
M1. Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria y Estrategias Comunitarias

U2. Estrategias Comunitarias

Tema 9. Diagnóstico Comunitario y Modalidades de intervención comunitaria

Autoras: Mg. María Teresa Lodieu, Mg. Roxana Longo,
Esp. Mariela Nabergoi y Mg. María Belén Sopransi

Coordinador General: Dr. Emiliano Galende

Agosto 2012

Departamento de Salud Comunitaria
UNLa. Virtual / Universidad Nacional de Lanús





Universidad Nacional de Lanús

Rectora

Dra. Ana Jaramillo

Vicerrector

Mg. Nerio Neirotti

Director Departamento de Salud Comunitaria

Dr. Hugo Spinelli



© Universidad Nacional de Lanús
UNLa Virtual

Coordinadora Campus Virtual UNLa
Prof. Laura Virginia Garbarini

Curso Salud Mental Comunitaria

Coordinador General: Dr. Emiliano Galende

M1. U2. Tema 9. Diagnóstico Comunitario y Modalidades de intervención comunitaria

Autoras: Mg. María Teresa Lodieu, Mg. Roxana Longo, Esp. Mariela Nabergoi y Mg. María Belén Sopransi

Procesamiento Didáctico: Lic. Amelia Negri

Diseño Gráfico: Esp. Andrea Gergich

Agosto 2012

Índice Tema 9

Índice de íconos	v
Unidad 2. Estrategias Comunitarias	
Tema 9. Diagnóstico Comunitario y Modalidades de intervención comunitaria	1
1. Diagnóstico Comunitario	1
1.1. Diagnóstico estratégico	1
1.2. Construcción de escenarios en Salud Mental Comunitaria	4
1.3. Monitoreo estratégico	5
1.4. Método ALTADIR de Planificación Popular	6
2. La relación con la comunidad: posicionamiento ético y ética relacional	7
3. Modalidades de intervención comunitaria	9
3.1. Clinitaria	10
3.2. Frente de Artistas del Borda	11
3.3. Circo Social del Sur	12
3.4. Radio <i>La Colifata</i> y otras radios	13
3.5. Grupo Teatral <i>Los Calandracas</i> y <i>Circuito Cultural Barracas</i>	13
3.6. Taller de Género	14
3.7. Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)	15
3.8. Rehabilitación Basada en el Territorio	16
3.9. Empresa Social y Emprendimientos Sociales en Salud Mental	18
3.9.1. Emprendimiento Social en Salud Mental CicloPapel	20
3.10. Estrategias relacionadas con medios de comunicación	20
4. Intervención en catástrofes	22
4.1. Ayuda psicológica en situaciones de emergencia	28
4.2. Catástrofe social	29
Consideraciones finales	30
Bibliografía	32

Índice de íconos



Actividad



Foro



Lectura obligatoria



Lectura recomendada



Referencia externa



Referencia interna



Importante



Para reflexionar

Diagnóstico Comunitario y Modalidades de intervención comunitaria

9

Desarrollaremos aquí temas relacionados con estrategias de intervención en Salud Mental Comunitaria. Partiremos del **diagnóstico comunitario** como herramienta de producción de conocimiento que permite una planificación situada de las acciones posibles, introduciendo las nociones de **diagnóstico estratégico, monitoreo estratégico en salud** y presentando un método de planificación participativa. Luego trabajaremos sobre los aspectos éticos al diseñar estrategias comunitarias y por último, presentaremos algunos ejemplos de esas estrategias –teatrales, artísticas, laborales– que se proponen con diferentes objetivos –promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, inclusión social, promoción de la participación– desarrolladas en función de situaciones particulares como ser desocupación, catástrofes, discapacidad.

Resumiendo, serán contenidos a desarrollar:

Diagnóstico comunitario

Modalidades de intervención comunitaria

1. Diagnóstico Comunitario

1.1. Diagnóstico estratégico

El **diagnóstico estratégico** se constituye como etapa esencial del proceso de planificación de las acciones en Salud Mental y de acuerdo con Varo (1994), consiste en evaluar por una parte las **amenazas (A)** y **oportunidades (O)** del entorno, y por otra las **fortalezas (F)** y **debilidades (D)** de la propia organización de servicios, conformando una matriz conocida como **FODA**.

Respecto del **entorno**, es importante conocer no tanto cual es la situación actual sino las perspectivas de evolución de dicha situación en el futuro. Algunas dimensiones que resulta útil considerar en el análisis son:

- las demandas sanitarias de la población,
- la situación de los servicios de salud,
- el impacto de la legislación y las políticas en el área y en áreas relacionadas,
- los intereses de grupos que tienen relación con los servicios,
- análisis de recursos claves actuales y futuros, como ser la disponibilidad de recursos materiales y humanos y las perspectivas de cambios en el futuro.

Se requiere **información** de diferente tipo: por una parte acerca del **área de influencia de los servicios** –dimensión y naturaleza de los problemas, capacidad de los servicios de responder a las necesidades, motivación de los usuarios para la utilización de los servicios, entre otros–. Por otra parte, se requiere información sobre los **usuarios del sistema**, las tendencias y cambios en el número y el tipo de demanda. Por último, se precisa información sobre **otras organizaciones de la comunidad** que tienen o pueden tener relación con los servicios de Salud Mental.

Al respecto de la información de la comunidad a tener en cuenta en la planificación, retomamos el texto ya clásico en Salud Mental Comunitaria y reeditado en una reciente publicación, de Golfin y Levav (1992 y 2009). Estos autores proponen comenzar, antes del diagnóstico propiamente dicho, con un **examen preliminar de la comunidad**, constituyendo ambas las primeras etapas del desarrollo de los programas de Salud Mental en la comunidad. Para ellos, el examen preliminar debe incluir tanto los problemas presentes en la comunidad, como el relevamiento de los recursos –materiales y simbólicos, institucionales y no formales e informales–, conocimientos y experiencias presentes en el territorio.

En cuanto a las **fuentes** que se utilizan, el examen preliminar se basa principalmente en información pre-existente. Se pueden incluir entrevistas con diferentes actores comunitarios y resultados tanto de procesos de identificación de necesidades y prioridades de salud con la comunidad, como de observaciones participantes realizadas por los miembros del equipo de trabajo durante sus tareas cotidianas. Asimismo son útiles datos provenientes de:

- encuestas,
- registros de los diferentes servicios de salud mental,
- análisis de indicadores socioeconómicos,
- tasas de mortalidad, morbilidad y discapacidad,
- productos de las experiencias de los equipos de trabajo incluidas como **observación participante**.

El **examen preliminar de la comunidad** implica así una primera aproximación a sus necesidades en Salud Mental y a los recursos existentes para dar respuesta a las mismas. Tiene como **objetivo** detectar los problemas prioritarios sobre los cuales se profundizará el diagnóstico. En esta etapa se indagan las características de la comunidad, sus recursos, se analiza la información y se determinan prioridades.

Los autores proponen como **esquema básico** que debe ser adaptado para cada caso particular el relevamiento y consideración de las siguientes características de la comunidad para la planificación de acciones en Salud Mental:

INFORMACIÓN A CONSIDERAR EN EL EXAMEN PRELIMINAR DE LA COMUNIDAD

(Golfin y Levav, 1992/ 2009)¹

1. Características de la comunidad

- ubicación geográfica,
- datos sociodemográficos de la población –edad y sexo, composición del hogar y de la familia, estado civil, grupo étnico/racismo, clase social, nivel educacional, ocupación y desempleo, religión/religiosidad, migración, marginalidad, condiciones y tipo de vivienda, hacinamiento–,
- características socioculturales –organización de la comunidad, valores y creencias, actitudes y conductas–,
- datos sobre salud y enfermedad –mortalidad, morbilidad, características de salud–
- organización política –características, líderes e instituciones–

2. Características socioculturales

- Organización de la comunidad; Valores y creencias ; actitudes y conductas

3. Identificación de los recursos de la comunidad

- Del sector salud, oficiales –Centros de salud, Dispensarios, Clínicas, Hospitales generales y psiquiátricos, etc.–
- Del sector salud, no oficiales –Curanderos, Espiritistas, Grupos de ayuda mutua como por ejemplo alcohólicos anónimos–
- Extrasectoriales, oficiales –Asistencia social, Establecimientos educativos–
- Extrasectoriales, no oficiales –Establecimientos recreativos, De fomento, Vecinales–

4. Organización política

- Características; Líderes comunitarios

Por otra parte, entre las **técnicas** que se pueden utilizar para el análisis del entorno en el diagnóstico estratégico se encuentran las denominadas de **proyección, previsión y prospección**.

La **proyección** implica “*prolongar hacia el futuro una situación pasada de acuerdo con unas determinadas hipótesis de extrapolación*”,

1. El cuadro elaborado fue elaborado por las autoras de este material, en base a los textos de 1992 y 2009.

La **previsión** es *“la apreciación, con cierto grado de probabilidad, de la evolución de unas variables hacia un horizonte dado.”* (Varo, 1994: 202)

Para estas técnicas existen herramientas estadísticas que ayudan a realizar estas operaciones cognitivas en el caso de variables cuantitativas –por ejemplo número de afectados por problema–, pero dado que las mismas suponen escenarios estáticos y modelos determinísticos, en salud se utiliza principalmente la noción de **prospección**.

