

**Bondi Salud: Arcieri S, Bang C, Benetti C, de Berardis Luciano, di Pasquo E, Fernandez Romeral J, Pierri C, Riveros B, Rojtenberg C, Varela L, Verdún L, Yornet C**

**Presentado el 17-5-14 en Jornada de Salud Pública – Salud Mental “Avances, obstáculos y actores en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: desafíos para la formación de los profesionales en salud mental” Fac Psicología UBA**

**El camino recorrido en el desarrollo de experiencias comunitarias en salud mental: recuperando experiencias locales**

**Sub-ejes: Salud mental comunitaria, APS y Salud mental.**

Introducción: Bondi Salud, colectivo de trabajo en promoción de la salud mental a través del arte, la creatividad y el juego, definió como problema a trabajar en el período 2014-2015 la gran distancia entre el ámbito académico y las experiencias de trabajo comunitario en salud mental. Esta distancia se traduce muchas veces en una falta de articulación entre el discurso del nuevo paradigma y el reconocimiento de prácticas que se han desarrollado desde esta lógica. Por esta razón es que, a partir del problema planteado, se definió como una de las líneas de trabajo de Bondi Salud para los próximos años la re-visibilización de experiencias existentes en salud mental comunitaria en el ámbito local.

Objetivos: Teniendo en cuenta el problema antes planteado, el presente trabajo se propone recuperar dos experiencias puntuales que pueden ser consideradas como antecedentes de las prácticas y dispositivos que la Ley Nacional de Salud Mental promueve. Se pretende, a través de la historización y sistematización, fomentar en los estudiantes, los profesionales de la salud y la comunidad en su conjunto el reconocimiento de prácticas llevadas adelante en el marco de un modelo de atención en salud mental centrado en el sujeto y la comunidad, y no en lo asilar.

La primera experiencia es el Centro Piloto de Comunidad Terapéutica que funcionó en el Hospital Esteves entre 1968 y 1971, dispositivo de salud mental comunitaria pionero en nuestro país.

La segunda es el Plan Piloto de Salud Mental y Social Boca Barracas que tuvo lugar entre 1985 y 1989. Esta experiencia estuvo orientada por la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con fuerte inserción y participación de la comunidad.

Conclusiones: Las experiencias recuperadas demuestran que no hay que empezar de cero para instalar en el campo de la salud mental alternativas al modelo manicomial, el cual, pese a su hegemonía, ha demostrado su ineficacia pensando no solo en el padecimiento psíquico de las personas a las que asiste, sino también en cuanto a su sustentabilidad.

Por el contrario, el Centro Piloto de Comunidad Terapéutica y el Plan Piloto de Salud Mental y Social Boca Barracas obtuvieron resultados exitosos en tanto promovieron y garantizaron muchos de los derechos enunciados en la Ley Nro. 26657. Los momentos político-económicos en los cuales se desarrollaron precipitaron su finalización, imposibilitando que se sostuvieran en el tiempo. Cabe pensar que en el contexto actual se allana el camino para la creación y permanencia de nuevas experiencias. Las condiciones de viabilidad, con un marco legal que sostiene y garantiza, nos convocan a tomar la posta hoy.

Discusión: Entendemos que la distancia planteada en la introducción se constituye en un obstáculo a la hora de la formación de los profesionales de la salud que tendrán que implementar la Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657. La idea que más ampliamente ha circulado sobre dicha ley es en relación a los derechos de las personas con padecimiento psíquico y a las limitaciones a la internación, pero queda mucho por desplegar aún en cuanto a las alternativas a esta práctica. Más aún, las modalidades de abordaje propuestas en la ley encuentran poco espacio en la currícula académica actual, generando muchas veces entre los estudiantes (y también en la comunidad) la idea de que las alternativas al modelo manicomial son lejanas, escasas y muy difíciles de llevar a cabo, visualizándose así la implementación de la ley más como una utopía que como una posibilidad real. El trabajo realizado instala una pregunta que se convierte en un desafío a trabajar en el futuro inmediato: ¿cómo hacer que los espacios de encuentro y la recuperación de experiencias posibiliten la producción de nuevos dispositivos centrados en la prevención y promoción de la salud mental?

