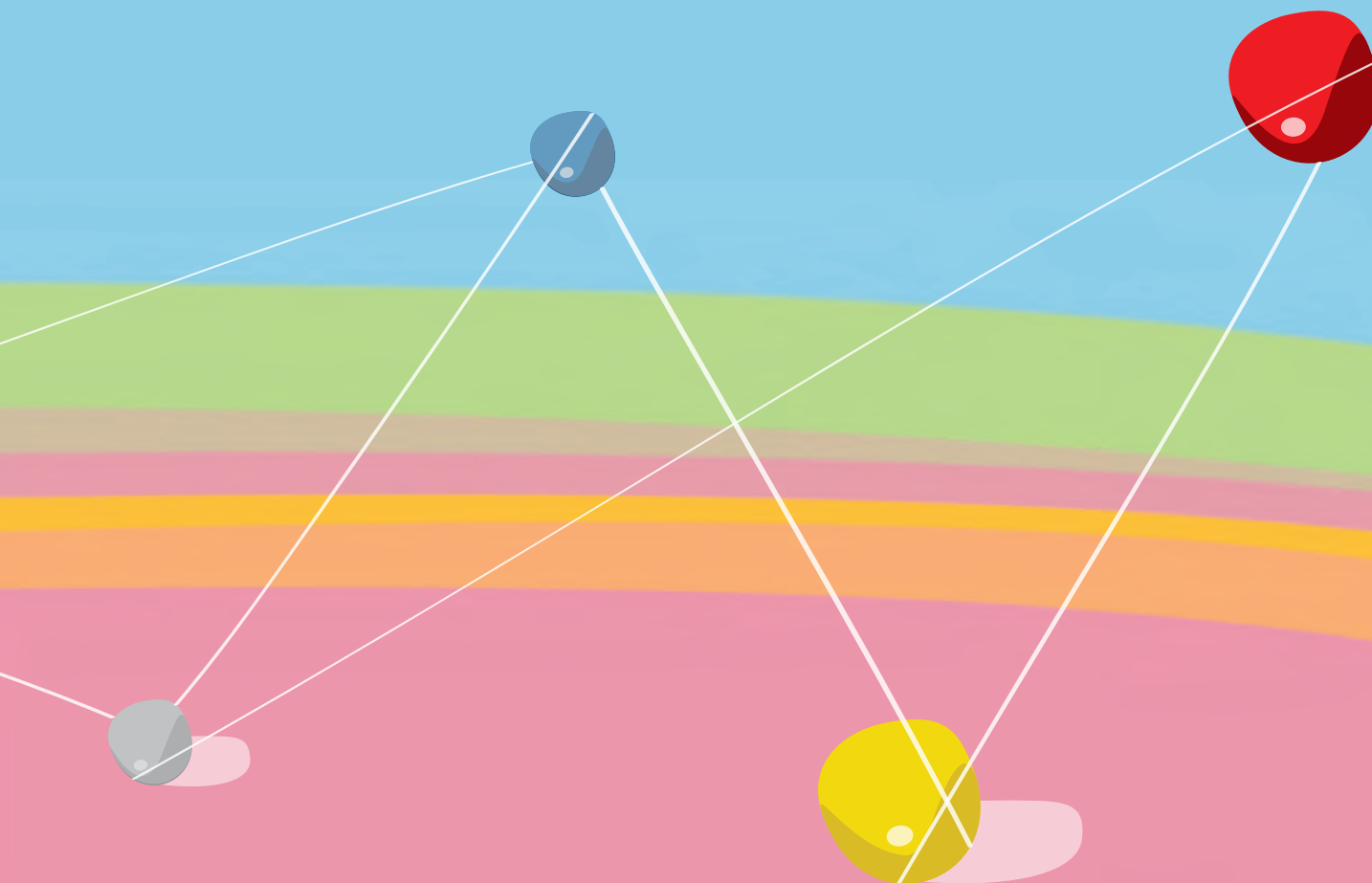


# Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental

Debate y producción en base a la nueva Ley de Salud Mental



Julieta Oddone - Mariángeles Vallejos

# Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental

Debate y producción en base a la nueva ley de Salud Mental

**Director**..... Flavio Peresson

**Asesora**..... Lic. Cecilia Pagola

**Autoras**..... Julieta Lucía Oddone Domke - Legajo 17211/1 - julioddone@hotmail.com

Mariángeles Itatí Vallejos - Legajo 17193/7 - mariangelesvallejos@gmail.com

**Sede de la Facultad**..... La Plata, Buenos Aires, Argentina.

**Programa de Investigación**..... Comunicación, planificación y gestión.

**Fecha de presentación**..... Agosto 2013

**Resumen de la tesis**..... El presente trabajo de tipo exploratorio abordó las nociones y conocimientos que los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitaria Franco Basaglia tenían acerca de la nueva Ley de Salud Mental 26.657. El recorrido se llevó a cabo mediante una planificación comunicacional, cuya estrategia fue desarrollar el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental, con el fin de generar un espacio de debate y reflexión con los usuarios acerca de la normativa antes nombrada.

