sujetos de los vaivenes políticos-partidarios (Arcidiácono, 2003).

Tomando en cuenta los aportes de Zampani (2003) en el contexto neoliberal de fin de siglo predominó la idea de que a un Estado mínimo le correspondía una sociedad civil máxima, aunque al decir del autor, la experiencia nos muestra que solo vamos a tener una sociedad civil fuerte con un Estado fuerte.

En el caso argentino, la sociedad civil organizada aparece con un escaso nivel de vinculación con los poderes legislativos y con empresas o fundaciones empresarias, lo que la hizo más dependiente del Poder Ejecutivo Nacional a la hora de recurrir a cualquier tipo de financiamiento a la vez que, aquellas organizaciones vinculadas con la Iglesia Católica han presentado un mayor nivel de continuidad en sus programas (Arcidiácono, 2003).

Todas estas modificaciones que se vienen dando en las distintas instituciones que tradicionalmente brindaban bienestar (la familia, el trabajo, el Estado y la sociedad civil

organizada) generan nuevas acciones subjetivas que complejizan cada vez más las dinámicas sociales (Stolkiner, 1997).

Tal y como lo anunciaba Castoriadis (1989) asistimos a un advenimiento de una crisis de las identificaciones, de aquellas significaciones imaginarias sociales que estructuran las representaciones del mundo, que designan lo que se debe y no se debe hacer, que establecen los tipos más característicos de afectos dentro de una sociedad y que en definitiva mantienen a cualquier estructura social unida.

En el contexto actual podemos hablar de un traslado de las libertades públicas y políticas propias de la Modernidad a las libertades psicológicas y con ello a la psicologización de lo social en donde lo personal (lo íntimo) es priorizado por sobre las acciones colectivas (Fernández, 2010).

CAPÍTULO 3

ACERCA DE LA ASOCIACIÓN CIVIL

3.1- Principales características

Se trata de una Asociación Civil sin fines de lucro creada en el año 2008 en el barrio de Villa Luro en la capital de Buenos Aires (actualmente ubicada en el barrio de Flores, CABA) por un grupo de familiares de personas con discapacidad y de profesionales con y sin discapacidad.

La creación de esta sociedad civil organizada obedeció a la experiencia negativa que un grupo de madres y padres tuvo en las diferentes instituciones a las que concurrían sus hijos/as con discapacidad, situación que los llevo a conformar un grupo de reflexión psicosocial en el año 2007 que más tarde tomaría la forma de una Asociación Civil.

Desde su origen hasta la actualidad su principal objetivo es la integración e inclusión social y comunitaria para las personas que se encuentren en condiciones de alta vulnerabilidad social.

Para poder llevar adelante este propósito, desde su estatuto se plantean consideraciones tales como: 1-Promoción humana y social para personas con discapacidad, física, psíquica afectiva y/o social, con o sin familiar de sangre, que por cualquier circunstancia se encuentren fuera de una vida familiar organizada. 2-Cooperación para el desarrollo de los pueblos, mediante programas y proyectos específicos de desarrollo integral y de calidad de vida para la población beneficiaria, en armonía con los intereses del Estado. 3-Organizar actividades culturales y recreativas. 4-Brindar seminarios y talleres de capacitación dirigido a familiares y profesionales de personas con discapacidad y ancianos a cargo. 5-Relacionarse con entidades de iguales características y organismos Municipales Provinciales o Nacionales, Privados o Públicos para el logro de sus objetivos.

Su población objetivo son personas entre 18 y 60 años de edad que demanden servicios de atención en problemáticas vinculadas a la salud mental y/o situaciones de vulnerabilidad social.

Se atiende a la persona de forma individual y/o grupal, mediante un abordaje biopsicosocial y adhiriendo a las leyes nacionales y tratados internacionales vigentes, sobre todo a la

Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (Ley Nacional N° 26.378/2008), poniendo el énfasis en la autonomía ciudadana.

Asimismo, la Asociación Civil tiene en funcionamiento dos dispositivos, el Centro de Día en donde se atienden a personas con discapacidad grave, moderada y leve de origen genético o adquirido con o sin compromiso psiquiátrico y el Centro de Salud Mental ambulatorio, en donde se atienden a personas priorizando la prevención primaria de la salud, abordando el reforzamiento de vínculos familiares, brindando información y escucha así como también realizando trabajo en red con otras instituciones públicas y/o privadas.

Mediante los dispositivos antes nombrados, se desarrolla un trabajo de carácter interdisciplinario con profesionales en musicoterapia, fonoaudiología, psicología, psiquiatría, trabajo social y terapia ocupacional.

Asimismo, se realizan talleres de cerámica, música, lectoescritura y narración, manualidades, artesanías, estimulación temprana, actividades de apoyo para la vida diaria (AVD) y sistema de SACC (Sistemas Aumentativos y/o Alternativos de Comunicación). Dichos talleres, de hasta diez personas, están planificados acordes a los niveles cognitivos y motores de cada integrante del grupo..

La Asociación Civil está conformado por una Comisión Directiva (Presidente, Secretaria y Tesorero) elegida por un período de dos años, una Comisión Revisora de Cuentas elegida por un período de un año y sus Asociados en su carácter de activos o adherentes.

Además, ha sido autorizada para funcionar en carácter de persona jurídica por la IGJ (Inspección General de Justicia) desde el año 2009 y cuenta con doble habilitación, una como Centro de Día y otra como Centro de Salud Mental ambulatorio, ambos dispositivos llevados adelante en su sede social en diferentes horarios y con enfoques específicos.

Su modalidad de atención es abierta a la comunidad y los/as usuarios/as del servicio son atendidos mediante el pago de un bono contribución de valor accesible, aunque si no lo pueden pagar igual son atendidos. Además, para usuarios/as que cuenten con obra social el costo de los servicios por acceder a las terapias con profesionales es cubierto por la misma.

Respecto a los recursos materiales, la Asociación Civil se sustenta a base de donaciones, trabajo de voluntarios/as, pago de cuotas sociales de sus asociados/as y con el pago de los bonos contributivos de sus usuarios/as.

Además, recibe del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación desde el año 2016 alimentos no perecederos una vez al mes a través del cual se hace posible la realización de un comedor gratuito para diez personas en su dispositivo de Centro de Día y también mediante el cual se brindan alimentos para aquellos vecinos/as que los necesiten.

3.2- Sus vínculos y proyectos

La Asociación Civil se vincula con diferentes organizaciones sociales, instituciones, comunas zonales y redes barriales a la vez que lleva adelante distintos proyectos de relevancia social. Desde el año 2010 la Asociación Civil integra la red RE. SO. NO. ME, la cual es una red solidaria conformada por organismos gubernamentales, sociedades civiles y voluntarios/as los cuales se reúnen quincenalmente para articular acciones conjuntas a fin de optimizar recursos disponibles en y para la comunidad, para reflexionar sobre las prácticas cotidianas así como para promover acciones que contribuyan al ejercicio pleno de derecho.

Además, desde el año 2016 integra la red de Flores del Parque Chacabuco en donde confluyen distintas asociaciones comunitarias y religiosas, organismos públicos y privados con el objetivo de generar acciones solidarias, difundir derechos y trabajar en la prevención de adicciones y violencia de género.

También es importante destacar el vínculo de la Asociación Civil con la Comisión de Discapacidad de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) con la cual realiza, entre otras cosas, un trabajo de extensión universitaria posibilitando la presencia de pasantes que realizan sus prácticas pre profesionales en su sede social.