La **prospección** es *“un panorama de futuros posibles, de escenarios probables.”* En su construcción se tienen en cuenta las tendencias del pasado y las acciones de las personas: **los proyectos**. Es el método de elección para analizar los entornos cambiantes.

Las peculiaridades principales son:

- La perspectiva del entorno es global.
- Las variables son cualitativas, cuantificadas o no, subjetivas, conocidas u ocultas.
- Supone estructuras evolutivas con interrelaciones dinámicas.
- Hay múltiples futuros inciertos que son la razón de ser del presente.
- Los modelos son cualitativos –análisis estructural- y de impactos cruzados.
- La actitud hacia el futuro es activa y creativa: se formula el futuro deseado. (ibíd.: 203)

1.2. Construcción de escenarios en Salud Mental Comunitaria

Un concepto central en la propuesta de diagnóstico estratégico es la de **escenarios**.

ESCENARIO: *“un conjunto de proyecciones, presunciones y estimaciones que, adecuadamente conjugados, ilustran un abanico de opciones futuras. Es una secuencia hipotética de sucesos, construida con la intención de poner de relieve los procesos causales y los puntos de decisión”. [...] “La construcción de un escenario tiene por objeto definir un estado futuro de un sistema conocido actualmente, al menos de forma parcial, e indicar los distintos procesos que permiten pasar de la situación presente a la imagen futura.”* (ibíd.: 203)

Existen diferentes **tipos de escenarios y criterios de clasificación**. Se distinguen **escenarios exploratorios, estratégicos y de distribución de recursos** según sea su orientación final. El primero se propone explorar los problemas potenciales, el segundo diseña soluciones posibles y el tercero evalúa opciones de implementación de una determinada estrategia. También existen **escenarios genéricos**, que consideran las tendencias de las políticas sanitarias generales y aspectos demográficos macro, y específicos, en los que se priorizan las condiciones locales de trabajo y salud.

Se utiliza la construcción de escenarios para visualizar situaciones futuras posibles a mediano y largo plazo –por ejemplo a 5 años–, aunque no hay unanimidad en la literatura respecto de los plazos. Debe reconocerse que la precisión alcanzada será inversamente proporcional al tiempo considerado. Típicamente suelen definirse al menos 3 escenarios:

1. uno que visualiza la peor situación posible,
2. otro la más deseable y
3. un tercero que propone una situación intermedia.

Para el análisis de las características de los propios servicios,

- una primer tarea es revisar las actividades realizadas considerando su función, e identificando a partir de ello sus puntos fuertes y débiles –análisis funcional–,
- luego se identifican los puntos fuertes y débiles del hospital o servicio en general, considerándose las valoraciones que se asignan a los diferentes aspectos clave del mismo. Se analizan también los recursos materiales y humanos involucrados en los procesos y,
- por último, como se organiza la cadena de valor, es decir el modo en que las acciones realizadas llevan a la producción de los servicios esperados.

1.3. Monitoreo estratégico

Tanto para el diagnóstico como para el seguimiento y evaluación de acciones en salud comunitaria, desde la perspectiva de la Epidemiología Crítica se propone la noción de **monitoreo estratégico**, como herramienta integral que integra y da un giro al concepto de vigilancia epidemiológica (Breilh, 1994) y que utiliza elementos de la planificación estratégica desde una perspectiva crítica y comunitaria.

El **monitoreo estratégico** considera la situación de los determinantes de salud además de la observación de las enfermedades y los riesgos. Presta atención no tanto a los **eventos individuales –eventos centinela–** en sí mismos como a los

 Recordemos que la concepción de Breilh, **Epidemiología Crítica**, y el concepto de **dimensiones en el análisis de la salud** fueron abordados en el **Tema 1** de este Módulo.

perfiles de grupo y a los **procesos crítico-estratégicos** que determinaron su aparición, considerando la salud en sus distintas dimensiones.

Breilh considera también los procesos protectores y destructivos de la salud en el trabajo, en el consumo, en la vida cotidiana, en la capacidad y límites para la acción colectiva y en los saberes e ideologías presentes en la comunidad. Esta propuesta abre a un proceso de intercambio y participación del grupo técnico junto con la comunidad y sus organizaciones, incluyendo sus percepciones, preocupaciones, intereses, necesidades, conocimiento, propuestas de solución y cultura en la definición de problemas y prioridades en salud.

El **monitoreo crítico** se realiza *“sobre la necesidad social insatisfecha, sobre los logros de la acción popular, sobre los determinantes y expresiones de salud colectiva, como parte de un proceso de planeación estratégica centrada en la colectividad popular, cualquiera sea esta, y que permita fundamentar su evaluación.”* (Breilh, op. cit.: 204).

1.4. Método ALTADIR de Planificación Popular

También desde una perspectiva de la **planificación estratégica y situacional (PES)**, Carlos Matus desarrolló el **MAPP: Método ALTADIR de Planificación Popular**. El MAPP consiste en un método diseñado para guiar y acompañar a las organizaciones de base –como juntas de vecinos, cooperativas, asociaciones civiles, sindicatos, etc.– y otras instancias de la comunidad en la selección de problemas que consideran más relevantes, su jerarquización y en la definición de estrategias concretas para transformar la situación con los recursos a su alcance.

Se trata de una herramienta que asiste en la planificación de acciones a nivel local en conjunto con los actores de ese nivel, incluyendo la visión que la población tiene de sus problemas a través de diferentes técnicas, entre las que se encuentran la **discusión en grupos**. El MAPP implica los siguientes los pasos:

PASOS DEL MAPP (Matus, 2007) ²	
Paso 1	Selección de los problemas del plan: identificación de malestares e inconformidades.
Paso 2	Precisión/descripción del problema.
Paso 3	Análisis de causas y consecuencias del problema. Construcción de un árbol explicativo.
Paso 4	Definición de objetivos.
Paso 5	Identificación de las causas o nudos críticos.

2. Un claro y útil ejemplo de la aplicación de este método puede encontrarse en la bibliografía citada en el Programa del Módulo y también mencionada a final de este mismo material.

Paso 6	Selección y diseño de operaciones y demandas para atacar las causas principales.
Paso 7	Definición de los responsables por las operaciones.
Paso 8	Definiciones de responsabilidades por el seguimiento de las operaciones.
Paso 9	Presupuesto del Plan: precisión y presupuestación de los recursos necesarios para realizar las operaciones.
Paso 10	Identificación de los actores relevantes en la generación, mantenimiento y enfrentamiento de los problemas y su motivación frente a las acciones diseñadas para enfrentarlos.
Paso 11	Análisis de los recursos críticos de poder en un problema.
Paso 12	Definición de quien controla los recursos críticos y aplicación rudimentaria del concepto de peso, poder o fuerza de los actores.
Paso 13	Selección de trayectorias: análisis de trayectorias o secuencia temporal del plan.
Paso 14	Análisis de la vulnerabilidad del plan.
Paso 15	Diseño del sistema de petición y rendición de cuentas. Evolución del desempeño de los responsables del plan y las operaciones.

2. La relación con la comunidad: posicionamiento ético y ética relacional



Pachamédicos en el Hospital Público

Como ya hemos explicado, la comunidad es una entidad compleja, múltiple, no homogénea. Es importante recordar y problematizar esta cuestión a la hora de diseñar y planificar las intervenciones en Salud Mental Comunitaria, pues esa relación, que podrá ser comprendida desde la perspectiva de las diferencias que existen

entre los profesionales de la salud y los diferentes actores de la comunidad, permitirá pensar los encuentros y las diferentes formas de acercar las mismas.

Se plantea una dicotomía entre los llamados **agentes externos** y **agentes internos** de cambio, protagonistas de la transformación de la realidad y de sí mismos a través de la acción (Sopransi, 2010).

La distinción entre ambos tipos de agentes, con base en los desarrollos de autores críticos como Fals Borda y diversos aportes de la antropología acerca de la relación con **el otro**, pone de manifiesto sus **diferencias** tanto en lo que respecta **al acceso al poder** –asimetrías, en las que los trabajadores de la salud tendrían mayor poder material y simbólico que el de los usuarios y otros actores de la comunidad– como al **tipo de conocimientos** que ponen en juego en las estrategias comunitarias en Salud Mental –**conocimientos técnicos** de parte del equipo de salud vs **conocimientos populares**, artísticos, etc. de parte de los agentes comunitarios–.

Tanto desde la Psicología Social Comunitaria como desde los desarrollos de la Investigación Acción Participativa (IAP), se enfatiza la necesidad de reflexionar, problematizar y acercar estas diferencias de diversas maneras. La **relación** se constituye como eje de las consideraciones éticas en este campo, en tanto se parte de la idea de que los individuos se construyen en relaciones, las que, al mismo tiempo, son creadas por ellos, y es el tipo de relación que se establece entre la comunidad y las personas que se acercan a trabajar en ella, lo que define la **condición ética de las acciones**.