A partir de una perspectiva de Comunicación-Educación para la Salud, se forjó un espacio participativo que tuvo implicancias en todos los momentos de la planificación (diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación).

La presente tesis intenta rescatar la voz de los usuarios otorgándole valor a sus experiencias y vivencias en relación a la temática; a su vez que plantea al campo de la salud mental como un nuevo ámbito de inserción para los comunicadores sociales.

**Palabras Claves**..... Salud mental-Comunicación, Planificación, Ley de Salud Mental, Desmanicomialización, Educación, Taller, Investigación-Acción-Participativa.





## Breve historia de Marco Cavallo

“El viejo hospital San Giovanni, el manicomio de Trieste, tenía dos puertas opuestas: la de la entrada, en un lado, y la de la morgue, en el otro.

Marco era un caballo que tiraba del carro de la lavandería. Ya estaba viejo, y no podía seguir trabajando, pero todos lo conocían. Alguien consiguió un campito y allá fue Marco, a terminar sus días en libertad. Marco era el primero, el único, que había traspuesto las murallas del manicomio con vida.

La historia fue retomada en un taller que se realizó en ese hospital, en tiempos de la gran reforma. Pacientes y artistas plásticos, y otros miembros de la comunidad, construyeron un enorme caballo azul cuyo vientre llenaron con papeles de colores, deseos escritos en ellos, juguetes y otros objetos.

El caballo, montado sobre ruedas, lideraría una columna de personas movilizada por las calles. Pero al momento de salir del hospital el caballo era demasiado grande, no pasaba por la reja. Las vallas, entonces, fueron derribadas”<sup>1</sup>.



Agradecimientos	7
Dedicatoria	9
Prólogo	11
<b>1 Introducción</b>	<b>15-21</b>
1 Acerca del tema	15
2 Antecedentes	18
3 Objetivos	20
<b>2 Presentación de la organización</b>	<b>23-25</b>
1 El Centro Basaglia	23
2 Los usuarios	24
<b>3 Contexto</b>	<b>27-42</b>
1 Psiquiatría: antes y después	27
1 El caso Basaglia	30
2 Salud Mental en Argentina	33
1 Siglo XIX	33
2 Siglo XX	34
3 Ley 2440. Río Negro: el primer referente argentino	38
<b>4 Una nueva Ley</b>	<b>45-54</b>
1 Sustento Internacional	45
1 Declaración de Caracas	45
2 Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental	46
3 Principios de Brasilia	48
2 Ley Nacional 22914	49
3 Ley de Salud Mental 26657	50
1 Derechos que otorga la Ley 26657	51
2 ¿De qué se trata la internación según la nueva Ley?	52
3 Manicomio y dispositivos alternativos. Rol de los profesionales	53
<b>5 Comunicación</b>	<b>57-66</b>
1 Desde la comunicación	57
2 Planificación comunicacional	60
<b>6 El rol del comunicador en el campo de la salud mental</b>	<b>69-71</b>
<b>7 Marco Metodológico</b>	<b>73-79</b>
1 La entrevista	75
2 Observación Participante	76
3 El taller	77

<b>8 Puesta en marcha</b>	<b>83-124</b>
1 Diagnóstico: "El taller de derechos"	83
2 Planificación	88
1 Objetivos de la planificación	88
2 Resultados esperados de la planificación	88
3 Estrategia: comunicación-educación para la salud	88
4 Diseño de la estrategia	91
3 Planificación de los encuentros del taller	93
4 Criterios de evaluación de la planificación	103
1 Evaluación de la planificación	104
5 Evaluación del taller	105
1 Encuentro N° 1	106
2 Encuentro N° 2	110
3 Encuentro N° 3	114
4 Encuentro N° 4	118
5 Encuentros N° 5 y 6	119
6 La mirada de la organización	123
Spots radiales	127

<b>9 A modo de cierre</b>	<b>131-140</b>
1 Conclusiones	131
2 Reflexiones finales	135
1 Lo que falta	136
2 Las obligaciones de todos	137
3 El proceso de tesis	138
Bibliografía	143-146
Material anexo	149



*Queremos agradecer la colaboración de las siguientes personas, quienes de diferentes maneras, aportaron en nuestro proceso de tesis.*

**Flavio Peresson**, por asumir la Dirección del presente trabajo, confiando en este proyecto y en nosotras como ejecutoras.