Asimismo, mantiene vínculos con algunas ONGs para la incorporación de voluntarios/as que vienen de otras partes del mundo a realizar un intercambio a partir de la experiencia de participar en actividades dentro del dispositivo de Centro de Día. Y se encuentra continuamente en contacto con otras organizaciones sociales de la ciudad de Buenos Aires las cuales también trabajan con poblaciones de alta vulnerabilidad social.

Por otra parte, la Asociación Civil realiza distintos convenios y proyectos en conjunto con la Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (Ley 447/2000, CABA). Desde el año 2013 hasta la actualidad la Asociación Civil trabaja con el proyecto denominado “Multiplicadores Sociales” siguiendo la línea que propone la Convención de los Derechos para las Personas con Discapacidad (Ley 26.378/2008), en su

versión de Asistente de Apoyo para la Vida Independiente (APVI), inscripto en el Ministerio de Trabajo.

Se trata de un curso de capacitación abierto a la comunidad el cual tiene una duración de 12 clases, divididas en distintos módulos que son dictados por profesionales y en donde las personas que participan reciben un diploma con salida laboral. Además, mediante un convenio firmado con la Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (de ahora en adelante COPIDIS) en el año 2016, los egresados de dicho curso se pueden inscribir en el registro laboral, previo examen de idoneidad.

En el año 2014 se llevó adelante un proyecto de alfabetización para las personas con discapacidad y culminación de estudios básicos para las personas con discapacidad leve. Otro proyecto que se lleva adelante es el denominado Sistemas Aumentativos y/o Alternativos de Comunicación (SAAC) creado para mejorar y potenciar las capacidades de comunicación de las personas con discapacidad, desde niños a adultos. Se trata del uso de formas de expresión distintas al lenguaje hablado (Pictogramas), que tienen como objetivo aumentar y/o compensar las dificultades de comunicación y lenguaje de las personas con discapacidad. .

Dicho proyecto fue llevado a 100 escuelas públicas de nivel inicial previamente seleccionadas mediante un relevamiento hecho por COPIDIS con quien se trabajó de forma conjunta con el objetivo de promover la inclusión en la educación formal de personas con discapacidad.

En el transcurso de este año surge un nuevo proyecto denominado “Marketing para micro emprendedores” que consiste en un curso abierto a la comunidad, el cual se dicta de forma gratuita en su sede social y que tiene una duración de 12 clases divididas en distintos módulos dictados por profesionales.

El objetivo del proyecto es brindarles a las personas que participan las herramientas para que puedan abrir su propio negocio así como también una alternativa para aquellas personas que estén sin trabajo puedan tener una salida laboral.

Se destaca la participación de la Asociación Civil (conjuntamente con otras organizaciones sociales y con el apoyo del Consejo Profesional de Trabajo Social) en la bajada a terreno de la nueva Ley de Salud Mental en Argentina (N° 26.657/2013) y su aporte mediante cinco

puntos que fueron tomados en cuenta en el momento de la implementación de dicha ley, aspecto que se retomará en el capítulo siguiente.

Además, cabe señalar que las actividades desarrolladas en la Asociación Civil han sido declaradas de interés social por la legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el mes de junio de 2018. Un acontecimiento relevante para los integrantes de la misma y por el cual se pone en evidencia una trayectoria de trabajo en el área social y comunitaria dentro del barrio Flores.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la revisión documental y las entrevistas realizadas a integrantes, usuarios/as y familiares de usuarios/as de la Asociación Civil que se toma como estudio de caso. Además, se realiza el análisis e interpretación de los resultados conforme a determinadas categorías teóricas las cuales aparecerán desarrolladas en cada uno de los puntos de este capítulo.

4.1- Enfoque comunitario y relaciones de solidaridad

Como hemos visto en el capítulo anterior la Asociación Civil se caracteriza por trabajar en mejorar la vida de las personas que se encuentran en condiciones de alta vulnerabilidad social. Tal y como dice Galende (2012) la población que se queda en los márgenes, que ha sido desplazada de su territorio original, es la población más vulnerable en salud y salud mental, la que más necesita de solidaridad y también la que más requiere de perspectiva comunitaria.

Por medio de la práctica cotidiana de la Asociación Civil en sus dispositivos de Centro de Día y de Salud Mental Ambulatorio así como también mediante el trabajo con voluntarios/as, con instituciones educativas y en conexión con las comunas barriales de la zona (CESAC), se logra formar pequeños grupos de contención y de ayuda solidaria que sirven para mejorar las condiciones de vida de las personas que más lo necesitan.

Desde un enfoque comunitario y vinculado al tema de la desmanicomialización, la Asociación Civil realiza una atención en salud mental de carácter ambulatorio, con un enfoque biopsicosocial, mediante equipos de trabajo interdisciplinarios, con espacios de escucha, derivaciones a otras organizaciones o instituciones sociales, trabajo en red, entre otros.

En palabras de las personas entrevistadas:

“Hago terapia de psicología y aparte hago apoyo escolar que a mí me viene bien porque me ayuda a rendir bien las materias que tengo que rendir (...) Y además tengo pensado estudiar música con el profe, que es un profe que venía antes acá y me enseñaba piano, guitarra y

eso al piano le agarre un poco la mano (.) Y cuando era chico ya se me notaba que tenía esa orientación como cierta orientación al arte” (Entrevistado N° 4).

“Acá hay actividades abiertas a la comunidad como por ejemplo los talleres de cerámica, si bien son terapéuticos y los chicos trabajan la motricidad y todo ese tipo de cosas, también está abierto a la comunidad. A veces vienen nenas del barrio, digo nenas porque la mayoría son nenas creo que hay un solo nene que también viene y está abierto y pueden venir los familiares si quieren” (Entrevistado N° 5).

“(…) hago yoga, a veces hacemos empanadas cocinamos algo, hacemos cosas para vender, hago cerámica, lectoescritura, voy al curso de acompañante de apoyo y de marketing, de emprendedores (…)” (Entrevistado N°6).

Asimismo, se apunta a generar lazos sociales con vecinos/as del barrio realizando actividades al aire libre así como también cursos y talleres abiertos a la comunidad dictados por personas con y sin discapacidad.

Continuando con los aportes de Galende (2012) se puede decir que la mayor parte de los trastornos mentales afectan en el sujeto su capacidad social por tal motivo es importante tomar en cuenta que la atención en salud mental en la comunidad debe apuntar a la preservación o reparación en el sufriente mental de la vida en común con sus semejantes.

En palabras de las personas entrevistadas:

“Si no existen nuestras redes de contención, entonces, nuestra adaptación pasiva a la realidad hace que nosotros tengamos estos episodios de depresión de crisis y de todos lo que significa llegar a un punto límite donde muchas veces lo que se hace es ir al otro extremo” (Entrevistada N° 1).

“Y mira, muchas veces las personas que están en mi misma situación, muchas veces es como que está fuera, se siente fuera del sistema (…)” (Entrevistado N° 4).

Más allá del trabajo concreto que viene realizando la Asociación Civil, como se verá más adelante, existe un panorama global colmado de desafíos por superar a fin de cumplir con la promesa de un mundo que no encierre y abandone a las personas con padecimiento en salud mental.

Tal y como señala Lewkovich (2006) la exclusión social a partir de prácticas de encierro no se ha terminado por el mero hecho de cerrar los manicomios sino que se ha deslocalizado y privatizado, se trata de una exclusión que ya no recluye sino que expulsa.