“la ética, aludiría a la definición del otro y a su inclusión en la relación de producción de conocimientos, suponiendo valores como la igualdad y la justicia, sólo desde una posición de igualdad es que se genera la posibilidad de justicia.” (Guareschi, 1996 en Sopransi, 2010: 114)

En relación a los agentes externos y la ética relacional y la complejidad inherente a toda intervención en una comunidad, consideramos el posicionamiento siguiente como la opción óptima:

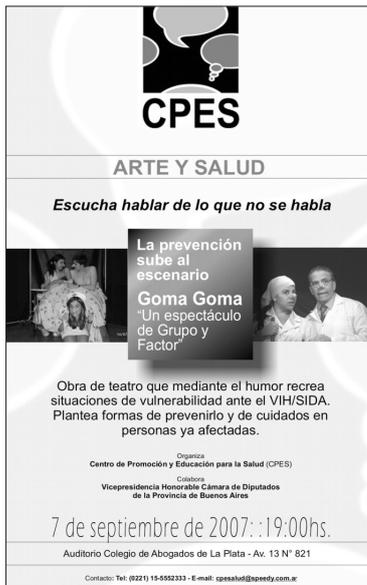
*“La relación entre la comunidad y los agentes externos es una tensión permanente dentro de las prácticas comunitarias, a la que hay que dar lugar, desnaturalizando las diferencias constitutivas de ambos y las cuestiones relativas al poder, poniéndose el acento en los puntos de encuentro: la igualdad y las potencialidades de autonomía que **tod@s** portamos. Es esto lo que puede conformar un espacio en el que se despliegue una ética relacional. La ética relacional se convierte en una propuesta desde la psicología comunitaria por superar los roles asimétricos socialmente reproducidos entre academia-intelectuales y la comunidad. De este modo, se trabaja hacia ‘la conservación de la vida humana, promoviendo para ello una mejor calidad de vida y los cambios sociales necesarios con la participación de la gente de las comunidades a fin de que puedan tener una vida más saludable’ (Montero, 2000: 200).” (Sopransi, 2010: 117)*

Desde el posicionamiento que acabamos de explicitar, **las prácticas comunitarias** se definen acorde al planteo de Agambem:

Las prácticas comunitarias *“son definidas como espacios de encuentro entre profesionales, estudiantes, operadores sociales, etc. y las personas que forman parte de la comunidad. Estos actores sociales habitan el territorio material y simbólico*

en el que se desarrolla un plan conjuntamente diseñado para transformar la realidad de cada uno de los grupos con un sentido emancipador, es decir, un espacio de construcción de experiencia trascendental.” (Agamben, 1978: 218)

En el proceso de intervención los agentes externos y los grupos comunitarios son parte constitutiva de una relación de mutua influencia, y se intenta acortar la distancia que existe entre ellos (Sopransi, op.cit.: 115).



Esta forma de pensar partiendo de las diferencias entre dos tipos de **agentes** –externos e internos– abre a reflexiones que buscan desnaturalizar la realidad y enriquecen las lecturas sobre las implicancias del trabajo comunitario. No obstante, cabe reconocer que la distinción señalada es, también, una ficción ya que por más que alguien se comprenda a sí mismo como **externo** a una comunidad, no deja de formar parte de la misma y, en mayor o menor medida, de estar atravesado por similares determinantes de salud, aun cuando de distinta forma.

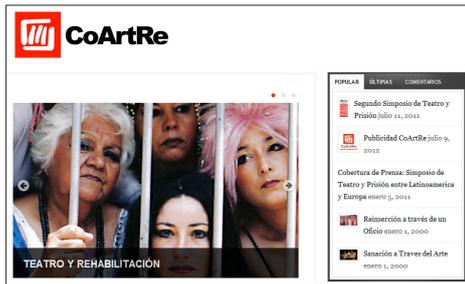
“La dicotomía planteada entre agentes externos y agentes internos, que la ética relacional intenta diluir, tiene un aspecto fic-

ticio puesto que las comunidades en las que se trabaja son parte de nuestra realidad, y por lo tanto, a la vez que se transforman, nos transformamos.” (Sopransi, op. cit.: 119).

En este sentido, reflexionar sobre los modos en los que necesariamente nos conformamos como parte de la comunidad, compartimos el territorio con las personas con quienes trabajamos, y somos a la vez que trabajadores de salud, también usuarios del sistema, con una salud mental que promover y que cuidar, ilumina los aspectos en los que nuestras prácticas y relaciones cotidianas construyen el mundo en el cual vivimos y ofrece nuevos sentidos a la tarea cotidiana. Así, retomando la frase citada en el párrafo anterior, trabajar para que las comunidades **puedan** tener una vida más saludable no es sino hacer, en forma conjunta con los diversos actores, aquello que permita que como comunidad **podamos** tener una vida más saludable.

3. Modalidades de intervención comunitaria

En este apartado presentamos algunas modalidades de intervención que parten de diferentes situaciones y contextos, y entendemos son ilustrativas de una diversidad de estrategias de Salud Mental Comunitaria. Partiendo de la idea de que cada espacio –servicio, equipo, área, etc.– creará las acciones que respondan a



Corporación de Artistas por la Rehabilitación y Reinserción Social a través del Arte (COARTRE) <http://www.coartre.cl/about-2/>

las necesidades contextuales –políticas, sociales, culturales, geográficas, económicas, etc.– en las que se inscribe. Cada una de ellas surge de un contexto histórico, social y geográfico particular. Además, se enfocan en diferentes niveles de atención: promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud mental. De más está decir que de ninguna manera agotan las posibilidades existentes y son solo

ejemplos. En los siguientes Módulos del curso profundizarán en estrategias relacionadas con el primer nivel de atención (Módulo 2), con programas de rehabilitación psicosocial (Módulo 3) y con la participación de las familias (Módulo 4).

3.1. Clinitaria

Se trata de una experiencia en salud territorial en Salud Mental desarrollada en Paraguay desde hace más de 7 años, impulsada por el médico psiquiatra Agustín Barúa. Se desarrolla en las periferias de Asunción Metropolitana desde 2004 por miembros de la sociedad civil –profesionales, estudiantes, colectivos humanos– y desde noviembre del 2008 vinculada a la Red de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La experiencia es contada en el libro *Clinitaria. Andando, de a chiquito, con la gente, acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias*, auspiciado por la Cruz Roja Suiza. También existe un material documental elaborado por la realizadora paraguaya Dea Pompa, que se presenta en dos partes.

A continuación mencionamos algunos sitios de Internet donde ampliar la información sobre esta experiencia:



Qué es Clinitaria

<http://www.youtube.com/watch?v=IfnH6StkRBA>

Clinitaria. Material de divulgación
Documental –dos partes– y entrevista a Barúa



<http://www.youtube.com/watch?v=hFd4uCc8H5s>



<http://elriodeheraclito.wordpress.com/2011/08/27/clinitaria-andando-por-los-banados-de-asuncion/>

3.2. Frente de Artistas del Borda

El **Frente de Artistas del Borda** “es una experiencia que surge a fines del año 1984, con el objetivo de producir arte como herramienta de denuncia y transformación social desde artistas internados y externados en el Hospital Borda, posibilitando que, a través de diferentes formas de presentaciones, las producciones artísticas generen un continuo vínculo con la sociedad.”



<http://www.frentedeartistas.com.ar/contexto/index.php>

Actualmente el Frente se conforma como una organización independiente integrada por personas internadas y externadas del Hospital y por personas de la comunidad en general que produce arte con el objetivo de cuestionar el imaginario social de la locura y de contribuir, apoyándose en la legislación vigente, a un proceso de desmanicomialización. Con este fin desarrolla diferentes talleres artísticos con una coordinación artística y una coordinación psicológica y se realizan asambleas de carácter quincenal. También se organizan salidas a funciones y presentaciones artísticas, participación en congresos y jornadas científicas, publicaciones y participación en festivales y en programas de radio y televisión. La organización cuenta con un equipo de coordinación general, equipos de coordinación de talleres y diferentes comisiones de trabajo. Además articula acciones con otros movimientos sociales y experiencias comunitarias.

Información más detallada sobre la organización y sus actividades puede encontrarse en el sitio web mencionado en el epígrafe de la ilustración y también en el libro de Alberto Sava (coord.) (2008): *Frente de Artistas del Borda: una experiencia desmanicomializadora. Arte, lucha y resistencia*, Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

3.3. Circo Social del Sur



Es una organización no gubernamental dedicada al arte del circo como estrategia de transformación y desarrollo social y personal, con foco en los niños, niñas y jóvenes en situación de vulnerabilidad social. Realizan acciones culturales de formación de formadores, educación, crea-

ción y producción artística con el propósito de multiplicar capacidades en la comunidad y dar oportunidades más igualitarias de acceso a la formación y producción artística. En el marco de su Proyecto Social desarrollan Talleres Comunitarios de Arte, Formación Avanzada de Arte Circense y Formación de Formadores de Circo Social, y fomentan espacios de educación a través del arte, el juego y la comunicación. Buscan construir espacios que permitan ofrecer a los niños y jóvenes participación activa en el arte, la sociedad y la cultura; con el fin de garantizar el acceso a bienes y servicios culturales así como el derecho a producir arte en sectores vulnerables.