**Cecilia Pagola**, por su presencia fundamental en este recorrido y por sus aportes, tanto en lo académico como en lo personal, que nos hicieron crecer y consolidar nuestro rol durante todo el proceso.

**Usuarios del Centro Basaglia**, quienes contaron sus experiencias y aportaron sus ideas para transformar la penosa realidad a la que muchas veces está ligada el padecimiento mental. Sin ellos, y la confianza que depositaron en nosotras, hubiera sido imposible esta tesis.

**Centro de Salud Mental Comunitaria Franco Basaglia**, por servir de escuela para entender la salud mental desde otra perspectiva, por confiar y motivar la realización de nuestra intervención y por la predisposición constante para colaborar en todo lo que necesitamos.

**Juan Gilabert**, quien se ofreció a poner el cuerpo junto a nosotras en el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental, y quien nos acompañó en diferentes momentos de la tesis.

**Fernando Rossi**, quien generosamente aportó su voz en la producción de los spots radiales.

**Juan Kathrein**, por la edición de los spots radiales, donde nos brindó su impronta creativa de manera solidaria.

**Mariano Gobbi**, por pensar y trabajar en la identidad visual de esta tesis.

**Susana Fernández Carral**, por el aporte teórico-político en relación a la comunicación y la salud.

**Andrea Iotti**, por leer esta tesis y brindarnos su mirada.





Le dedico este trabajo a mi querida familia,  
especialmente a Mamá, Papá, Mauri, Marcos y la Nonni.

A mis amigas y amigos, la familia que adquirí.

A Dami, por acompañarme.

### **Angie**

A mi Mamá y Milton, a quienes amo y admiro profundamente,  
gracias por estar de manera incondicional, por crecer conmigo  
y darme todas las posibilidades de ser.

A mi familia, por la compañía a la distancia y el aliento  
a seguir, siempre.

A mis amigas y amigos, porque sé que mi felicidad también es  
la de ellos, gracias por estar siempre y aguantarme.

A Sancho, a quien agradezco eternamente su compañía y  
principalmente su paciencia absoluta. Gracias por caminar la  
vida conmigo.

A mis compañeros de militancia, por la determinación y la  
constancia de avanzar y construir un lugar cada día mejor.

### **Juli**



## Prólogo

A modo de inicio nos parece importante poder transmitir a nuestros lectores que el proceso que llevamos adelante posee una doble perspectiva:

En primer lugar: decidimos enmarcar nuestra investigación en los parámetros de la planificación comunicacional entendiendo como central los momentos que ésta propone: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; pero adaptando dichos pasos a la realidad con la que nos encontramos al momento de abordar la pregunta que motiva este trabajo:

### **¿los usuarios del Centro Basaglia conocen la Ley de Salud Mental 26657?**

Es así que mediante la planificación pudimos considerar una estrategia comunicacional que permita encontrar respuestas al objetivo planteado (ver capítulo 1.3 Objetivos).

En segundo lugar: el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental, que funcionó como parte de la estrategia para lograr los objetivos, también operó a modo de validación de la investigación, ya que pudimos constatar efectivamente el diagnóstico previo que traíamos de una instancia anterior a la tesis por nuestra cercanía al Centro Franco Basaglia.

Vale aclarar que el análisis de situación que se llevó a cabo en la organización data de estas experiencias pasadas que no detallaremos en profundidad en este trabajo de tesis, pero que sí podrán ser observadas en los anexos, ya que partimos de ese análisis para el trabajo actual.





# Introducción





# 1 Introducción

## 1 Acerca del tema

La presente tesis se propone como objeto de estudio las nociones que los usuarios <sup>1</sup> del Centro de Salud Mental Comunitaria Franco Basaglia de La Plata tengan o adquieran acerca de los derechos que otorga, y también los puntos más relevantes, de la nueva Ley de Salud Mental 26657.

La motivación para la elección de esta temática, con esa organización en particular, surge a partir de nuestra presencia en dicho espacio durante los años de cursada de la Licenciatura durante el 2010, continuando en el 2011 como un espacio de trabajo extracurricular a la Facultad.