### **INTRODUCCIÓN**

Bondi Salud es un colectivo de trabajo en promoción de la salud mental a través del arte, la creatividad y el juego. Trabaja desde la estrategia de promoción de salud, entendiendo a la salud en general y a la salud mental en particular tal como la define la Ley Nacional de Salud Mental, es decir “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (LNSM, 2011).

Para el año en curso Bondi Salud definió como problema a trabajar “la gran distancia entre el ámbito académico y las experiencias existentes de trabajo comunitario en salud mental”, y como territorio la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Pensando las causas del problema sobre las que se tenía injerencia, se delinearon luego dos grandes líneas de acción:

a) Creación de espacios de formación y discusión sobre experiencias comunitarias en salud mental.

b) Comunicación y revisibilización de las existentes en el ámbito local.

El presente trabajo se enmarca en esta segunda línea de acción pues se propone recuperar dos experiencias puntuales que pueden ser consideradas como antecedentes de las prácticas y dispositivos que la Ley Nacional de Salud Mental promueve: el Centro Piloto de Comunidad Terapéutica que funcionó en el Hospital Esteves y el Plan Piloto de Salud Mental y Social Boca Barracas. Ambas reúnen características promovidas actualmente por la Ley Nº 26.657 en distintos momentos históricos y desde diferentes espacios (la primera desde dentro del hospital psiquiátrico y la segunda desde el trabajo con la comunidad). Resulta significativo que las dos propuestas se plantearon como experiencias piloto contrahegemónicas en el marco de un sistema de salud donde el modelo asilar manicomial primaba. Es interesante poder retomarlas hoy, cuando se avanza en la construcción de un paradigma en salud mental fundado en el enfoque de derechos.

Bondi Salud agradece el inmenso aporte del Dr. Miguel Vayo y de la Lic. Graciela Cohen, protagonistas de estas historias.

#### **LA EXPERIENCIA DEL CENTRO PILOTO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL HOSPITAL ESTEVES**

“Y entre tantos olvidos es necesario insistir que el Esteves es un lugar histórico de nuestra Salud Mental. Porque allí se libró una de las batallas más importantes contra el poder manicomial (...)”A. Vainer, 2005

La recomendación de la O.M.S. de transformar los neuropsiquiátricos en comunidades terapéuticas y el nacimiento de las “políticas de salud mental” en occidente funcionan como marco para comprender la creación en 1957 del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) durante el desarrollismo frondizista (Galende, 1990). Ese mismo año fue creada la facultad de Psicología de la UBA. El INSM era “una entidad gubernamental que se proponía centralizar los servicios públicos de psiquiatría y brindar apoyo técnico y económico para la prevención de desórdenes neuropsiquiátricos, la asistencia en sentido amplio a los enfermos mentales y su rehabilitación social así como la promoción de la investigación y coordinaciones de las actividades de entidades nacionales, provinciales y municipales” (Diamant, 2010, p.386).

En 1963 en EEUU se sancionó la llamada ley Kennedy que creó numerosos centros de salud y promovió la creación de comunidades terapéuticas dentro de hospitales psiquiátricos (Galende, 1990).

Dentro de esta misma línea, el plan de salud mental de 1967 (durante la presidencia de facto del Gral. Onganía) en la Argentina proponía mantener los hospitales psiquiátricos e impulsar el trabajo en comunidades terapéuticas en experiencias pilotos. Tal fue el caso del Centro Piloto del Hospital Esteves. En

1968 este hospital contaba con 2500 pacientes internadas crónicas (Vainer, 2005) y recibía 300 nuevas por año “a la par de tener el mismo número por egresos por defunciones. (...) El trato era un reflejo fiel de las prácticas manicomiales: (...) prácticas pseudoterapéuticas utilizadas como castigo (electroshock, shock insulínico, chalecos de fuerza y absceso de fijación)” (Vainer, 2005).