3.4. Radio La Colifata y otras radios



Se trata de una organización no gubernamental denominada **Asociación Civil "La Colifata, Salud Mental y Comunicación"**. La misma brinda servicios en salud mental y desarrolla actividades de investigación utilizando los medios de comunicación para la creación de **espacios en salud**. Se la conoce

como la radio de los internos y ex internos del Hospital Borda de Buenos Aires, LT 22 Radio **La Colifata**. Los propósitos que persigue son:

“producir conocimiento en el cruce de campos de la salud mental y los medios de comunicación, y desarrollar espacios concretos de intervención para trabajar en:

- a. *La disminución del estigma social hacia personas que han sido diagnosticadas de algún padecer psíquico, con el objetivo de lograr una sociedad más tolerante e inclusiva; y*
- b. *promover en los usuarios de servicios de salud mental, recursos simbólicos y favorecer procesos de creación de lazo y producción de autonomía hacia una vida social integrada, saludable, digna y en el ejercicio de sus derechos ciudadanos”.*

Además de La Colifata, existen otras experiencias de radio similares como ser **FM Desate**, en el Hospital Moyano y radio **En la Mira**, en el Hospital Psiquiátrico Mira y López de Santa Fe.³

3.5. Grupo Teatral Los Calandracas y Circuito Cultural Barracas

Los Calandracas, grupo de *“teatro comunitario, popular y callejero”* surge en 1987, coordinado por Ricardo Talento. En 1988, momento en que fueron convocados en el Congreso Argentino de Pediatría a pensar como trabajar aspectos de la Atención Primaria de la Salud desde un enfoque innovador, implementan con la colabora-

3. FM Desate en el Hospital Moyano: <http://www.fmdesate.org/>

Radio En la Mira: <http://www.facebook.com/pages/Radio-en-La-Mira-877/261593313855154>

ción de Andrea Maurizi técnicas provenientes del Teatro Foro de Augusto Boal. La Secretaria de Salud los incorpora a un Programa de Actividades Alternativas desde donde trabajan con el sector salud y el educativo diferentes situaciones problemáticas relacionadas con estos sectores (Bidegain, 2003: 297-315).

Abordan “diferentes temas considerados prioritarios: humanización en la atención a la mujer embarazada, humanización en la atención de los adultos mayores, y temas vinculados con la prevención: alcoholismo, tabaquismo, barreras arquitectónicas, oportunidades y pérdidas en el control del crecimiento y desarrollo, violencia en la escuela, comunicación en la escuela, prevención del VIH-SIDA, etc.”⁴

A partir de 1996 forman parte de un proyecto mayor denominado **Circuito Cultural Barracas**, el objetivo desde ese entonces es transmitir a los vecinos del barrio técnicas artísticas que les permitieran ser protagonistas de hechos artísticos culturales que favorecieran a la vez procesos de participación social y de comunicación (Bidegain, ibíd.).

Conforman: “un proyecto artístico comunitario que promueve a través del arte, procesos de transformación social para la construcción de ciudadanía y la promoción de la equidad y de la inclusión social. Es un ámbito de trabajo colectivo para imaginar y producir ideas, valores y prácticas que contribuyan a revertir situaciones de exclusión y a construir y fortalecer el capital social de nuestra comunidad.”⁵

3.6. Taller de Género

Describiremos a continuación un Taller de mujeres que se realizó a lo largo de dos años, 2004 y 2005 y que se encuadró en la Asamblea de Castro Barros y Rivadavia.⁶ El Taller tuvo como objetivo propiciar el fortalecimiento subjetivo conciente de las mujeres participantes a través de un proceso de reflexión y elaboración grupal. El Taller propiciaba transformaciones en las relaciones personales, en el manejo del poder.

Graciela Zaldúa, Roxana Longo, Sandra Estrada Maldonado y María Belén Sopransi (2010) consideran que había que analizar las acciones cotidianas, favorecer las acciones liberadoras y “generar instituyentes que desdibujen poco a poco las relaciones de poder que no nos permiten ser protagonistas, hacedoras de nuestra propia historia” (Zaldúa, et al. 2010: 289).

4. Información en: <http://ccbarracas.com.ar/los-calandracas/#.UDUwk8EgfWQ> (consultado en agosto/12).

5. Información en página web mencionada anteriormente.

6. La crisis del 2001 permitió conformar en varias zonas o barrios de Buenos Aires, Asambleas de vecinos. Muchas de ellas se reunían en calles y/o en las plazas y solían identificarse con el nombre de las calles o de los lugares en donde se realizaban.

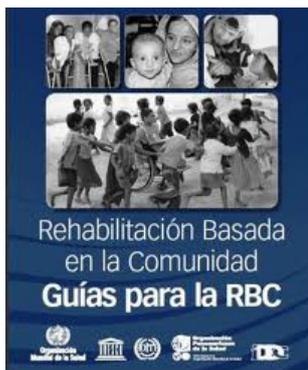


Pintura con tres manchas, Wassily Kandinsky, 1914 <http://www.educathyssen.org/>

“Nos posicionamos para realizar este proceso desde una ética dialógica que supone ubicarnos desde el punto de vista de la otra y recorrer un camino donde juntas leemos y construimos la realidad: co-descubrimiento y co-transformación. Los temas a tratar en cada encuentro surgieron de los intereses del grupo” (ibíd.).

Los dispositivos fueron diversos, se realizaron trabajos en grupos y también instancias plenarios. Las **técnicas implementadas** fueron: vivenciales mediante dinámicas de presentación y de comunicación; técnicas socio-dramáticas; elaboración y empleo de canciones, poemas, videos, afiches, notas periodísticas, relatos biográficos; elaboración de autorretratos y autobiografías. Los **temas** del Taller fueron: Auto estima y autoimagen; La mujer y el poder del dinero; Las culpas y los mandatos sociales; Mujer y participación política; El espacio propio; Derechos reproductivos y aborto; Mujer y trabajo; Violencia de género; Historia laboral vital; Acoso laboral; El cuerpo y lo placeres; Decisiones y autonomía. (ibíd.: 290).

3.7. Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)



La **Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)** es una propuesta divulgada por la OMS a fines de los años `70 como estrategia para dar respuesta a las necesidades de personas con diferentes discapacidades. Contemporánea a la Declaración de Alma Ata y compartiendo con ella un mismo espíritu, promueve una transformación de los servicios de rehabilitación de un modelo tradicional basado en las instituciones, a otro basado en la comunidad. Esta estrategia se propone ampliar la cobertura asistencial de las personas

con discapacidades a partir de la articulación de recursos locales e incorporar acciones de rehabilitación a la red de atención primaria de la salud, facilitando el acceso a tecnología de asistencia y capacitando a la comunidad en aspectos esenciales de la rehabilitación.

“La RBC es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con dis-

capacidad. La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros.” (RBC, 2004: 1)

El **Documento de posición conjunta** suscripto por la **OIT, la UNESCO y la OMS** consigna como objetivos principales de la RBC los siguientes:

1. *“Asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarios y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general.*
2. *Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, como por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación.” (RBC, ibíd.:3)*

En relación a la integración social de las personas con discapacidad, el documento considera que la **comunidad debe ser inclusiva** es decir que las comunidades deben adaptar sus estructuras y procedimientos para facilitar la inclusión, y no esperar que sean las personas con discapacidad las que cambien para adaptarse a los ordenamientos existentes.

Un recurso que fortalece la estrategia RBC lo constituyen las **Organizaciones de Personas con Discapacidad (OPD)**. Aportan herramientas valiosas en la difusión de los derechos de las personas con discapacidad y en la planificación y organización de políticas destinadas a ese sector.⁷

3.8. Rehabilitación Basada en el Territorio

La **Rehabilitación Basada en el Territorio** es una experiencia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, desarrollada por un grupo de docencia e investigación de terapia ocupacional de la Universidad de Sao Paulo. La estrategia se implementó como servicio de extensión universitaria en dos barrios del municipio donde reside la universidad. El trabajo de este equipo no solo aporta reflexiones sobre la práctica sino también realiza una contribución teórico–metodológica específica, a partir de una reelaboración de la propuesta de los organismos internacionales y de una detallada explicitación conceptual de su posición al interior de ella.