Fue en el contacto con las mujeres y los hombres que integran el Centro de Salud Mental que se pudo observar lo que aquí representa nuestra pregunta de investigación: ¿los usuarios del Centro Basaglia conocen la Ley de Salud Mental 26657? Dicha pregunta también parte del desconocimiento que como estudiantes teníamos acerca de lo relacionado al campo de salud mental como otro espacio de intervención desde la comunicación.

Este trabajo de tesis de tipo exploratorio, esta basado en las prenociones que tienen los usuarios acerca de la ley para poder pensar el aporte del comunicador en esta problemática,

algo que comenzamos a preguntarnos cuando iniciamos nuestras prácticas en el Centro Basaglia en el año 2010.

Hasta el 25 de noviembre de dicho año, día en que la Ley fue sancionada, cualquier paciente psiquiátrico tenía negado de por vida el derecho al voto, a heredar y a usufructuar sus bienes libremente; entre otras prohibiciones. Para este tipo de acciones, se requería de la presencia de un curador o tutor que tome las decisiones por dichas personas. A su vez, el manicomio como institución de encierro –avalada por el Estado–, tendía a segregar a miles de hombres y mujeres año a año, acrecentando el estigma que se construye sobre este tipo de problemáticas.

Durante nuestro paso por la organización pudimos ver que en las instancias previas a la sanción de la ley no existía ningún espacio formal destinado a su tratamiento y reflexión. Cabe destacar que el equipo de profesionales del Centro participaron en la elaboración de la nueva normativa y también de los actos y movilizaciones que se impulsaron con el objetivo de concretar su aprobación. Si bien este paso jurídico fue conversado con los usuarios, no se le otorgó un lugar específico para ello ni antes ni después de la sanción.

1 Utilizamos el término “usuario” para nombrar a las personas que concurren a la organización, adecuándonos a la jerga que Basaglia empleaba para dar cuenta de la horizontalidad de la relación entre médico y paciente al interior del Hospital. Entonces, se deja de lado el término “paciente” para empezar a nombrarlo como “utente”, que significa usuario, derivado del latín *ut*; uso, que designa a la persona que utiliza un servicio y no el que espera ser atendido (Rodríguez Cebeiro, 1998).





Por consiguiente, consideramos que para lograr la reintegración a la sociedad de estos colectivos que fueron excluidos históricamente, es necesario en principio, que las personas con padecimiento mental conozcan y se apropien de lo que propone la nueva ley, ya que son los principales interesados en hacer que esos derechos se cumplan.

En base a este análisis de situación que pudimos hacer gracias a nuestra presencia en la organización, propusimos una planificación comunicacional que trató de responder a la necesidad de que las personas con padecimiento mental aborden esta nueva normativa y la tomen como propia.

En este sentido, consideramos que nuestra intervención se enmarca en una estrategia de comunicación y salud, entendiéndola según las palabras de Fernández Carral y Villa, quienes sostienen que ello “no implica persuasión ni imposición informativa, sino que representa lo que se espera como el producto de un diálogo sintetizador de los intereses colectivos en relación con las problemáticas de salud, histórica y políticamente situadas. Es decir, representa la instancia de problematización de la comunidad sobre las experiencias de salud-enfermedad-atención propias, desde donde surgen los

sucesos de transformación que deben dar origen a discursos y prácticas” (Fernández Carral, S. & Villa, A., 2012).

Es por ello que consideramos que el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental posibilitaba un espacio de transformación con la comunidad, propiciado por las alternativas en el tratamiento de esta problemática que propone la ley 26657.

Por su parte, la estrategia de comunicación-educación para la salud, promueve acciones comunitarias que propician estilos de vida saludables, a la vez que pueda brindar herramientas para ejercer el derecho y la responsabilidad que implica llevar adelante políticas favorables a la salud y al bienestar colectivo.

En este sentido, la comunicación favorece el desarrollo de estilos de vida saludables a partir de diversas estrategias, como lo fue el presente taller, donde propusimos el conocimiento de dicha normativa para generar un posicionamiento más activo por parte de los usuarios en relación a sus tratamientos (The Communication Initiative Network, 2004).

En relación a lo anterior, si bien propusimos trabajar con los usuarios del Centro diversas herramientas de comunicación para que se conociera la nueva normativa, lo central siempre



estuvo puesto en el proceso que llevaría a ese resultado. Es decir, al conocer la organización pudimos entender que por su lógica de trabajo, lo central era proponerles un espacio en el que los usuarios del Centro pudieran expresarse y dialogar partiendo de sus experiencias cotidianas y lograr, a corto plazo, un producto concreto en el que ellos vieran plasmadas sus intervenciones.