La experiencia de Comunidad Terapéutica comenzó en Julio de 1969 y su coordinador fue el psiquiatra y psicoanalista W. R. Grimson (Grimson; 1972) (Vainer; 2005). El equipo del centro piloto contó con 20 médicos, 12 psicólogos, 4 sociólogos, 2 psicopedagogos, 4 terapistas ocupacionales, 5 asistentes sociales, 12 enfermeras y numerosos voluntarios (Vainer, 2005). Para poder realizar internaciones breves e incorporar la atención de pacientes varones, se remodeló un pabellón. Así las áreas de trabajo eran: sala de varones, sala de mujeres, admisión, hospital de día (para 20 personas).

Los dispositivos de trabajo específicos de la comunidad eran la asamblea, los grupos de actividad, las reuniones de equipo asistencial, psicoterapias de grupos (Grimson ; 1972).

Mientras duró esta experiencia, todos los ingresos al hospital fueron realizados por una evaluación conjunta de psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales del centro piloto (Grimson; 1972). Asimismo, se redujo la duración de las internaciones y se eliminaron aquellas innecesarias. Se logró que “las internaciones duraran alrededor de tres meses (y no los 10 años habituales) y que el 75% de los pacientes pasara su segundo fin de semana posterior a su internación en sus casas” (Carpintero, Vainer, 2005, p. 152).

Este proceso con la intervención del INSM a mediados de 1970 a cargo de Augusto Badano comenzó a complicarse. Se habría acusado al centro de realizar orgías sexuales y a sus miembros de ser “subversivos” y “comunistas” (Carpintero, Vainer; 2005). En Septiembre de ese mismo año la intervención llegó directamente al Hospital con J. Rodríguez Lonardi y C. Caglioti. A partir de ese momento los intentos de desarmar el centro piloto habrían sido constantes y resistidos fuertemente por trabajadores y usuarios que utilizaron el dispositivo asambleario incluso para la resistencia al desmantelamiento.

Ya a principios de 1971 se declaró prescindibles a 25 trabajadores del centro desmantelándose así el centro piloto (Carpintero, Vainer; 2005).

### **EL PLAN PILOTO DE SALUD MENTAL Y SOCIAL BOCA BARRACAS**

En 1984, en pleno proceso de democratización del país, se comenzó a gestar, a instancias del Dr. Miguel Vayo, una experiencia alternativa en salud orientada por los principios de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). (Cohen, G; 2003). La propuesta, surgida de un grupo de voluntarios que tenían conocimiento de la zona, entre los que también se encontraba la Lic. Graciela Cohen, buscaba asimismo la transformación de la demanda en los servicios tradicionales y reorganizar el ingreso al sistema.

En este sentido se eligió para la experiencia piloto el territorio Boca – Barracas debido a la alta densidad poblacional, a los graves problemas habitacionales, a los niveles elevados de riesgo en problemas de salud como consumo problemático de sustancias y al conocimiento que tenían miembros del equipo sobre el área en cuestión.

El plan se organizó en tres niveles de acción y apuntaba a favorecer la accesibilidad de la población al subsector público de salud (Cohen, G; 2003).

El primer nivel apuntaba a la prevención y promoción de la salud en la comunidad. Trabajaba principalmente en escuelas a contraturno, en “conventillos”, inquilinatos, plazas, etc.

Este nivel se propuso que la comunidad identificase y trabajase sobre las situaciones generadoras de malestar. Si bien en un principio el espacio fue visualizado por otros como un gabinete escolar tradicional, logró resignificarse transformándose en propuestas de promoción de salud y participación comunitaria. Se incluyeron: demandas de docentes en relación a problemas de conducta, talleres de trabajo corporal con niños, talleres de juegos con niños, grupos de reflexión para mujeres, grupos de ayuda escolar. Incluso se acompañaron situaciones de emergencia como desalojos en conventillos, entre otras.