Espacios pequeños como este son de gran importancia para generar prácticas sociales que apunten a incluir desde la comunidad, a reconectar los lazos sociales y solidarios de unos con otros y a poner en acción todas las transformaciones que se vienen dando en el modelo de atención en salud mental argentino.

4.2- Rol de las instituciones

Atendiendo el rol de las instituciones, se pudo constatar que existe un enorme desafío vinculado a una mayor participación e involucramiento por parte de los familiares de las personas con padecimiento mental, de vecinos/as del barrio así como también del Estado.

Respecto al ámbito educativo y de trabajo, las personas entrevistadas concuerdan en que son ámbitos que se encuentran debilitados, con falencias y que necesitan ser transformados acorde a lo establecido por la propia demanda de la población así como también por las nuevas normativas nacionales e internacionales del campo de la salud mental.

-Vinculado a la familia

De acuerdo con Arrigada (2007) la familia es una institución social anclada en necesidades universales de base biológica como la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. Además, constituye una organización social en donde se producen relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos.

Tomando en cuenta esta concepción de familia, podemos notar la importancia de la misma en la construcción de cada persona como hecho indispensable para generar vínculos afectivos primarios y de cuidado mutuo.

Asimismo, las familias occidentales aparecen como una de las esferas sociales de relevancia para provisionar bienestar cuando el Estado libera su intervención en lo social a las leyes del mercado dando lugar a sociedades del tipo familistas y mercantilizantes (Esping-Andersen, 1993).

En palabras de las personas entrevistadas:

“(…) quizás la familia no cuenta con otro apoyo, con un sostén para ellos que son los cuidadores y eso, que la familia es como central para el bien estar de todos en realidad tanto para el que tiene un padecimiento como para la familia misma porque necesitan saber cómo manejar la situación, que no es nada fácil, y es importante abordar todo en conjunto” (Entrevistada N° 2).

“Pero lo que pasa es que los familiares tienen sus cosas, sus actividades y se complica. Sin embargo es como que ciertos familiares relegan, como que dicen “bueno centro hacete cargo” y ya está”. (Entrevistado N° 5).

“A veces no es necesario, a veces la familia es una limitación también, tenés que explicarle lo que haces lo que no haces, a dónde vas a dónde dejas de ir. A veces es una limitación para mí” (Entrevistado N° 6).

“Porque hay muchas personas que, o están en un entorno familiar que obstruye la posibilidad de rehabilitación, como que ya está dado así y no hay nada que hacer, es así, es chato, ya no hay posibilidad de evolución, ni de cambio, ni de nada” (Entrevistada N° 7).

Tomando en cuenta los testimonios de las personas entrevistadas, la familia representa un espacio en donde recae la responsabilidad de sostén y provisión de bienestar así como también puede representar un motor o un obstáculo para la vida de las personas que demandan atención en salud mental.

Surge una enorme contradicción dado que en la mayoría de los casos es la propia familia la que se encuentra en situación de vulnerabilidad social, sin herramientas para afrontar las problemáticas de su familiar y por tanto sin posibilidades reales para adquirir la responsabilidad que se le adjudica desde lo social e ideológico.

Siguiendo con los aportes de Esping-Andersen (1993) se puede decir que la dificultad en el acceso de provisión de bienestar por parte de las familias más pobres, ocasionada por la falta de trabajo, demanda la intervención de un Estado que brinde esa provisión mediante protecciones sociales, de salud, de educación, entre otros.

En palabras de las personas entrevistadas:

“Entonces, vos tenés que hacer un tratamiento con esa familia donde ofrecerle un psicólogo al padre, un psicólogo a la madre y un tratamiento ambulatorio al muchacho” (Entrevistado N°1).

“Creo que es súper complicado el tema ese porque depende también mucho del contexto en el que viven la familia y de los recursos con los que cuentan ese tema que es la desigualdad y que lamentablemente se expresa en todas las dimensiones de la vida y el tema de salud mental también” (Entrevistada N° 2).

El trabajo cotidiano de la Asociación Civil se encuentra impregnado de este tipo de problemáticas en relación a la familia las cuales deben ser consideradas a la hora de atender la demanda particular de la persona con padecimiento mental.

-Vinculado al ámbito educativo

De acuerdo con lo que establece la Ley de Educación Nacional Argentina, en sus artículos 42, 43 y 44, se deben proteger los derechos inclusivos que regulan la educación que se denomina aquí como “Especial” desde el nivel inicial hasta el nivel superior. Además, se establece el acceso de las personas con discapacidad a tecnologías, cultura, arte, a personal especializado así como también a una cobertura de servicios de transportes, recursos técnicos o materiales con el objetivo de luchar contra la desigualdad y la discriminación en los ámbitos educativos (Ley N° 26.206/2006).

Desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley N° 26.378/2008) se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a una educación inclusiva, gratuita, de calidad y en igualdad de condiciones que los demás, en la comunidad en la que vivan (art. 24). Además, la educación inclusiva va de la mano al derecho de las personas con discapacidad a vivir una vida de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad (art. 19).

Dicha Convención no establece un nuevo derecho pero si aclara sobre las garantías para ejercer estos derechos y las implicancias específicas para llevar adelante un sistema de educación inclusivo y sin discriminación (Palacios, 2008).

En los hechos coexisten ambos pensamientos y prácticas las cuales representan concepciones antagónicas respecto a la cuestión de la educación y la igualdad de

oportunidades para las personas con discapacidad. Mientras una se fundamenta en la segregación de las personas con discapacidad en escuelas “especiales”, la otra se fundamenta en la inclusión de estas personas en las escuelas denominadas “normales”.

En palabras de las personas entrevistadas:

“(…) una persona con padecimiento, con una enfermedad neurobiológica que tiene secuelas mentales, en las escuelas llamadas públicas y privadas entre comillas “normales” no son recepcionados porque no están preparados entonces te derivan a las escuelas especiales, que las llamaban especiales o centros de días o centros educativos terapéuticos” (Entrevistada N° 1).

“En las escuelas, por ahí cuando viene alguien con alguna discapacidad o se lo ve diferente, entonces a veces no saben, cómo tratar, qué es lo que tienen y cómo hacer con eso, entonces se lo trata como una persona al margen, como que no puede (.)” (Entrevistada N° 3).

“A mí me gusta que me traten igual que a la otra persona pero muchas veces no pasa eso. No muchas veces pasa eso pero tampoco es que la mayoría de las veces me siento como aislado, pero sí me gusta recibir el mismo trato que como tienen con la otra persona también” (Entrevistado N° 4).

“(…) tenemos el proyecto de alfabetización para adultos mayores con discapacidad justamente con distintos colegios, estamos interactuando con los colegios del barrio para que los chicos se integren justamente en colegios de denominación Normal, porque consideramos que tienen derecho a estar incluidos en una educación formal que el título sea reconocido por ley porque lo que pasa después muchas veces con los títulos de las escuelas especiales es que no son reconocidos” (Entrevistada N°7).

Si bien se evidencian avances en materia de derechos para las personas con discapacidad, en los hechos esto no se ve reflejado en las prácticas institucionales de la educación. En consecuencia, se presentan muchas dificultades en materia de igualdad de oportunidades y no discriminación para las personas con padecimiento en salud mental.