De este modo, entendimos que trabajar desde la planificación comunicacional era central ya que podía aportar en todos estos sentidos, buscando:

- Generar espacios de reflexión, discusión y participación colectiva.
- Sistematizar experiencias cotidianas y ponerlas en común.
- Sistematizar experiencias pasadas para tomarlas o transformarlas.
- Racionalizar y sistematizar acciones con el fin de cumplir los objetivos.
- Evaluar el proceso que se dio para lograr los objetivos propuestos y conocer si éstos pudieron realizarse o no y cómo.

La planificación comunicacional no sólo nos otorga el

marco para trabajar desde la comunicación como proceso de producción social de sentidos, sino también como proceso mediante el cual es posible darle un orden y sistematización a un trabajo colectivo de debate y reflexión.

El momento de gestión implica tomar caminos, decisiones, evaluar los medios y acciones estratégicas para vincular mediante la planificación la situación actual con el horizonte deseado de cambio.

De este modo, y como parte de la estrategia a la que responde nuestra planificación, se vuelve central poder plantear la realización de un taller como herramienta fundamental que mejor se adapta a la realidad con la que trabajamos. Esta acción nos permite validar nuestro diagnóstico en un primer momento, además del trabajo con la Ley.

El taller sobre la nueva ley resultó un canal a través del cual muchos de los usuarios conocieron esta normativa. En este sentido, era necesario un espacio concreto destinado a esa función ya que el lenguaje técnico con el que está redactada la nueva ley resulta un obstáculo; tanto para una persona que tenga sufrimiento mental, como para alguien ajeno a la temática jurídica.



Por tanto, la idea de realizar un taller fue la adecuada para poder crear un espacio, no sólo de debate, sino también de comprensión de la Ley donde resultaba central el aporte de la comunicación.

Por otra parte, se tornó indispensable tener en cuenta que la comunidad platense debía estar al tanto de los cambios de legislación. Principalmente, para que pueda acompañar a estos hombres y mujeres en el proceso que significa volver –o ingresar por primera vez– a la sociedad, a la ciudad, a los espacios públicos.

Pensamos en realizar una planificación que tuviera en cuenta el espacio de reflexión y problematización en relación a la Ley 26.657; y también que de ese proceso surgiera un producto colectivo en el que los usuarios pudieran ver plasmado en clave comunicacional todo lo trabajado en los encuentros. Si bien este no es el objetivo principal del trabajo de tesis, sí fue un punto importante que buscó plasmar los debates, las reflexiones y conclusiones generadas en el ámbito de los encuentros. Estos spots radiales dan cuenta de lo que trata la nueva Ley de Salud Mental, a partir de la creación, redacción y producción de los mismos usuarios que no tuvieron reparo en

participar de esta instancia, sino todo lo contrario.

Lo central es que la tesis no está aislada del contexto social sino todo lo contrario, parte de una problemática puntual anclada en lo que pasa en la sociedad con respecto a la salud mental. Por lo tanto, es necesario que se dialogue no sólo con los participantes del Centro Basaglia, sino también con diversos estratos sociales sobre la temática para tener una mirada amplia y heterogénea. Por eso, también se planteó un producto comunicacional destinado a la comunidad platense, para que ellos también conozcan de qué estamos hablando y cuál es la problemática trabajada.

## 2 Antecedentes

En base a esta temática es necesario decir que hay pocos estudios realizados en la Facultad de Periodismo y Comunicación Social respecto a la salud mental y la comunicación, por eso, resulta relevante indagar y producir en base a este territorio aún sin explorar.

Las producciones previas que funcionaron como antecedentes a la presente tesis son:



*-“La comunicación como medio de construcción de nuevas subjetividades en el ámbito psiquiátrico y social”  
de Albertina Dore y Valeria Bonavetti.*

Consideramos que dicha tesis resulta significativa como antecedente a la nuestra ya que plantea como objetivo analizar el aporte que brinda la comunicación social en la construcción de nuevas subjetividades respecto a “la locura”. Además, se aborda la relación de los hombres y mujeres con padecimiento mental con las prácticas comunicacionales que contribuyen a la desnaturalización y resignificación de la relación entre pacientes/sociedad.

Asimismo, nos aporta al debate sobre la apropiación que los actores del Centro de Salud Mental hacen de la palabra. Podemos decir que este trabajo resulta un antecedente valioso al nuestro ya que se posiciona del mismo lado al entender que el espacio y tiempo determina la historia de los sujetos, y que por lo tanto, no hay actividad psíquica desvinculada de la práctica y la experiencia de los individuos.