La idea de **Rehabilitación Basada en el Territorio** supone considerar la RBC como tema que excede los objetivos de ampliar la cobertura asistencial o crear servicios y

7. Información ampliada sobre las características y desarrollo de esta estrategia puede encontrarse en <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a15.pdf> (consultada en agosto/12).

acciones de rehabilitación a bajo costo, colocando énfasis en el trabajo territorial con movilización de la población local y con el objetivo principal de *“contribuir para la producción del proceso de emancipación y autonomía de las personas con discapacidad”* (Oliver et al, 1999a). Se entiende también que tanto los sujetos como las concepciones sobre la discapacidad, las oportunidades y derechos son una producción social. Como consecuencia de este cambio de enfoque, lo que se produciría es:

*“un **dislocamiento del objeto de la rehabilitación** de la persona con discapacidad individualmente comprendida hacia el territorio (donde) las personas con discapacidad son identificadas como sujetos/actores a partir de un contexto sociocultural específico.”* (op. cit.: 4-5)⁸

La elección del concepto de territorio se realiza sobre la base de la dificultad que las autoras encuentran en el uso flexible del concepto de comunidad. Según ellas este concepto suele ser utilizado menos en su sentido original como para cualificar una serie de prácticas, ligadas a una delimitación geográfica o dirigidas a un tipo específico de población, de bajos recursos. Esto provoca que sea aplicado a prácticas con objetivos y fundamentos muy diversos, dificultando la identificación de los elementos teórico-metodológicos, y con ello la aprehensión del sentido político-ideológico, en los que estas prácticas se apoyan. (Almeida et al, 2001)

El **concepto de territorio**, en cambio, se presenta para las autoras de forma más delimitada y articulada a las nociones que sustentan la complejidad de las acciones de rehabilitación en la comunidad, incorporando a la dimensión geográfica, elementos:

“que lo califican también como espacio demográfico, epidemiológico, tecnológico, económico, social y político, inserto en una totalidad histórica en la cual diferentes sujetos se articulan en torno a sus necesidades e intereses.” (Oliver et al., op. cit.,: 88)

El grupo sostiene que la noción de **rehabilitar en el territorio** permite colocar el acento en la **construcción de propuestas de atención orientadas hacia la garantía de derechos**. Por una parte, implica considerar que el derecho a la salud, en este caso a la rehabilitación como política pública, es algo que es necesario construir posibilitando oportunidades para la reducción de las desigualdades sociales. Significa también la necesidad de incluir en forma continua, al interior mismo del proceso de rehabilitación, la complejidad de la condición de vida de los sujetos que se busca atender.

La **participación social**, para este enfoque, constituye un elemento central del proceso rehabilitador. Existe un compromiso por promover dicha participación mediante el establecimiento de posibilidades concretas para que sea desde este lugar que las acciones de rehabilitación se desencadenen. **La participación es vista de este modo no como un objetivo de la rehabilitación pero sí como condición para su establecimiento.**

8. El resaltado con negrita es nuestro.

Para apoyar las posibilidades de trabajo y sentido de la rehabilitación de personas con discapacidad en el territorio, el equipo incorpora categorías provenientes de un abordaje que se originó en el campo de la Salud Mental: la rehabilitación psicosocial. Conceptos como **intercambios de identidad, habitar y producir e intercambiar mercaderías y valores** colaboran en este trabajo de redefinición y búsqueda de nuevos modos de conceptualizar y llevar a cabo nuevas prácticas.

De acuerdo con Benedetto Saraceno, el proceso de rehabilitación no es un “*proceso de sustitución de la deshabilitación por la habilitación, sino un conjunto de estrategias orientadas a aumentar las posibilidades de intercambios de recursos y de afectos: es solamente en el interior de tal dinámica de intercambios que se crea un efecto habilitador*” (Saraceno, citado en Almeida, 2001: 89).

En el ámbito específico de la rehabilitación de las personas con discapacidades producto de deficiencias físicas o sensoriales, esto implica la consideración de que la facilitación, la restauración o el desarrollo de las funciones comprometidas debe ocurrir no previamente, sino en el transcurso de la construcción del proceso de ampliación de intercambios y redes sociales, ya que es la acción e interacción real del sujeto en su contexto, la que dará sentido al proceso.

3.9. Empresa Social y Emprendimientos Sociales en Salud Mental

La **Empresa Social** y los **Emprendimientos Sociales** constituyen una propuesta de intervención en el área de trabajo. Conforman una modalidad relativamente novedosa dentro de lo que fue la evolución de los programas de empleo –que históricamente incluyeron desde la laborterapia institucional, el empleo protegido, la rehabilitación vocacional y el empleo con apoyo– que toma como filosofía los desarrollos de la Empresa Social. (Giménez, 2009)

De acuerdo con la **Reglamentación del Artículo 14⁹ de la Ley de Salud Mental N° 448** de la Ciudad de Buenos Aires, el emprendimiento social es definido de la siguiente forma:

“Se entiende por emprendimiento social dependiente del subsector estatal del Sistema de Salud Mental al dispositivo de estrategia comunitaria que tiene como fin la promoción de la salud y la integración sociolaboral de las personas utilizando como medio la producción, la capacitación en tarea y la comercialización de bienes y/o servicios.”

En este marco se ha creado en la ciudad una **Red de Emprendimientos Sociales de Salud Mental**,¹⁰ cuyo objetivo es:

9. **DECRETO N° 635/004** BOCBA N° 1927 del 26/04/2004.

10. http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/emprendimientos_sociales.php (consultado en agosto/12)

“favorecer la integración sociolaboral, en el ámbito comunitario, de los usuarios –adolescentes y adultos– de la Red de servicios de Salud Mental, en interacción con personas de la comunidad que se encuentren en situación de vulnerabilidad psico-social y carezcan de un empleo.”¹¹

La población a la que se dirige incluye tanto usuarios de la Red de servicios de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad como personas de la comunidad, que se encuentren en situación de vulnerabilidad psico-social y carezcan de empleo. Integra diversos emprendimientos sociales entre los que se incluyen:

Área adultos:



Ybytu, Vientos de cambio

- **CICLOPAPEL**, Papeles artesanales y productos derivados, lámparas, tarjetería para eventos.
- **YBYTU - Vientos de Cambio**, Productos artesanales de librería.
- **LA HUELLA** (Muebles con historia), Restauración y rediseño de muebles y objetos de madera.¹²
- **DELICIAS**, Panificación artesanal.
- **ARTESANIAS URBANAS**, Taller de decoración sobre madera.
- **TALLER DE TELAR**

Área adolescentes:

- **LAZOS. ARTE SOBRE REMERAS**, Remeras pintadas artesanalmente.
- **GASTRONOMÍA y RESTOBAR**
- **PECOHUE**, Compost y Huerta.



Lazos. Arte sobre remeras



Pecohue, Compost y Huerta

11. Dirección General Adjunta de Salud Mental. Gobierno de la Ciudad. Ver en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/emprendimientos_sociales.php (consultada en agosto/12)

12. Ver más en www.lahuellaemprendimientosocial.blogspot.com (consultada en agosto/12)

3.9.1. Emprendimiento Social en Salud Mental CicloPapel

A fin de caracterizar algunos aspectos de estas estrategias de capacitación y de integración sociolaboral describiremos a través de dos de sus coordinadoras, las Terapeutas Ocupacionales Mirta Manghi y Fabiana Fenoglio (2010), la propuesta de **CicloPapel**.

Este emprendimiento funciona desde 1997 en el Servicio de Terapia Ocupacional del H. J. T Borda. Manghi y Fenoglio consideran que la modalidad asistencial que representa este tipo de emprendimiento, que conlleva una actividad productiva, implica una transformación de las estructuras manicomiales. Constituye un espacio terapéutico-laboral, posibilita la capacitación, propicia la autonomía y la reinserción en la comunidad de las personas que padecen trastornos mentales severos y busca obtener rentabilidad económica.

La modalidad de trabajo participativa favorece la horizontalidad, la solidaridad, el encuentro con otro, respetando las diferencias.

“Desde terapia ocupacional se promueve el desarrollo de destrezas y habilidades para el ejercicio de los roles favoreciendo conductas orientadas a la reinserción social, como así también se ejecutan acciones concretas y reales a favor de un desempeño competitivo que requiere de la elaboración, desarrollo, ejecución de estrategias prestacionales”. (Manghi, Fenoglio, 2010)

3.10. Estrategias relacionadas con medios de comunicación

El tratamiento de algunos temas de Salud Mental Comunitaria exige un manejo particularmente cuidadoso por parte de los **medios de comunicación**. En particular en los últimos tiempos dos temas han sido objeto de una difusión mediática inadecuada: **la violencia de género y los suicidios**.

Los equipos de Salud Mental deberían poder trabajar en conjunto con los profesionales de medios de comunicación a fin de pautar las formas y modos de informar sobre estas temáticas. No dejamos de reconocer que nuestra posición tiene cierto sesgo utópico, ya que en la manera hegemónica en que se están manejando los medios, la violencia, el escándalo, lo morboso parecen ser elementos constitutivos. Sin embargo, el trabajar con ellos es parte de la tarea comunitaria básica. Hay que debatir y reflexionar con los agentes mediáticos sobre estas temáticas así como sobre el estigma hacia las personas que padecen problemáticas psíquicas. También es necesario que ayuden a difundir los beneficios de los dispositivos de la Salud Mental Comunitaria. Recordemos que en el material teórico correspondiente al tema **Contexto sociocultural y constitución subjetiva** hemos mencionado el papel que cumplen los medios en la construcción subjetiva tanto a nivel individual, como en la conformación de los colectivos sociales, en la difusión de valores y de modalidades comportamentales.