En el segundo nivel se ubicaba el Equipo de Atención en Crisis, que funcionaba en un local prestado por comerciante del barrio. Según el equipo, se entendía el padecimiento como producto de dimensiones psíquicas, sociales y políticas. Se definió como crisis el fracaso circunstancial en el funcionamiento de un sujeto o un colectivo debido a diversas causas. Los dispositivos de trabajo fueron: admisión, reunión semanal de equipo, psicoterapias (individuales, familiares, de pareja, grupales con técnicas psicodramáticas), grupo de alta de la crisis, medicación y control de medicación, acompañamiento terapéutico, reunión comunitaria mensual.

El tercer nivel articulaba la Interacción e Integración con las Instituciones Asistenciales de la zona. (Hospital Argerich y Centros de salud de su área programática, Hospital Borda y RISAM). Trabajo en formación de los servicios.

Los equipos de estos niveles de acción eran interdisciplinarios integrados por: psicólogos, médicos, psicopedagogos, asistentes sociales, kinesiólogos, psicólogos sociales, trabajadores corporales y otros. Además, en un comienzo funcionó un equipo de Estadística y otro de Servicio Social.

Debido a que el trabajo de esta experiencia no logró ser rentado, tampoco pudo expandirse a otros territorios dándose la misma por concluida en 1989.

Según sus protagonistas: “si esta experiencia no se rentaba y no se extendía ya no sería alternativa sino marginal”.

### **CONCLUSIONES**

Las experiencias recuperadas por Bondi Salud aportan material significativo a la hora de pensar la implementación de la nueva ley de Salud Mental. En primer lugar, ambas propusieron una modalidad de trabajo a través de equipos multi/interdisciplinarios e intentaron romper con la hegemonía manicomial,

evitando las internaciones involuntarias y prolongadas. Si bien la experiencia del Esteves se desarrolló al interior de un hospital psiquiátrico, se propuso transformar sus prácticas y lógicas institucionales, y, por ende, puede ser una brújula que oriente el trabajo con internaciones en los hospitales generales y, en su defecto, como propuestas de transición hasta el cierre definitivo de los monovalentes. Por su parte, el Plan Piloto Boca Barracas promovió estrategias y dispositivos comunitarios potentes que merecen ser retomados para trabajar en salud mental en el ámbito de lo local (APS).

Así, las experiencias recuperadas demuestran que no hay que empezar de cero para instalar en el campo de la salud mental alternativas al modelo manicomial, el cual, pese a su hegemonía, ha demostrado su ineficacia pensando no solo en el padecimiento psíquico de las personas a las que asiste, sino también en cuanto a su sustentabilidad.

Los momentos político-económicos en los cuales se desarrollaron los dos pilotos precipitaron su finalización, imposibilitando que se sostuvieran en el tiempo. Se debe destacar que ambas experiencias concluyeron porque no lograron apoyo estatal, en coincidencia con la profundización en el país de un modelo neoliberal y conservador (con el agravante del Terrorismo de Estado en el caso del Centro Piloto del Esteves).

Cabe pensar que en el contexto actual se allana el camino para la creación y permanencia de nuevas experiencias. Las condiciones de viabilidad, con un marco legal que sostiene y garantiza (a través de la Ley N° 26.657, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones dentro del Ministerio de Salud de la Nación, entre otras herramientas), nos convocan a tomar la posta hoy.

## **DISCUSIÓN**

Entendemos que la distancia entre las prácticas comunitarias en salud mental y la formación académica se constituye en un obstáculo a la hora de la formación de los profesionales de la salud que tendrán que implementar la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. La idea que más ampliamente ha circulado es en relación a la enunciación de los derechos de las personas con padecimiento psíquico y a las limitaciones a la internación, pero queda mucho por desplegar aún en cuanto a las alternativas a esta práctica. Más aún, las modalidades de abordaje propuestas en la ley encuentran poco espacio en la currícula académica actual, incluso cuando la adaptación de la misma y de los dispositivos didácticos es considerada específicamente en el artículo 33 y su reglamentación correspondiente<sup>1</sup>. Como resultado, se genera muchas veces entre los estudiantes (y también en la comunidad) la idea de que las alternativas

---

<sup>1</sup> **Art. 33.- La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.**

al modelo manicomial son lejanas, escasas y muy difíciles de llevar a cabo, visualizándose así la implementación de la ley más como una utopía que como una posibilidad real. El trabajo realizado abre interrogantes que se convierten en un desafío a trabajar en el futuro inmediato: ¿cómo hacer que los espacios de encuentro y la recuperación de experiencias posibiliten la producción y fortalecimiento de nuevos dispositivos centrados en la prevención y promoción de la salud mental? ¿Cómo generar prácticas comunitarias desde el enfoque de derechos que dejen de ser “piloto” y voluntarias para convertirse en políticas públicas sostenibles?