Desde la Asociación Civil se busca activar mecanismos de inclusión para las personas con discapacidad mental y/o física mediante prácticas educativas que adquieren la forma de cursos y talleres abiertos a la comunidad así como también se brinda apoyo escolar a las

personas que se han incorporado a las escuelas denominadas “normales” para finalizar sus estudios.

-Vinculado al trabajo

Según lo dispuesto por la Constitución CABA del año 1996, la ciudad debe promover la remoción de obstáculos que impidan el pleno desarrollo de la persona y la efectiva participación en la vida política, económica o social en la comunidad. Además, se establece la ejecución de políticas de promoción y protección integral tendientes a la capacitación, educación e inserción social y laboral (art. 42).

De acuerdo con lo que establece la Ley de “Sistema de Protección Integral de los Discapacitados” (N° 25.689/2002) el Estado Nacional está obligado a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al 4% de la totalidad de su personal y a establecer reservas de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas (modifica art.8 de la ley 22.431/1991).

Desde la Comisión para la Plena Participación Social (COPIDIS) se establece el objetivo de promover la inclusión y fomentar la igualdad de oportunidades, el acceso al trabajo, la educación, la vida independiente y la toma de conciencia por medio de capacitaciones y generando cupos laborales (Ley 447/2000, CABA). Asimismo, la nueva Ley Nacional de Salud Mental (N°26.657/2013) establece la implementación de acciones que aseguren la inclusión social y laboral para las personas con problemáticas en salud mental (art. 11).

Tomando en cuenta el escenario de normativo internacional, desde la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (N° 26.378/2008) se ha establecido que los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo para las personas con discapacidad (art. 27).

Como se pudo observar existe un amplio repertorio normativo vinculado a la inclusión laboral de las personas con discapacidad mental y/o física aunque en los hechos esto no se cumpla, del mismo modo que ocurre en el ámbito educativo.

El Ministerio de Trabajo de la Nación reconoce que como máximo 1 de cada 10 personas con discapacidad tiene trabajo, y que el cupo laboral destinado a personas con discapacidad en

dependencias gubernamentales nacionales no alcanza al 1%, cuando por ley debiera ser el 4% (Sistema de Información para el control Decreto N° 312/10).

La falta de trabajo, de acceso a los cupos laborales, a cooperativas de trabajo o de recursos para desarrollar emprendimientos propios representa una de las grandes dificultades que demandan las personas que concurren a la Asociación Civil.

En la mayoría de los casos nos encontramos con que las personas no han logrado acceder a un empleo estable a lo largo de su trayectoria de vida y en general el único ingreso que perciben es su pensión por discapacidad. Si bien desde la Asociación Civil se llevan adelante distintos cursos de capacitación que aspiran a generar una salida laboral, y si bien se estimula a la persona para que pueda, a partir de su propio trabajo, vivir una vida digna e independiente, el panorama resulta muy desalentador en relación al trabajo.

En palabras de las personas entrevistadas:

“(...) el ámbito laboral hay como una resistencia por los propios prejuicios otra vez, por los estereotipos de por ahí no tener en cuenta a la población con padecimiento mental o con discapacidad, de incluirlos en el trabajo”(Entrevistada N° 2).

“Y en el trabajo por ejemplo he trabajado en algunas cosas pero no así waw (.) Por ejemplo hasta el 2013-2014 estuve trabajando en el MOI y fui parte del MOI también” (Entrevistado N°4).

“No por tener discapacidad no pude conseguir nada, en todos los trabajos me fue mal porque yo estaba mal en aquella época, no estaba preparado para un trabajo (.) Lo que pasa es que si no hay políticas para que haya trabajo nunca va haber trabajo” (Entrevistado N° 6).

Ya sea por prejuicios, por discriminación, por falta de conocimiento de parte de los empleadores o por la falta de aplicación real de todas las normativas existentes, las personas con problemáticas en salud mental se encuentran alejadas de todos aquellos soportes que brinda el acceso a un trabajo remunerado.

Unas de las medidas que se han adoptado para contrarrestar los efectos generados por la discriminación y la falta de oportunidades fueron los denominados talleres protegidos que se desarrollan a nivel nacional.

De acuerdo con lo que establece el Régimen Federal de Empleo Protegido para Personas con Discapacidad (Ley N° 26.816/2012) los talleres protegidos para el empleo, para la producción o los grupos laborales protegidos fueron creados para promover el desarrollo laboral para las personas con discapacidad. Además, quienes accedan a dicho régimen han de recibir una asignación mensual estímulo, no remunerativa, equivalente al 40% o 50% del salario mínimo vigente (art. 26).

En palabras de las personas entrevistadas:

“Es una inserción laboral para personas que no pueden insertarse en el plano laboral convencional pero que necesitan más que un sustento, porque los talleres protegidos son muy poco lo que pagan (...)” (Entrevistada N° 7).

“(...) que puedan hacer talleres que no se le pague un peculio sino que se le pague un sueldo para que puedan vivir. Con un peculio que van a hacer?(.) qué haces compras cuatro o cinco cosas y ya la plata se te fue y eso no le sirve a nadie, ni a una persona con discapacidad o a una persona sin discapacidad” (Entrevistado N°6).

Más allá de las dificultades que de por sí encuentra la persona con padecimiento mental a la hora de acceder a un puesto de trabajo se le agrega un mundo que se estructura en la base de la hipercompetitividad y de la globalización, en términos de Castel (2010), que deja muy pocas oportunidades para la población de mayor vulnerabilidad social.

El desafío más importante respecto a esta institución denominada trabajo es que las personas con discapacidad mental y/o física puedan tener acceso al mismo no solo porque así lo establece el marco normativo nacional e internacional sino como forma de ser considerados iguales y con los mismos derechos que cualquier otro ciudadano.

-Vinculado al Estado

Como ya se ha explicitado anteriormente (Capítulo 2) desde hace al menos 20 años asistimos a un proceso de transformaciones que han determinado la presencia de Estados que desempeñan un papel puramente administrador de aquellos procesos que no pueden gobernar como lo es la globalización y el individualismo creciente (Lewkowicz, 2006).

La presencia de aquel Estado administrativo impregna la realidad argentina y por ende la realidad que vive la Asociación Civil en su trabajar diario con las diferentes problemáticas sociales que afectan a la población de mayor vulnerabilidad social.

En palabras de las personas entrevistadas:

“(...) hasta hace unos años hubo un gran avance con la creación de diferentes organismos no sé como COPIDIS, o el tema de la ley pero sigue habiendo, si como que el Estado no está presente como debería estar o no quiere que es otra cosa y últimamente se está viendo mucho (.) Como que se quiere desarmar todo lo que se había logrado hasta ahora (...)” (Entrevistada N° 2).

“Yo veo que hasta ahora muy poco se está haciendo, siempre una persona que tiene problemas de salud mental y pide algo le dicen “no, no se puede por esto y por esto otro”, en todos lados dicen lo mismo” (Entrevistado N° 6).

“Falta trabajar mucho, faltan muchas políticas del Estado que obliguen a las empresas privadas a capacitarse en problemáticas en salud mental, falta también mucho incentivo de por ejemplo, en todo lo que sea recursos humanos se incentive la formación en salud mental, con posgrados, becas, que la gente este capacitada en lo que es una persona con discapacidad psiquiátrica” (Entrevistada N° 7).

Asimismo, existe una cuestión respecto a la desigualdad social que se generan desde las políticas públicas en salud las cuales se ven reflejadas también en la realidad que atraviesan usuarios/as de los servicios que brinda la Asociación Civil.