También abordamos el recorrido de la “locura” en nuestro país para entender que no siempre fue considerada una enfermedad mental, y por ello, un motivo de encierro. Dicha tesis plantea un recorrido interesante desde donde entender los imaginarios acerca del padecimiento mental.

*-“Rompiendo muros. Radio La Colifata del Hospital Borda”  
de Andrea Schafer.*

La tesis de investigación de Andrea Schafer trabaja la relación entre comunicación y salud mental. En este caso, se toma a LT22 Radio La Colifata del Hospital Borda, como ejemplo.

De esta manera, tomamos como antecedente de la temática a este trabajo, puesto que parte de la base de utilizar a la comunicación como forma de abordar a la salud mental. Propone estudiar dicha temática dentro de nuestro campo de estudio, sin acotarlo a la medicina, la psiquiatría o la psicología; que podrían ser lugares comunes para una investigación.

También se puede observar en el trabajo de Schafer, que se piensa a La Colifata como práctica significativa, que lo que busca es desnaturalizar los discursos en relación a la “locura”; separándola de los estigmas de peligrosidad, violencia, desmesura, entre tantas otras cosas.

Por todo lo dicho anteriormente, nos parece que la existencia de esta tesis de grado supone un gran antecedente a nuestro trabajo porque parte de la misma premisa: la comunicación como una herramienta para colaborar en el proceso terapéutico de la persona con padecimiento mental y la necesidad de reintegrar a la sociedad a este colectivo estigmatizado y excluido.



*-“Áreas de comunicación social e institucional para la transformación en una institución psiquiátrica” de Enrique Pérez Balcedo.*

Este trabajo de grado trata sobre un caso específico que busca proyectar áreas de comunicación institucional en el Hospital Alejandro Korn de Romero, puede ser significativo su aporte teórico ya que aborda cuestiones como:

- El origen del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero
- Redes de intercambio para la producción de sentidos
- La función del comunicador social y su profesión en el equipo de salud mental
- Enfoque comunicacional sobre el estigma de la enfermedad psiquiátrica

En este sentido, podrá resultar útil en tanto aborda los aportes que brinda la comunicación social en la puesta en marcha de un proceso de cambio que tiene por escenario a las instituciones psiquiátricas.

Consideramos importante decir que ninguno de los antecedentes nombrados tiene el mismo objeto de estudio que nuestro trabajo y además las formas de intervención que proponen tampoco son las mismas, ya que nosotras trabajamos desde la investigación acción participativa (IAP).

La investigación acción participativa es una metodología que pretende que el “objeto de estudio”, en este caso las nociones de los usuarios con respecto a la Ley 26657, sean las protagonistas en la construcción de conocimiento colectivo acerca de sus realidades cotidianas. De este modo, se trabaja mediante un proceso de debate y reflexión con el fin de lograr la transformación social.

### **3 Objetivos**

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos formular los siguientes objetivos de la tesis:

*Objetivo general:*

-Aportar al campo de la salud mental mediante diferentes estrategias de comunicación para posibilitar el debate, la reflexión y la difusión de la nueva Ley de Salud Mental.

*Objetivos específicos:*

-Validar el diagnóstico realizado durante los años 2010 y 2011 sobre el conocimiento que los usuarios del Centro Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia tienen acerca de la Ley 26.657 que permita una posterior planificación comunicacional.

-Planificar una estrategia de comunicación en el Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia de La Plata con los usuarios de dicho dispositivo.







## 2 Presentación de la organización

### 1 El Centro Basaglia

En el marco de la presente tesis, como se dijo previamente, hemos decidido trabajar con el Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia, ubicado en el centro de la ciudad de La Plata. El acercamiento a esta institución se dio en el año 2010 cuando, con motivo del Taller de Planificación Comunicacional en Políticas Públicas, comenzamos a intervenir mediante un taller de radio. Dicha proximidad nos valió el conocimiento de los integrantes de la organización, como también la visión política del grupo en torno a la salud mental. También las actividades que se realizan en el Centro Basaglia y el modo de funcionamiento de esas tareas.

La institución fue fundada el 23 de octubre de 2007 y pertenece al Servicio de Externación del Hospital “Alejandro Korn” de Melchor Romero. En esta organización se trabaja en la inserción comunitaria de los usuarios mediante talleres, espacios de terapia individual y grupal, acompañamientos en crisis y en externación. Estas tareas se llevan adelante por un grupo interdisciplinario integrado por diez trabajadores rentados y 49 operadores comunitarios ad honorem.