Un tema interesante en relación a los medios es el del suicidio, pues su abordaje requiere considerar la repercusión sobre los profesionales y los equipos de salud. La problemática de los intentos de suicidio y los suicidios consumados implican una seria preocupación para los profesionales de los equipos de Salud Mental. Por esa razón, el tema debe ser objeto de trabajo en el interior de los equipos en la medida que trata una cuestión de cuidado de la salud de los trabajadores de ese campo. Al respecto, transcribimos algunas de las **recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud**, que han sido retomadas y difundidas recientemente por la **Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación**. Entre las recomendaciones se encuentran:

- *“Las estadísticas deberán interpretarse cuidadosa y correctamente.*
- *Deberán usarse fuentes auténticas y confiables.*
- *Los comentarios espontáneos deberán manejarse con cuidado en vista de las presiones por tiempo.*
- *Las generalizaciones basadas en cifras pequeñas requieren particular atención y las expresiones tales como “epidemia de suicidios” y “el lugar con mayor tasa de suicidios en el mundo” deberán evitarse.*
- *Se debe oponer resistencia a informar el comportamiento suicida como una respuesta entendible a los cambios o la degradación social o cultural.*
- *El cubrimiento sensacionalista de suicidios deberá evitarse de manera diligente, particularmente cuando involucra a una celebridad. [...] Deberá hacerse el mayor esfuerzo por evitar exageraciones. Las fotografías de la víctima, del método empleado y de la escena del suicidio deben evitarse. Los titulares en primera página nunca son la ubicación ideal para informar sobre un suicidio.*
- *Deberán evitarse las descripciones detalladas del método usado y cómo lo obtuvo la víctima.*
- *No deberá informarse acerca del suicidio como algo inexplicable o simplista. El suicidio nunca es el resultado de un solo factor o hecho. Usualmente lo causa una compleja interacción de muchos factores tales como enfermedad mental y física, abuso de sustancias, conflictos familiares e interpersonales y acontecimientos estresantes. Es útil reconocer que una variedad de factores contribuyen al suicidio.*
- *El suicidio no deberá describirse como un método para enfrentar problemas personales tales como bancarrota, incapacidad de aprobar un examen, o abuso sexual.*
- *Los informes deberán tener en cuenta el impacto sobre las familias y otros sobrevivientes en términos del estigma y el sufrimiento psicológico.*
- *Glorificar a las víctimas de suicidio como mártires y objetos de adulación pública, puede sugerir a las personas vulnerables que la sociedad honra el*

comportamiento suicida. En vez de eso, deberá hacerse énfasis en lamentar la muerte de la persona.

- Describir las consecuencias físicas de intentos de suicidio (daño cerebral, parálisis, etc.) puede actuar como elemento de disuasión.”

4. Intervención en catástrofes



Terremoto en Japón 2011

Los textos que trabajan esta temática utilizan tres conceptos: **catástrofes, desastres, emergencias**. En algunos textos pareciera no existir una clara diferenciación entre los dos primeros, aunque la mayoría de los autores que define estos conceptos, establece una graduación entre

ellos en relación a la magnitud del evento, la duración, el sector poblacional afectado y la destrucción de la infraestructura funcional –edificios, redes de comunicación, sistemas de salvataje–.

“Una catástrofe implica un suceso negativo, a menudo imprevisto y brutal que provoca destrucciones materiales y pérdidas humanas, ocasionando un gran número de víctimas y una desorganización social importante. Esta destrucción trae muchas otras consecuencias que perduran en el tiempo.” (Martín & Riera, citados por Márquez González, 2009: 75)

Mar Valero Valero, Mónica García Renedo, y José Manuel Gil Beltrán (s/f) enlistan una serie de definiciones de distintos autores y finalmente precisan las siguientes:

*“**Catástrofe** es aquella situación en que un fenómeno infausto e imprevisto afecta a una colectividad de forma global, incluidos sus sistemas de respuesta institucionales. En la catástrofe, los individuos afectados no podrán contar con ayuda institucional, al menos en los primeros momentos, y tendrá que hacer frente a las consecuencias del fenómeno con sus propias fuerzas.” (Valero Valero et al..a/f: 4)*

Podemos observar que las dos definiciones de catástrofe son diferentes, incluyendo esta última, la afectación de los **sistemas de respuesta institucional**.

En cuanto al **desastre**, lo caracterizan de la siguiente manera:

“Un desastre sería la ocurrencia de un evento o situación traumática –o sus consecuencias–, que puede ser repentino o prolongado en el tiempo, implica un alto nivel de estrés a los individuos e individuos de una sociedad, y provoca daños o pérdidas, de carácter poblacional, material y/o medioambiental, así como perjuicios en la actividad diaria de una zona, tanto a nivel comunitario como individual, por la acción de agentes naturales o la actuación –u omisión– humana.”¹³ (Valero Valero et al..op. cit.:7)

Las situaciones de emergencia revisten menor nivel de impacto:



Erupción del Volcán Puyehue, ubicado en el sur de Chile, en junio/11

“Emergencia: situación que aparece cuando en la combinación de factores conocidos, surge un fenómeno o suceso que no se esperaba, eventual, inesperado y desagradable por causar o poder causar daños o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios o el medioambiente. La emergencia supone

una ruptura de la normalidad de un sistema, pero no excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.” (De Nicolás, citado por Valero Valero, et al. op.cit: 3)



Paisaje nevado de Pieter Brueghel (El Joven), pintor flamenco, 1564/1565 – 1637/38, en el Museo del Prado

En general se suele clasificar a las catástrofes por su origen, o sea las provocadas por eventos **naturales**,¹⁴ las que responden a la acción de los seres humanos, o aquellas que combinan ambos orígenes.

La Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes,¹⁵ brinda un amplio panorama sobre este tema.

13. En cursiva en el original.

14. Muchas veces no son puramente naturales, alguna intervención, o modificación de la naturaleza puede provocar estos eventos **naturales**.

15. La Guía IASC puede obtener en el sitio <http://www.humanitariainfo.org/content/products>

En el texto se utiliza un concepto ampliado de emergencia que podríamos identificar como **Emergencias Humanitarias-Catástrofes**.

Las situaciones de emergencia tienen efectos múltiples en la salud mental y el bienestar psicosocial de la comunidad. Sea cual fuere la situación que desencadena la emergencia, aumenta la vulnerabilidad, en especial en los grupos poblacionales más desprotegidos, agravando las desigualdades sociales. Asimismo aumenta el riesgo de padecimiento psíquico y agrava los problemas existentes. Se pueden identificar y clasificar los problemas, según se presenten como de naturaleza más social o más psicológica y de acuerdo con su temporalidad respecto del evento que ocasionó la emergencia. Así los problemas que se presentan son:

- *“Problemas sociales preexistentes –anteriores a la emergencia– –por ejemplo, extrema pobreza; pertenencia a un grupo que es objeto de discriminación o marginado; opresión política–;*
- *Problemas sociales inducidos por la emergencia –por ejemplo, separación de los miembros de la familia; desintegración de las redes sociales; destrucción de estructuras comunitarias, de la confianza recíproca y de los recursos; mayor violencia por motivos de género– y*
- *Problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria –debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales–.*

De manera similar, entre los problemas de naturaleza predominantemente psicológica cabe mencionar:

- *Problemas preexistentes –por ejemplo, trastornos mentales graves; abuso de alcohol–;*
- *Problemas suscitados por la catástrofe –por ejemplo, duelo, alteraciones emocionales; depresión y ansiedad, incluyendo al trastorno por estrés post-traumático (TEPT)–; y*
- *Problemas inducidos por la asistencia humanitaria –por ejemplo, ansiedad debida a la falta de información respecto de la distribución de alimentos–.”* (IASC, 2007: 2-3)

Al igual que en toda intervención comunitaria, es necesario ante todo realizar un diagnóstico y partir del conocimiento, no solo de los problemas sino fundamentalmente, también de los recursos locales.

La Guía consigna los **principios fundamentales** que deben regir frente a cualquier intervención y son los siguientes:

-
- 1. Derechos humanos y equidad:** proteger a los individuos y a los grupos que corren mayor riesgo de ver afectados sus derechos humanos. Promover la equidad y la no discriminación
-

2. Participación: procurar la participación de las poblaciones afectadas en la respuesta de asistencia humanitaria. En las situaciones de emergencia, hay muchas personas que dan muestras de suficiente resistencia y que pueden participar en las tareas de socorro y reconstrucción, en el diagnóstico de la situación, en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de la asistencia.

3. Ante todo, no dañar: pero es posible que la ayuda cause daños no intencionales. Los equipos deben poder aceptar auditorías y revisiones externas que permitan repensar las acciones realizadas y rediseñar las actividades.

4. Aprovechar los recursos y capacidades disponibles: fomentar las capacidades locales, apoyando la autoorganización, la autoayuda y fortaleciendo los recursos ya existentes.

5. Sistemas de apoyo integrados: es importante que las actividades y la programación estén integradas en sistemas más amplios.

6. Apoyos a niveles múltiples: con respecto a los apoyos, el documento considera que en las emergencias, las personas resultan afectadas de diferentes maneras y requieren diferentes tipos de apoyo. En ese sentido recomiendan para organizar los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, establecer un sistema en múltiples niveles de apoyos complementarios que satisfagan las necesidades acorde a las situaciones diferentes.

La **Guía IASC** ilustra los apoyos mediante una pirámide conformando la base los **Servicios básicos y seguridad**, luego los **Apoyos de la comunidad y de la familia**. Los siguientes serían los **Apoyos focalizados no especializados** y en la cúspide recién estarían los **Servicios especializados**. Todos los niveles de la pirámide son importantes y en condiciones ideales, deberían ponerse en práctica de manera concurrente.



Gráfico 1. Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias.