De acuerdo con Spinelli (2010) Argentina se distingue del resto de América Latina por su extensa oferta asistencial, por una elevada capacidad técnica y un alto nivel de gasto que no se ve reflejado en todo el territorio por igual, variando según cada provincia o municipio, en el acceso a la atención y en la cobertura prestaciones, poniendo en evidencia las profundas desigualdades que se expresan desde las políticas públicas del Estado.

En relación a la salud pública argentina, si bien es considerada universal (Reforma constitucional, 1994) y mantiene una modalidad de atención en donde coexisten tres subsectores, la salud pública, la seguridad social y la salud privada, en los hechos existen

varios desafíos prácticos en términos de igualdad y demanda así como en la concesión de servicios (Repetto y Dal Masetto, 2012).

En palabras de las personas entrevistadas:

“Es complicado, sobre todo en obras sociales o pre pagas las personas que tienen pre paga que es una cobertura de tratamientos que es aparte, que no es obligatorio tener, es una cuestión más privada que te permite a accesos a tratamientos más privados. Pero en las obras sociales por ahí hay más trabas, en conseguir las cosas, porque es todo muy burocrático como que tenés que hacer un montón de trámites. Bueno, por ejemplo pasa que en las obras sociales te cubren terapias pero te cubren yo qué sé 20 sesiones y después empieza a pagar” (Entrevistada N° 3).

“Antes yo iba para hacerme mis chequeos iba al hospital Durand pero qué pasa, ahora me sonaron porque los médicos de cabecera que yo tengo que tener prácticamente ya no están más en los hospitales (.) Están en los CESAC, y ahí me sonaron [...] Creo que ya es el momento de que la actualicen no solamente para mí sino para todos, que pueda tener una mejor atención y una mejor calidad de vida también. A veces creo que depende de las cuestiones burocráticas de las obras sociales” (Entrevistado N°4).

Como se ve reflejado en los testimonios de las personas entrevistadas, se evidencia una desigualdad en el acceso a las protecciones de la salud que afecta nuevamente a las personas que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

Si bien desde la Asociación Civil se mantiene una modalidad de atención en salud mental que busca ser accesible a las personas con menos recursos esto resulta insuficiente teniendo en cuenta el repertorio de políticas públicas que acrecientan la desigualdad social.

4.3- Participación social y toma de decisiones

Tal y como afirma Pizzorno (1975, p.19) cada uno participa al menos potencialmente, con el *“coeficiente de diferenciación y desigualdad que caracteriza su posición dentro del sistema de intereses privados.”*

En lo que respecta a la Asociación Civil se pudo constatar que la misma representa un espacio propicio para la participación social y la toma de decisiones en relación al campo de

la salud mental argentino, sobre todo en lo que tiene que ver con los cambios que se vienen produciendo en el modelo tradicional de atención de la salud mental.

En palabras de las personas entrevistadas:

“Nosotros tenemos que trabajar en forma independiente en un equipo interdisciplinario también, eso es un aporte muy grande que tenemos que seguir trabajando pero ese es un aporte de la ley de Salud Mental que nosotros hemos logrado e introducido. Eso logramos introducir como organización, son 5 puntos que aportamos por medio de la participación que hemos tenido nosotros dentro de ese conglomerado de instituciones públicas y privadas que han participado en la reglamentación de hecho fuimos unos de los que llevamos la carta a la presidenta Fernández de Kirchner” (Entrevistada N° 1).

”En los hechos históricos que se van sucediendo te dan la oportunidad de participar en la ley 448, nosotros nos reuníamos y veíamos antes de Cromañón. Después de eso hemos luchado mucho para que se bajara a terreno todo esto de los equipos interdisciplinarios porque veíamos que nuestros hijos eran tratados solo como objetos de intervención no sujetos de derecho. Cuando vino la Convención en el 2008, con la ley 26.378, vimos una oportunidad de seguir bregando en que tiene que haber otro tipo de dispositivos que no sean solamente los de asistencialismo o los de encierro sino de empoderamiento de la persona” (Entrevistada N° 1).

En términos de toma de decisiones, la Asociación Civil conjuntamente con otras organizaciones sociales y con el apoyo del Consejo Profesional de Trabajo Social logran incorporar cinco puntos para la implementación de la nueva Ley Nacional de Salud Mental. Entre los aspectos más relevantes que se plantearon en estos cinco puntos encontramos por una parte, la apertura en todos los hospitales públicos de 30 camas para la atención en las guardias a personas con padecimientos mentales y por el otro, el apoyo financiero a las ONGs y a los nuevos dispositivos por parte de la Dirección Nacional de Salud Mental para la realización de cursos de capacitación al personal de apoyo para la autonomía de las personas con discapacidad así como también para la realización de talleres donde se logre bajar a terreno esta nueva Ley de Salud Mental.

Asimismo, también se planteó la inscripción de los profesionales Licenciados en Trabajo Social en el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Servicios de Salud como parte de los equipos interdisciplinarios.

Más allá de los aportes que viene realizando la Asociación Civil y todo lo que se ha logrado en materia de concreción de derechos, aún existe una cuestión conflictiva entre lo viejo y lo nuevo, una tensión que resulta el desafío constante de cualquier práctica que se lleve adelante dentro del ámbito de la salud mental.

En palabras de las personas entrevistadas:

“Porque es como que bueno, está la ley pero de ahí que se lleve a cabo todo lo que implica, sacaron las camas de los hospitales pero no construyeron otros dispositivos como las casas de medio camino, los talleres protegidos, hay una falencia grande pero bueno yo creo que más dispositivos como este, como el Centro de Salud Mental ambulatorio, debería replicarse en otras zonas donde no hay nada, en provincia no hay nada” (Entrevistada N° 2).

“Nosotros siempre decíamos que estábamos en contra de los cierres de los hospitales porque decíamos que en vez de cerrar había que modernizarlos, abrir a la sociedad y crear nuevos dispositivos, hemos debatido mucho y hay un tope que es el 2020 pero ya estamos en el 2018 y dista mucho entonces (.) Todavía se abren clínicas” (Entrevistada N° 1).

Espacios participativos y de toma de decisiones como los que genera la Asociación Civil son de relevancia a la hora de contrarrestar el peso de los intereses creados en relación a las transformaciones que se vienen dando en el modelo de atención en salud mental argentino. Asimismo, los vínculos que mantiene la Asociación Civil con otras organizaciones o instituciones sociales habilitan también a que se generen espacios de participación e intercambio con otras esferas de la sociedad y también con otras problemáticas sociales. Tal es el caso del trabajo en red que se lleva adelante con distintos centros de la comuna de Flores en donde se trabaja con temas vinculados al consumo problemático de drogas, la familia, violencia de género, entre otros.

Resulta importante su participación en otras áreas como lo son las Universidades públicas y privadas, mediante trabajo interdisciplinario e intersectorial así como también con organismos del Estado como en el caso de los proyectos que realiza con COPIDIS.

4.4- Creando conciencia e inclusión social

Las personas en situación de discapacidad en Argentina alcanzan el 7.1 % de la población total, esto es aproximadamente 2.176.123 personas en donde 1.010.572 son varones y 1.165.551 son mujeres. (ENDI 2002/3). Asimismo, las tres cuartas partes del total de la población con discapacidad han adquirido una o más deficiencias en su ciclo vital ya sea por enfermedad, por accidentes o por otras situaciones (ENDI 2002/3).