En referencia al nombre de la organización, se puede pensar que no fue una elección azarosa, ya que Franco Ba-

saglia es el nombre del psiquiatra italiano que trabajó por la desinstitucionalización de pacientes y el dismantelamiento del hospital psiquiátrico. Según las palabras de Patricia Pauluc, coordinadora de la institución: “fue para mencionar que el dispositivo tenía que ver con un movimiento institucional, político. Era como redoblar una apuesta, hacerla más fuerte. Y “Salud Mental Comunitaria” era también para mencionar que había que trabajar en la comunidad y con la comunidad, había que empezar a incluirla”<sup>2</sup>.

En cuanto a su labor, como dispositivo de atención en salud mental comunitaria, con formato de hospital de día, “apunta a lograr la estabilización de la persona con padecimiento mental y a la recuperación de su autonomía, junto al despliegue de sus capacidades individuales (actuales y potenciales) que en el encierro quedan sometidas y disminuidas. Esto se realiza teniendo en cuenta todas las áreas del sujeto: trabajo, familia y lazos sociales” (Fundamentación del C.S.M.C.Franco Basaglia).

Cabe aclarar que más allá del formato de hospital de día, la organización decidió que eso no sea parte de su nombre, ya que “centro de día”, naturalmente, acota a actividades sólo





diurnas. En cambio “Centro de Salud Mental Comunitaria” abre las puertas a actividades de atención de los usuarios en cualquier momento, incluso en caso de una crisis, esa atención puede hacerse en la comunidad a cualquier hora.

Por otro lado, cabe decir que “el Centro apuesta al cumplimiento de los derechos humanos, considerando que esto es lo que permite la recuperación de la persona con padecimiento mental, y a la restitución del derecho a vivir en comunidad. Suponiendo que la comunidad debe ser activa y responsable de la construcción de ese nuevo espacio de recibimiento de las personas que han sido excluidas. El enfoque de trabajo propuesto por la organización articula la promoción, la prevención y la asistencia” (Fundamentación del C.S.M.C. Franco Basaglia).

## 2 Los usuarios

Al día de la fecha concurren a la organización alrededor de 50 usuarios, entre los cuales se encuentran diferentes casos: por un lado hay 11 personas aún internadas en el Hospital Alejandro Korn que realizan actividades periódicas en el Centro Basaglia, la mayoría de ellos derivados de salas de

Crónicos; ocho usuarios que sólo realizan consultorios externos con entrevistas psiquiátricas mensuales o quincenales y 29 que están externados pero tienen asistencia diaria.

La modalidad de intervención se realiza en la comunidad, por eso existe la figura del operador comunitario o referente, algo similar a un acompañante terapéutico. Estas personas se encargan de acompañar en el día a día y en lo cotidiano al usuario, como complemento a los espacios de consulta psiquiátrica y psicológica, tanto grupal como individual.

**En el centro Basaglia se sostiene que aquellas personas que pasan largos períodos en los hospitales psiquiátricos padecen un enorme aplanamiento. Especialmente cuando estos períodos significan años, incluso décadas. La idea del establecimiento es luchar contra dicho aplanamiento y prepararlos para el futuro en la comunidad**



Es por ello que se llevan a cabo diversas actividades que van más allá de la terapia psicológica o las entrevistas psiquiátricas, como son los talleres. Dentro de estos espacios se encuentran dos grupos:

*-Los talleres con fines productivos:* para ayudar a los usuarios a generar un ingreso mediante su trabajo y su compromiso con el espacio –Taller de Feria Americana “El ropero de Franco”, Taller Aromancia (sales, jabones y alfombras), Taller de Encuadernación “Porá”, Taller de cocina “La Cucina de Franco”, Taller de chocolate “Dolche”-.

*-Talleres expresivos:* donde se fomenta la creación propia del usuario, a partir de sus vivencias e inquietudes –Taller de Radio “Gladiadores de la sonrisa”, Taller de Dibujo, Taller de Música, Taller de Multimedia-.





## 3 Contexto

### 1 Psiquiatría: antes y después

*“La historia de la psiquiatría es la historia de los psiquiatras y no la historia de los enfermos” (Basaglia, 2008)*

Para comenzar a profundizar sobre lo que contextualiza a la presente tesis, es preciso reconocer cuáles fueron las diferentes concepciones de la locura que existieron a lo largo de la historia y cuáles se consideraban las mejores maneras de abordarla.