I. Servicios básicos y seguridad. Es necesario proteger el bienestar de todas las personas mediante el establecimiento o restablecimiento de medidas de seguridad, un adecuado control de la situación y la cobertura de las necesidades físicas básicas –alimentos, albergue, abastecimiento de agua, servicios básicos de salud, lucha contra las enfermedades transmisibles–. Esos servicios básicos deberían establecerse adoptando modalidades participativas seguras y socialmente apropiadas, que protejan la dignidad de los residentes locales, fortalezcan los apoyos sociales locales y movilicen las redes comunitarias.

II. Apoyos de la comunidad y de la familia. Este es un apoyo recomendado para un número más pequeño de personas que están en condiciones de mantener su salud mental y su bienestar psicosocial si acceden a los principales apoyos de la comunidad y de la familia. En la mayoría de las emergencias, hay grandes perturbaciones de las redes familiares y comunitarias debido a pérdidas, desplazamientos o separación de sus miembros y temores y desconfianza en la comunidad. Entre las respuestas de este tipo de apoyo se puede mencionar: el rastreo y reunificación de la familia, la asistencia en los duelos y ceremonias comunitarias de reparación, actividades de educación escolar y extra escolar, actividades para proporcionar nuevos medios de vida y activación de redes sociales. Por ejemplo, mediante grupos de mujeres y grupos de jóvenes.

III. Apoyos focalizados, no especializados. El tercer nivel corresponde al apoyo para un número aun más pequeño de personas, que además necesitan intervenciones más focalizadas a nivel individual, de familia o de grupo por parte de agentes de salud capacitados en estas temáticas. La Guía pone como ejemplo, a las sobrevivientes de actos de violencia por motivos de género que pueden necesitar que los agentes de salud comunitarios les brinden apoyo emocional y les ayuden a lograr medios para ganarse la vida. Este nivel también incluye los elementos de primeros auxilios psicológicos y de atención básica en salud mental brindados por agentes de atención primaria de salud.

IV. Servicios especializados. El vértice de la pirámide corresponde finalmente al apoyo adicional que necesita un pequeño porcentaje de la población cuyos padecimientos rebalsan a los apoyos anteriores, y presentan dificultades para el funcionamiento básico cotidiano. Esta asistencia debería incluir apoyo psicológico o psiquiátrico para personas que padecen trastornos mentales graves, o para aquellos muy afectados por la situación de emergencia. Estos problemas requieren la remisión a servicios especializados, o la atención de agentes especializados. La Guía aclara que en situaciones de emergencias de gran magnitud el número de personas que requieren estos apoyos puede ser bastante grande. El carácter único de cada situación de emergencia y la diversidad de las culturas y de los marcos sociales e históricos dificulta determinar unas normas universales sobre prácticas recomendables.

No obstante, la experiencia recogida en muchas emergencias diferentes permite señalar algunas acciones como aconsejables, así como otras que deberían ser evitadas. (IASC, 2007: 12-15)

La **Guía IASC** enumera bajo los títulos **lo que debe hacerse** y **lo que no debe hacerse**, frente a este tipo de situaciones. Recomendamos su lectura que obra en las páginas 15 a 17.

La **Guía IASC** (2007) distingue tres etapas en las intervenciones:

“1. Preparación para emergencias

La Guía recomienda una serie de acciones que implican la preparación para emergencias. Refieren a la organización, a la coordinación, la información y conocimiento de las problemáticas y de los recursos, elaboración de estrategias, conformación de redes.

2. Respuesta mínima

La Guía define las respuestas mínimas como respuestas de alta prioridad que deben ponerse en práctica tan pronto como sea posible. Puede considerarse que esas respuestas proporcionan el apoyo mínimo de carácter psicosocial a que tienen derecho las poblaciones afectadas. En el Capítulo 3 de la Guía se detalla una Lista de Acciones, y se especifican puntos clave para su desarrollo.

3. Respuesta integral

Esas intervenciones deben realizarse cuando una gran mayoría de las comunidades han recibido la respuesta mínima adecuada al contexto local. Son intervenciones que suelen ponerse en práctica durante la etapa de estabilización y en el período inicial de reconstrucción después de una emergencia.” (IASC, op.cit.:23)

De la **Guía** haremos mención a las respuestas mínimas

“A. Funciones comunes a todas las esferas

- 1.1. Establecer mecanismos de coordinación intersectorial de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.*
- 2.1. Realizar diagnósticos de la situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial.*
- 2.2. Iniciar sistemas y procesos participativos de seguimiento y evaluación.*
- 3.1. Aplicación de un marco de derechos humanos mediante servicios de salud mental y apoyo psicosocial.*

- 3.2. *Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y las deficiencias en los sistemas de resguardo, y responder a dichas amenazas, mediante medidas de protección social.*
- 3.3. *Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y los abusos mediante medidas de protección jurídica.*
- 4.1. *Identificar y movilizar a voluntarios y personal contratado que se adapten a la cultura local.*
- 4.2. *Velar por el cumplimiento de los códigos de conducta y de las guías de ética para personal.*
- 4.3. *Proporcionar formación y capacitación en salud mental y apoyo psicosocial a los trabajadores de ayuda humanitaria.*
- 4.4. *Prevenir y atender los problemas de salud mental y bienestar psicosocial en el personal y los voluntarios.*

B. Esferas básicas de salud mental y apoyo psicosocial

- 5. *Organización comunitaria y apoyo a la comunidad.*
 - 5.1. *Facilitar las condiciones para que la comunidad se movilice, haga suya y tenga un control sobre la respuesta de emergencia en todos los sectores.*
 - 5.2. *Facilitar el apoyo social y los recursos propios de las comunidades.*
 - 5.3. *Facilitar las condiciones para prácticas terapéuticas, cultural y religiosamente apropiadas.” (IASC, op.cit: 35-36)*

La **Guía IASC** explicita y despliega en un cuadro todos los componentes implicados en estas acciones.

En síntesis, consideramos que esta **Guía** es muy amplia y completa. Un estudio profundo sobre todos sus aportes, apoyado con personal adiestrado, con entrenamiento y experiencia en situaciones de catástrofes y de emergencias, sería útil para capacitar a un equipo interdisciplinario, particularmente en zonas en las cuales pueden presentarse estos eventos.

4.1. Ayuda psicológica en situaciones de emergencia

Santiago Valero (2006) considera que el primer objetivo de la ayuda psicológica en situaciones de emergencias consiste en:

“Ayudar en forma inmediata a las personas afectadas a mitigar el impacto emocional de un evento adverso”.

Luego postula como **objetivos específicos**:

- “1. Contribuir a satisfacer las necesidades básicas y de supervivencia.
2. Reducir la tensión y la aflicción.
3. Ayudar a los sobrevivientes a tomar los pasos prácticos para resolver los problemas urgentes causados por el desastre.
4. Favorecer el desarrollo de actividades solidarias y de ayuda mutua.
5. Preservar una zona de seguridad interpersonal para las víctimas.
6. Facilitar el descanso de los supervivientes.
7. Proveer contacto social con familiares y amigos.
8. Asistir a las víctimas para localizar y verificar el estado de sus seres queridos.” (Valero, op.cit. 128)

4.2. Catástrofe social



Condiciones económicas-catástrofe social.

Toda catástrofe afecta al colectivo social. Como hemos descripto anteriormente produce efectos sociales y psicológicos. Una catástrofe **natural** –terremoto, inundaciones, sequía, huracanes– conlleva una catástrofe social. Pero en este rubro nos queremos referir **otro tipo de catástrofe social, producto del accionar destructivo de un sujeto o de un colectivo social.**

El Terrorismo de Estado de la dictadura cívico-militar del 76 y sus efectos en la población responden a esta conceptualización de catástrofe social. Dos hechos caracterizan el accionar siniestro y por ende los impactos sociales acaecidos sobre la población; la desaparición de personas y la apropiación de niños, algunos nacidos en cautiverio y otros apropiados cuando se secuestraba a sus padres.

Los atentados a la Embajada de Israel y a la AMIA, y la Guerra de las Malvinas se inscriben también en este rubro como catástrofes sociales. Las devastadoras políticas neoliberales de la década del 90 que llevaron a la crisis del 2001: desempleo masivo, cierre de fuentes laborales, reducción de los salarios y de las jubilaciones y pensiones, produjeron otra catástrofe social. Un síntoma visible se plasmó en el suicidio de los jubilados.

“En la Argentina de hoy, asistimos a otro tipo de situaciones, que podrían pensarse a la manera de las catástrofes sociales, pero cuya emergencia no está marcada por lo agudo de la situación, sino por su cronicidad para quienes la

sufren y su potencialidad virtual para los que aún no la padecen. ¿O acaso el desempleo no debe ser pensado como una catástrofe social? ¿No está también marcada por otro humano indiferente al sufrimiento del semejante?” (Waisbrot, 2001)

Catástrofes crónicas en la Argentina¹⁶

Vale diferenciar las catástrofes naturales de las sociales, donde se juega la crueldad del ser humano; pero –propone el autor de esta nota– hay catástrofes crónicas, y la crueldad de las inundaciones no es natural.