Aproximadamente un 15% de la población total padece una situación de discapacidad y en la medida que aumenta la edad de la población, aumenta la proporción de los problemas mentales (Liliana Pantano, 2005).

Si bien estos datos son meramente informativos es importante tomar conciencia que cuando nos referimos a las problemáticas en salud mental estamos hablando de un fenómeno social que trasciende cualquier individualidad.

Desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley N°26.378/2008) se pone de manifiesto que los Estados Partes deben comprometerse a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes tendientes a la sensibilización de la sociedad, la lucha contra los estereotipos, prejuicios, etc. así como también promover la toma de conciencia acerca de las capacidades y aportaciones de las personas con cualquier tipo de discapacidad (art.8).

Tomando en cuenta la práctica concreta de la Asociación Civil se pudo constatar la existencia de un arduo y desafiante trabajo en el intento de romper las barreras de los prejuicios y la estigmatización.

En palabras de las personas entrevistadas:

“la estigmatización de las personas es la causa fundamental por ejemplo para no ir a compartir una plaza por ejemplo para no ir por ejemplo un chico con autismo, con un autismo grave o con asperger (...)” (Entrevistada N°1).

“Creo que mitiga mucho el prejuicio, lo que no se sabe por desconocimiento, por miedo a lo desconocido, campaña de concientización, quizás es difícil de implementar pero es necesario que se conozca para que se le pierda el miedo” (Entrevistado N° 5).

“Mucho los prejuicios de que las personas con una discapacidad psiquiátrica tienen que estar en situaciones de encierro, entonces como que no se entiende, no se instaló todavía el tema del tratamiento a puertas abiertas (...). Entonces, la gente tiene mucho en el imaginario que la persona con discapacidad psiquiátrica está siempre descompensada y no es así” (Entrevistada N°7).

De acuerdo con Carpintero (2009) las enfermedades mentales se manifiestan a través de conductas alteradas o desviadas de aquello que se considera normal según la cultura dominante del conjunto de la sociedad en una época determinada, así por ejemplo, en la Edad Media lo normal era cumplir con la moral religiosa y quienes no lo hacían eran considerados personas diabólicas, quemadas y exhibidas en las ferias. En el mundo de hoy asistimos a formas de estigma que si bien no llegan a ser tan explícitas y sanguinarias como en la Edad Media son altamente dañosas y duras para las personas que las padecen.

El no poder acceder a una educación normal, a un empleo estable, a un tratamiento de calidad y en definitiva el no ser incluidos dentro del sistema, constituye problemáticas que trascienden el campo específico de la salud mental y requieren de una atención desde lo social y lo político.

Se pueden destacar como hecho relevante lo dispuesto por la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley N°26.378/2008) respecto a que los Estados Partes deben asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de apoyo que faciliten su existencia y su inclusión en la comunidad y eviten su aislamiento o separación de ésta (art. 19).

Por su parte, la Asociación Civil trabaja en concordancia con las disposiciones de dicha Convención brindando en su sede social capacitación en sus cursos de Asistente de Apoyo para la Vida Independiente (APVI) así como también impartiendo diferentes actividades que buscan generar espacios de inclusión social.

En palabras de las personas entrevistadas:

“En realidad lo que nosotros en estos proyectos abordamos es que hay que trabajar la autodeterminación de la persona, hay que fortalecer el autoestima, hay que brindarle equipos de contención, hay que brindarle asistente de apoyo, lugares de referencia, que no se sientan abandonados en caso de crisis porque va la crisis en aumento” (Entrevistada N° 1).

“(…) en el taller de inclusión comunitaria los martes que es a la mañana, se busca que las personas con discapacidad se incluyan en la sociedad. Más que nada para que lleven una vida como cualquier otra persona, que salgan, que conozcan como viajar, que medios de transporte tienen, cómo funcionan los medios de transporte, que hagan una vida cotidiana como cualquier otra persona. Que vayan a un museo, que conozcan otros lugares nuevos que capaz nunca fueron y que también las personas del barrio, de la plaza que esta por acá cerca los empiecen a reconocer a ellos o a la institución, para que vean que son como cualquier otra persona y que ellos también tengan otro espacio para socializar” (Entrevistada N° 2).

“Y mira, pequeños espacios de contención como este son un primer paso donde las personas con padecimiento en salud mental que vienen a un lugar así encuentran contención y desde ahí pueden trabajar” (Entrevistado N° 5).

Asimismo, otro acontecimiento relevante en la órbita de lo normativo fue lo dispuesto por el Código Civil y Comercial de la Nación (Ley N° 26.994/2014) en donde se establece que para cada acto médico e investigación en salud debe existir una declaración de voluntad expresada por el paciente, excepto en casos de disposición legal (art. 59).

En palabras de las personas entrevistadas:

“Cualquier terapia que vos quieras hacer, cualquier cosa médica, está el consentimiento informado (.) que no te obligan a internar, nadie te puede obligar si vos estás bien y si vos estás mal que sos un peligro para vos y para terceros y para uno, ahí si te internan” (Entrevistado N° 6).

“Ahora se hizo una renovación del Código Civil que justamente hay como una renovación de los derechos de las personas con discapacidad intelectual y psiquiátrica a decidir con apoyos en la medida que su capacidad le permita, y lo que su capacidad no les permita, digamos estar guiada por apoyos, pero que tengan autonomía para decidir lo que puedan decidir y lo que no puedan decidir obviamente, bueno va tutelado como antes” (Entrevistada N° 7).

Se puede visualizar que hay un avance en el reconocimiento de la autonomía e independencia de las personas con padecimiento mental así como también de la necesidad de apoyos para que dichas personas puedan incluirse de forma positiva dentro de la sociedad.

Se evidencia un nuevo enfoque que favorece la disminución de prácticas indiscriminadas de encierro y de abusos de poder a la hora de atender las problemáticas en salud mental de la persona.

Desde la Asociación Civil se plantea el desafío de seguir trabajando para la inclusión social de las personas con discapacidad y en la medida de lo posible ir concientizando desde su espacio para que haya una sociedad que vea en la diferencia una oportunidad y no una amenaza.

CONSIDERACIONES FINALES

Atendiendo a la comprensión del fenómeno de la salud mental desde sus dimensiones socio-políticas se pudo constatar que a lo largo de la historia han prevalecido ciertos tipos de creencias y prácticas que determinaron un modelo de atención en salud mental basado en la ideología dominante de cada época.

Se podría decir que la esencia del campo de la salud mental se construye desde su propio tiempo y espacio, por lo que cabe preguntarnos si *“¿Acaso podría pensarse que el feudalismo, el “socialismo” o el capitalismo del “Estado de Bienestar”-por citar algunos ejemplos-no incidieron en algunos comportamientos, costumbres, formas de vida, objetivos, fantasías, deseos, angustias, etc. de los individuos de su tiempo, es decir en la pica(pato)logia de los llamados sujetos, con todo lo que esto implica de sujeción?”* (Guinsberg, 2001, p.17).

La historia nos muestra el predominio de prácticas de encierro, de abusos de poder y de muertes que afectaron de forma indiscriminada a las personas con padecimiento en salud mental y que fueron legitimadas por la sociedad de su época.

En siglo XVIII predominó la idea de que las personas con problemáticas en salud mental debieran ser encerradas en instituciones psiquiátricas como forma de control y disciplinamiento social.