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Bang, Burga, Di Pasquo, Lublinski, Pierri, Riveros, Urrusupuru, Yornet Promoción de salud a través de la realización de actividades participativas en el barrio de Barracas en X Jornadas SM Comunitaria, 2012.
- Carpintero E, Vainer A, Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970-1983, Editorial Topía, Bs As, Argentina, 2005.
- Cohen, G Plan Piloto de Salud mental y social La Boca- Barracas. Una experiencia alternativa en salud. **Bibliografía gris** -
- Diamant A, Mauricio Goldemberg, un camino hacia la psiquiatría humanizada. Marcas para la inserción de la psicología universitaria. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA Volumen XVII, 2010.
- Galende E, Capítulos 4 y 5. En Galende E., Psicoanálisis y Salud Mental, Editorial Siglo XXI, Bs As, Argentina, 1990.
- Giovacchini C, El trabajo con problemas en el proceso de planificación en salud pública. En <https://drive.google.com/folderview?id=0B1HbXRn5hv-IUUtX05RWVdNN2c&usp=sharing>
- Grimson, W Sociedad de locos Experiencia y violencia en un hospital psiquiátrico, Ediciones Nueva Visión, Bs.As, Argentina, 1972 -LNSM y Reglamentación LNSM 2011
- Ley básica de Salud de la CABA N° 153, 1999.
- Nirenberg O, Evaluar para la transformación:Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales, Ed Paidós, Bs As, 2000.
- Stolkiner A, “Nuevos enfoques en Salud Mental”. En 14º Congreso Latinoamericano de arquitectura e ingeniería hospitalaria, Bs As, 2003.

---

<sup>1</sup>Reglamentación Art. 33.- (...) Deberá ponerse de resalto la capacitación de los trabajadores en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de atención primaria de la salud, y de todas las áreas que intervienen en orden a la intersectorialidad. La Autoridad de Aplicación deberá promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías, dentro de los dispositivos comunitarios, sustituyendo progresivamente los espacios de formación existentes en instituciones monovalentes.

-Vainer A, "Sociedad de locos" Revista Clepios, una revista de residentes de Salud Mental, N° 38, p113-115, Noviembre 2005. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/sociedad-locos>. -<http://planpilobocabarracas.blogspot.com.ar/>

**ANEXO: Articulación de las experiencias con la LNSM**

Artículo	Ctro. Pto. Com. Terapéutica Esteves	PPBB
<p><b>8.-</b> Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.</p>	<p>Equipo multidisciplinario (TO, psiquiatras, Psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, sociólogos, psicopedagogos.</p>	<p>Psicólogos, médicos, psicopedagogos, asistentes sociales, kinesiólogos, psicólogos sociales, trabajadores corporales. Modalidad de asambleas mensuales</p>
<p><b>9.-</b> El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.</p>	<p>Evitación de internaciones innecesarias, trabajo con los lazos familiares. Trabajo en el hospital</p>	<p>3 niveles de trabajo como modalidad de abordaje en la comunidad. Intersectorialidad Trabajo en la comunidad</p>
<p><b>14.-</b> La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente. <b>15.-</b> La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios.(...)</p>	<p>Disminución de tiempo internación y aumento de salidas de fin de semana</p>	<p>Agotamiento de instancias previas a la internación y seguimiento.</p>
<p><b>12.-</b> La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados</p>	<p>Denuncia de los castigos con la medicación</p>	<p>Disminución de consumo de medicación.</p>

especiales(...)		
<b>11.-</b> La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.		Primer Nivel de Acción