“El increíble espectáculo de pueblos y ciudades enteros inundados en la provincia de Buenos Aires, ¿podrá seguir situado como catástrofe natural? La negligencia, la indiferencia, la ineptitud o la corrupción de quienes han tenido a su cargo los destinos del país, ¿no podrían ser pensadas como otras formas de la crueldad (menos transparentes, menos brutales, más larvadas, más opacas para los mismos sujetos que la producen) que han transformado en social e histórica una catástrofe que otrora puede haber sido pensada como natural?” (Waisbrot, 2001).

Consideraciones finales

En relación a este material son muchos los textos a los que se puede recurrir para ampliar la información. En ese sentido, varias publicaciones de la OMS/OPS trabajan los temas de diagnóstico comunitario y la problemática de las catástrofes. Pero por su importancia quisiéramos hacer una observación sobre cuestiones que hacen a la ética en el trabajo en Salud Mental Comunitaria.

En el campo de la salud algunas prácticas requieren el Consentimiento Informado. La Ley Nacional de Salud Mental 26657 en el Capítulo IV, artículo 7º, referido a los derechos de las personas con padecimiento mental, en el rubro “j” informa sobre el derecho a recibir una correcta información y a contemplar las Normas del Consentimiento Informado; el rubro “m” hace referencia al derecho a no ser objeto de investigación sin un consentimiento informado. En el capítulo VII, artículo 16, referido a las internaciones, vuelve a estar presente el consentimiento informado. Como puede

16. Fuente: artículo periodístico publicado en el diario *Página 12*, 22-11-2001, Sección Psicología. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/2001/suple/psico/01-11/01-11-22/psico01.htm> (consultado en agosto/12)

leerse en la ley, los artículos aluden a **una persona** que padece una problemática de salud mental y va a recibir un tratamiento, o una internación. En campo de la Salud Comunitaria, las acciones colectivas parecen no estar contempladas en la ley.

Pensamos que muchos interrogantes éticos se abren sobre el trabajo comunitario y que sería necesario elaborar normas que sean pertinentes para las prácticas del campo.

Por último y habiendo llegado al cierre de este primer módulo, esperamos que algunas cuestiones trabajadas en estos materiales teóricos les sean útiles para reflexionar sobre la complejidad de este campo disciplinar y sobre las prácticas que ustedes realizan cotidianamente.

Bibliografía

ALMEIDA, M.C., OLIVER, F. C. (2001): “Abordagens territoriais e comunitárias em Reabilitação de Pessoas com Deficiências: fundamentos para a terapia ocupacional” en C.B. CAMARGO, M.M.R.P. CARLO, (Org.) *Terapia Ocupacional no Brasil: tendências e perspectivas*, São Paulo, Plexus.

BARÚA, A. (2011): *Clinitaria. Andando, de a chiquito, con la gente. Acompañamientos en salud mental desde sensibilidades comunitarias*, Cruz Roja Suiza, Asunción, Paraguay.

BIDEGAIN, M. (2003): “Los Calandras, una vocación comunitaria” en DUBATTI, J. (2003), *El teatro de grupos, compañías y otras formaciones (1983-2002) Micropoéticas II*. Bs. As., Centro Cultural de la Cooperación, Ediciones del Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos.

BREILH, J. (1994): *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología*, Quito, Centro de estudios y asesoría en salud (CEAS).

GIMÉNEZ, M. (2009): “Perspectivas inter-disciplinarias en Salud Mental Comunitaria. Aportes desde Terapia Ocupacional”. Encuentro con residentes de Salud Mental Comunitaria, Puerto Madryn, septiembre de 2009.

GOFIN, J., LEVAV, I. (2009): Capítulo 5. “Del examen preliminar de la comunidad al diagnóstico comunitario en salud mental” en RODRÍGUEZ, J.J. (editor). *Salud mental en la comunidad* (2º ed.), Washington, OPS, Serie Paltex Nº 49.

_____ (1992): “Examen Preliminar de la Comunidad” en LEVAV, I. (comp): *Temas de Salud Mental en la Comunidad*, Washington D.C., OPS.

IASC: *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. <http://www.humanitariainfo.org/content/products>

MALTZ, S. (2011): “FM Desate. La Radio en el Hospital Moyano”. Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional de Terapia Ocupacional. La Plata, 8 al 10 de septiembre de 2011.

MANGHI, M., FENOGLIO, F. (2010): "Dimensión político social en el abordaje de terapia ocupacional en emprendimientos sociales". Trabajo presentado en la Jornada: *Terapia Ocupacional en la Comunidad: las palabras de sus protagonistas*. Resumen publicado por Ocupate el agosto 11, 2010. Disponible en <http://www.noticias.uai.edu.ar/profiles/blogs/terapia-ocupacional-en-la>

MATUS, C. (2007): Capítulo 2. "Características generales del MAPP"; Capítulo 3. "Introducción al Método MAPP"; Capítulo. 4 "Un ejemplo simple de aplicación del MAPP", en *MAPP Método Altadir de Planificación Popular*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

OIT; UNESCO; OMS (2004): *RBC Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*

OLIVER, F.C., ALMEIDA, M.C., TISSI, M.C., CASTRO, L.H., FORMAGIO, S. (1999A): "Reabilitação Baseada na Comunidade – Discutindo Estratégias de Ação no Contexto Sociocultural", *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 10, 1-10.

OLIVER, F. C., GHIRARDI, M. I. G., ALMEIDA, M. C., TISSI, M. C., AUKI, M. (2001): "Reabilitação baseada no Território: construindo a participação na vida social", *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 12, 8-14.

OLIVER, F.C., NICASIO, F. (1999B): "Da Instituição Asilar ao Território: caminhos para a produção de sentido nas intervenções em saúde", *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 10, 67-70.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000): *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*, WHO/MNH/MBD/00.2, Ginebra, OMS, Disponible en http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf (consultado en agosto/12)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1993): *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: los servicios de rehabilitación*, Washington, D.C.: OPS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1989): *Capacitando a la persona discapacitada en su comunidad – Manual de Rehabilitación Basada en la Comunidad*.

SOPRANSI, M. B. (2010): "Crítica y relación: dimensiones necesarias de la ética en la Psicología Comunitaria" en ZALDÚA, G. (comp.), *Epistemes y prácticas de Psicología Preventiva*, Buenos Aires, EUDEBA.

TESTONI, CECILIA R.T. (2010): "Radio En la Mira", un dispositivo de salud mental en forma de comunidad". XV Congreso de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Santiago de Chile, mayo de 2010.

VALERO VALERO, M., GARCÍA RENEDO, M. y GIL BELTRÁN, J. M. (S/F): "Conceptualización y delimitación del término desastre" en Jornades de Foment de la Investigació, Universitat Jaume. Disponible en <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi7/desastre.pdf> (consultado en agosto/12)

VALERO, S. (2006): Capítulo VI "Primera ayuda psicológica" en *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*, Washington, D.C. OMS, OPS.

VARO, J. (1994): *Gestión Estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos.

WAISBROT, D. (2001): "Lo social y lo "natural" en la psicología de las catástrofes. Catástrofes crónicas en la argentina" en *Página 12*, 22.-11-01. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/2001/suple/psico/01-11/01-11-22/psico01.htm>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003A): International Consultation to Review Community-Based Rehabilitation (CBR), Helsinki, 25-28 May 2003, WHO/DAR/03.2., Geneva, WHO

ZALDÚA, G., LODIEU, M.T., BOTTINELLI, M.M., PAWLOWICZ, M.P. (2003): "Cuestiones desde la epidemiología crítica: trabajo y salud" en *XI Anuario de Investigaciones*, Buenos Aires, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología – UBA.

ZALDÚA, G. (2005): "Dispositivos Preventivos en situaciones de Catástrofe y Microtrauma cotidiano en los Equipos de Salud de un Hospital Público de CABA." V Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático y V Congreso Nacional Los Factores Humanos en la Emergencia. Sociedad Argentina de Psicotraumatología. Traumatic Stress Studies World Psychiatric Association, 23 al 25 de junio de 2005, Buenos Aires.

ZALDÚA, G., LONGO, R., ESTRADA MALDONADO, S. y SOPRANSI, M. B. (2010): VI. 2. "Espacios assemblearios y transformación comunitaria" en ZALDÚA, G. y BOTTINELLI, M.M. (comp.), *Praxis Psicosocial en Salud, Campos epistémicos y prácticas participativas*, Buenos Aires, EUDEBA.

Páginas web de estrategias comunitarias

Clinitaria

Qué es Clinitaria: <http://www.youtube.com/watch?v=IfnH6StkRBA>

Clinitaria – material de divulgación: <http://www.youtube.com/watch?v=hFd4uCc8H5s>

Documental (dos partes) y entrevista a Barúa: <http://elriodeheraclito.wordpress.com/2011/08/27/clinitaria-andando-por-los-banados-de-asuncion/>

Frente de artistas del Borda

Página web: www.frentedeartistas.com.ar/

Blog: www.frentedeartistasdelborda.blogspot.com/

Circo Social del Sur

Página web: <http://www.circosocialdelsur.org.ar/>

La Colifata

Página web: www.lacolifata.org/

FM Desate

Página web: <http://www.fmdesate.org/>

Radio en la Mira

Facebook: <http://www.facebook.com/pages/Radio-en-La-Mira-877/261593313855154>

Los Calandracas

Página web: <http://ccbarracas.com.ar/los-calandracas/>