Mientras que en el siglo XIX las prácticas de encierro adoptaron la forma del modelo médico-científico basado en la supresión de síntomas y en la reclusión de la persona con problemáticas en salud mental.

Los movimientos sociales que surgen desde mediados del siglo XX desarrollan una propuesta nueva que rompe con las nociones y creencias tradicionales dando lugar al nacimiento de un nuevo paradigma en salud mental.

El contenido innovador de esta nueva propuesta radica en abordar a la salud mental desde un enfoque social, ubicando el eje del problema en las desigualdades sociales en lugar que en factores biológicos.

Asimismo, el desarrollo de estos movimientos y organizaciones dentro del contexto latinoamericano representan, al decir de Ardila y Stolkiner (2010), una gran fuerza en

materia de derechos humanos que habilitan el surgimiento de nuevos actores sociales y rompen con la tendencia corporativa del campo de la salud mental.

Como se ha visto en el presente trabajo, en la actualidad convivimos con ambos modelos de atención en salud mental -el médico-científico y el social- que evidencian viejas y nuevas perspectivas que se encuentran en continuo conflicto y tensión.

Si bien desde los nuevos marcos normativos nacionales e internacionales se establecen respuestas legales para romper con siglos de instituciones de encierro, de estigma y de acceso desigual a las oportunidades para las personas con discapacidad, en los hechos existen enormes dificultades para llevar a la acción las propuestas escritas.

Se plantea el trabajo interdisciplinario, intersectorial, con perspectiva comunitaria y de inclusión social pero sin embargo siguen prevaleciendo instituciones que excluyen, abandonan y que no han podido acompañar todos los cambios que se vienen dando en el campo de la salud mental.

Asimismo, las transformaciones en las organizaciones sociales que afectan fundamentalmente a la composición de las familias, los cambios en el mundo del trabajo así como también la falta de intervención del Estado en lo social, repercuten negativamente en las condiciones de vida de las personas con padecimiento mental.

Surge la incógnita de cómo brindar respuestas a las diferentes problemáticas sociales que se presentan en la actualidad y cómo lograr bajar a tierra todos estos aspectos normativos dentro del contexto nacional y regional.

Tal y como señala Breilh (2013) los países latinoamericanos se encuentran desde hace cinco siglos llevando una vida subalterna, marcada por formas destructivas de trabajo, privaciones de consumo, limitaciones en el acceso a los bienes que brinda el Estado y una imposibilidad impuesta para ejercer los derechos políticos y humanos escritos en los textos.

Tomando en cuenta la práctica concreta de la Asociación Civil se pudo constatar la existencia de grandes dificultades por parte de las instituciones como la familia, el trabajo, la educación y el Estado a la hora de brindar respuestas a las diferentes problemáticas que afectan a la población de mayor vulnerabilidad social.

Sobre todo existe una gran dificultad en materia de inclusión social y enfoque comunitario que pone en evidencia, al decir de Galende (2012), la necesidad de una exigencia racional que nos permita comprender en las condiciones de vida actual el sufrimiento mental en relación con el otro.

Entender a la salud mental desde sus dimensiones sociales y políticas implica avanzar en la construcción de lazos sociales con nuestros semejantes y en el compromiso para lograr una sociedad más igualitaria y solidaria.

Implica además, reflexionar sobre las problemáticas en salud mental más allá de las etiquetas y las clasificaciones de aquello que se postula como “normal” o “anormal” para el conjunto de la sociedad.

Resulta imprescindible recuperar el valor de lo político, en palabras de Fernández (2010, p.10), “*Necesitamos instituciones donde se despliegue lo político. Políticas en Salud, políticas en Educación que permitan a las instituciones públicas no perder - recuperar un antiguo y básico sentido- ser los pilares de la igualdad de oportunidades.*”

Pequeños espacios como el que representa la Asociación Civil son lugares valiosos para desarrollar mecanismos de inclusión social, con un enfoque comunitario y en donde se pueda potenciar lo político.

Sin embargo, no se puede obviar que experiencias tan singulares como esta son la excepción más que la regla por lo que resulta indispensable aumentar los esfuerzos, sobre todo en términos de participación social y toma de decisiones.

Para seguir avanzando es necesario que haya un mayor involucramiento de vecinos/as, de familiares y de organizaciones sociales para que puedan constituirse como fuerza potente y llevar adelante las demandas sociales desde abajo hacia arriba.

Si bien se pudo visualizar que los cambios en el modelo de atención en salud mental que ha incorporado favorablemente la Asociación Civil representan un gran paso en materia de derechos humanos sin embargo atendiendo al contexto nacional y regional aún queda mucho por hacer.

Desde lo social y político se evidencian avances y retrocesos que ponen en evidencia a un campo de la salud mental impregnado de contradicciones y conflictos que ameritan al menos una reflexión.

El camino recorrido desde la elección del presente estudio de caso hasta la creación y finalización del mismo estuvo impregnado por la idea de profundizar en los conocimientos y comprensión sobre el fenómeno de la salud mental.

Sin pretensión de generalizar a otros casos, se deja abierta la puerta para seguir avanzando en la comprensión sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA

Alcaron, R. (1990). *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana, Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. México: CEPAL.

Arcidiácono, P. (2003). "Reconstrucción de las identidades y resurgimiento de lo político: la alternativa de los nuevos movimientos sociales". En Reigadas, M y C. y Cullen, C. (comps.) *Globalización y nuevas ciudadanías*. Mar del Plata: Suárez.

Ardila, S. y Galende, E. (2011). "El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria", *Revista Salud Mental y Comunidad*. N° I, pp. 39-50. Buenos Aires: UNLa.

Ardila S. y Stolkiner, A. (2010). "Los derechos humanos: Categoría central para la evolución de programas y servicios de salud mental." En: *Trauma, Historia y Subjetividad*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Arraigada, I. (comp). (2007). *Familia y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros*. Santiago de Chile: CEPAL N°96.

Bang, C. (2014). "Estrategias Comunitarias en salud mental: Construyendo un trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas", Universidad de Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). *Psicoperspectivas*, 13 (2), pp.109-120. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-69242014000200011&script=sci_arttext#go
[Consultado 28-09-2018]

Basaglia, F, (1975). *Psiquiatría, Antipsiquiatría y orden manicomial* [con Castel y otros]. Madrid: Barral.

BID (2004). *Discapacidad y Reducción de la Pobreza: Incluyendo la Discapacidad en la Agenda de Desarrollo*. Documento conceptual. Washington, D.C: Departamento de Desarrollo Sostenible.

Breilh J. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol. 31, pp.13-27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
[Consultado 30-08-2018]

Carballeda, M. (2008). "Problemáticas sociales complejas y políticas públicas", *CS*, (1), pp. 261-272. Disponible en: <http://www.margen.org/carballeda/Problematicas%20sociales.pdf>
[Consultado 05-09-2018]

Carpintero, E. (2009). *Normalidad y normalización. La salud es soporte de la anormalidad que nos hace humano*. Disponible en:

<https://www.topia.com.ar/articulos/normalidad-y-normalizaci%C3%B3n-la-salud-es-soporte-d-e-la-anormalidad-que-nos-hace-humanos> [Consultado 12-10-2018]

Carpintero, R. y Vanier, A. (2005). *Las Huellas de la Memoria I y II*. Psicoanálisis y Salud Mental en Argentina de los 60 y 70. Buenos Aires: Topia.

Castoriadis, C. (1986). *A instituicao imaginária da sociedade*. Río de Janeiro: Paz e Terra.

Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.

Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Cohen, J. L. y Arato, A. (2000). *Sociedad civil y teoría política*. México: FCE

Cohen, H. y Natella, G. (coords.) (1995). *Trabajar en Salud Mental: La desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.

Constitución CABA (1996). Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/cp_cuidaddebsas.pdf [Consultado 20-10-2018]

Declaración de Alma-Ata (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Salud Pública Educ Salud 2002, 2(1), pp. 22-24. Disponible en: <http://www.isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Declaracion-Alma-Ata.pdf> [Consultado 05-09-2018]

Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (1971). Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/2017/02/Declaraci%C3%B3n-de-los-Derechos-del-Retrasado-Mental.pdf> [Consultado 07-09-2018]

Declaración de Caracas sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Atención Primaria. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (1990). Caracas, Venezuela. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf [Consultado 29-08-2018]

Decreto N° 457/2010. Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/165815/norma.htm> [Consultado 05-09-2018]

Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Alfons El Magnánim.

Feijoo, M. Del C. (2001). *Nuevo país, nueva pobreza*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Fernández, A. M. (comp.) (2010). *Instituciones Estalladas*. Buenos Aires: universitaria.

Foucault, M. (2000). *Los anormales. Clase del 8 de enero de 1975. Clase del 15 de enero de 1975*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Galende E. (1994). “*Modernidad: individuación y manicomios*”. En: Políticas en Salud Mental. Buenos Aires: Lugar.

Galende, E. (Ed) (2012). *Salud Mental Comunitaria*. Buenos Aires: UNLa.

Guinsberg, E. (2001). *La Salud Mental en el Neoliberalismo*. México; Plaza y Valdés. S.A. de C.V.

Goffman, E. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu

Goffman, E. (1988). *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos. Buenos Aires: Amorrortu

INDEC (2005). Primera Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI, 2002/3). Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, Argentina, 2001. Disponible en: http://www.indec.gov.ar/webcenso/ENDI/ampliada_index2.asp?mode=01 [Consultado 28-10-2018]

Kraut, A.J. y Diana, N. (2013). *Sobre la reglamentación de la Ley de Salud Mental*. Publicado en LA LEY el día 08/07/2013, Sumario I, p. 1, Ley 26657 (2010).

Lewkowicz, I (2006). *Pensar sin Estado*. La subjetividad en la era de la fluidez. Buenos Aires: PAIDÓS.

Ley N° 22.431/1983. “Sistema de protección integral de las personas discapacitadas”. Argentina.

Ley N° 2440/1991. “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”. Provincia de Rio Negro. Argentina.

Ley 24.901/1997. “Habilitación y Rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”. Argentina.

Ley N° 447/2000. “Ley marco de las políticas para la plena participación e integración de las personas con necesidades especiales”. Argentina.

Ley N° 448/2000. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Ley N° 25.280/2000. “Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”. Guatemala.

Ley N° 26.206/2006. Ley de Educación Nacional. Argentina.

Ley N° 26.378/2008. “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo”. Argentina.

Ley N° 26.657/2010. Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto reglamentario N° 603/2013. Argentina.

Ley N° 26.816/2012. Regimen Federal de Empleo Protegido para las Personas con Discapacidad. Argentina.

Ley 26.994/2014. Código Civil y Comercial de la Nación. Argentina.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, L., Rodríguez, A. y Aparicio A.M. (2008). *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental*. Una estrategia compleja basada en la información disponible, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría XXVIII (sin mes), pp. 43-83. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265019652004.pdf> [Consultado 15-10-2018]

Mato, D. (coord.) (2004). *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela.

Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. y Guillen, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental*. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Complutense.

Olvera Rivera, A.J. (coord.). (1999). *Sociedad civil y democracia: de la teoría a la realidad*. México: CES-El Colegio de México.

OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra.

OPS/OMS (2002). La salud de las Américas (Volumen I). Washington, D.C: OPS/OMS.

Oszlak, O. (2003). "El mito del Estado mínimo: Una década de reforma estatal en Argentina". Desarrollo Económico, vol 42, No.168 (enero-marzo), pp.1-28. Buenos Aires: Argentina.

Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como cuestión derechos humanos. Una aproximación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Cinca.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI.

Pizzorno A. (1975). "Introducción al estudio de la participación política". En: Pizzorno A, Kaplan M, Castells M. Buenos Aires: Siap-Planteos.

Quercetti, F. Parenti, M. y Stolkiner, A. (2015). "Desafíos en el Campo de la Salud Mental Argentina: Un análisis a la luz de los actuales procesos de globalización y las políticas regionales". VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Samaniego, P. (2006). *Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en América Latina*. Madrid: CEREMi.

Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y al psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Vilas, C. M. (n.d). *Pensar el Estado*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús. Disponible en:

http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/pensar_el_estado_carlos_m_vilas_2017.%20Carlos%20Vilas.pdf [Consultado 25-08-2018]

Villaverde, M. S. (2008). “*La nueva Convención sobre Derechos Humanos (ONU)*”. En clave de derechos civiles y políticos. En: Rosales, P. (2008). Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26.378). Jurisprudencia Argentina. Fascículo N° 9. Buenos Aires: Abeledo Perrot.

Repetto, F. (2010). “*Coordinación de Políticas Sociales: Abordaje Conceptual y Revisión de Experiencias Latinoamericanas*”. En: Los Desafíos de la Coordinación y la Integralidad de Las Políticas y Gestión Pública en América Latina, Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros, Buenos Aires. pp. 47-84.

Ramos, C. y Milanese, A. (2016) “*¿Un Neoweberianismo imperfecto? Descifrando el modelo de gestión pública en el Uruguay durante los gobiernos del Frente Amplio*”, Gustavo Blutman y Horacio Cao (Eds): Estado y Administración Pública: paradojas en América Latina. Universidad de Buenos Aires, pp. 248-279.

Repetto, F. y Potenza Dal Masetto, F. (2012). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe*. Argentina: CEPAL.

Pantano, Liliana (2005). *Estadísticas de Discapacidad en el Cono Sur*. Informe acerca de antecedentes de datos sobre discapacidad en Argentina: BID. Disponible en: <http://www.iadb.org/sds/doc/soc-argentinaantecedentesdatosdiscapacidad-s.pdf> [Consultado 25-10-2018]

Spinelli, H. (2010). “*Las dimensiones del campo de la salud mental en Argentina*”. Salud Colectiva, vol.6, nro. 3, pp. 11-19. Buenos Aires: Universidad de Lanús. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004 [Consultado 18-09-2018]

Testa M. (1993). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar (Colección Salud Colectiva).

Zampini, R. (2003). La Sociedad Civil Organizada: revisando conceptos para su comprensión. IV Conferencia Regional ISTR-LAC San José, Costa Rica. Disponible en: <http://www.lasociedadcivil.org/wp-content/uploads/2014/11/robertozampani.pdf> [Consultado 05-10-2018]

Stolkiner, A. (1994). “*Tiempos posmodernos : procesos de Ajuste y Salud Mental*”. En: Osvaldo S. y Pablo T. (comps). Políticas en Salud Mental. Buenos Aires: Lugar.

Stolkiner A. (1997). “*Ciudadanía, vida cotidiana y subjetividad*”. En: Nuevos Escenrios-nuevos modelos de atención. Rosario: Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.