Es pertinente decir, con respecto a este tema, que los períodos de la historia de la locura, o de la psiquiatría como disciplina, siempre tienen vinculación con las condiciones socio-históricas que los enmarcan. En este sentido, es importante tener en cuenta que los diferentes momentos de la medicina también tuvieron influencia en la comprensión y el análisis de cualquier fenómeno vinculado a la subjetividad de las personas.

Para trazar una línea histórica partiremos desde el momento en que al “loco” se lo empezó a categorizar de dicha manera, previo a la psiquiatría. Para citar ejemplos, la medicina griega de Hipócrates se explayó sobre términos de “histeria”, “manía” o “melancolía”, que formaban parte de lo que llamaban “la enfermedad nerviosa”. Posteriormente a ello, algunas comu-

nidades preindustriales –africanas y caribeñas especialmente- asociaban la locura con una esfera mágico-religiosa en las que se entendía a esta enajenación en un sentido positivo, ya que dichas personas poseían un contrato privilegiado con la divinidad (Pasquale, 2000, p.16).

Fue a partir del siglo XVIII cuando la medicina occidental comenzó a buscar la explicación anatomofisiológica para cada fenómeno patológico. Este intento por entender los síntomas del hombre desde la biología humana llevó a que se comenzaran a buscar causas cerebrales orgánicas para aquellos comportamientos inusuales. Coincide en el tiempo con el avance de la Medicina Científica y el surgimiento de la clínica médica, pero faltarían aún 50 años para que la psiquiatría se consolide como disciplina.

Un caso paradigmático en la historia de la psiquiatría, sin dudas, fue el de Philippe Pinel quien hacia finales del siglo XVIII en Francia “consiguió humanizar las condiciones de los locos encerrados en cárceles y leproserías, (...) organizando un hospital especial, según un método de tratamiento moral” (Pasquale, 2000, p.18), en este caso, tratamiento moral se lo entiende como sinónimo de psicológico. Estamos en el contexto de la Revolución Francesa que planteó un reordenamiento



de la sociedad, basándose en términos jurídicos y éticos. Lo anterior, en articulación con las transformaciones en las relaciones económicas y en consonancia con el capitalismo que empezaba a surgir con fuerza.

A su vez, Pinel lo que proponía era que se dejara de considerar al loco como un delincuente o un embrujado para pasar a entenderlos como alienados mentales, es decir que se los comienza a asociar con la enfermedad. A su vez, presentó otro tipo de intervenciones para con estos sujetos, que hasta ese entonces eran torturados mediante azotes, inmersiones y otras calamidades “con fines terapéuticos”.

Lo que quizás no pudo prever Philippe Pinel fue que esta nueva institución sería una hermana gemela de la cárcel y del leproario; y que las antiguas torturas pasarían a llamarse “contenciones físicas”: cadenas y camisas de fuerza, por nombrar algunas. “Empieza así el calvario del loco y el gran destino del psiquiatra. Luego de Pinel, en la historia de la psiquiatría aparecen nombres de grandes psiquiatras; pero del enfermo mental sólo existen denominaciones, etiquetas: histeria, esquizofrenia, manía, astenia. La historia de la psiquiatría es la historia de los psiquiatras y no la historia de los enfermos” (Basaglia, 2009).

Ya en el siglo XIX, con el auge del positivismo, se vio la necesidad de organizar a la sociedad, teniendo como parámetro la capacidad productiva de las personas, medida que suena lógica si se piensa en una economía industrial que irrumpía en las ciudades y en el campo, en la noción de tiempo y en los ámbitos públicos y privados de las personas. Fue el manicomio la institución que acompañó la visión moderna del mundo y que sirvió como ayuda para darle un destino –organizado y planificado– a estas personas imposibles de categorizar. Con ello no estamos hablando solamente de “locos” sino también de alcohólicos, personas con afecciones venéreas, tuberculosos, vagabundos, prostitutas e indigentes. Es decir, cualquier marginado o perturbador del progreso productivo. “Entre los muros de los internados es en donde Pinel y la psiquiatría del siglo XIX volverán a encontrar a los locos; es allí –no lo olvidemos– donde los dejarán, no sin gloriarse de haberlos liberado. Desde la mitad del siglo XVII, la locura ha estado ligada a la tierra de los internados, y al ademán que indicaba que era aquel su sitio natural” (Foucault, 1990, p.80)

Esta forma de asistencia se mantuvo ligada al “cuidado y la vigilancia” incesantemente hasta la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) donde se pudo comenzar a ver un cambio. Ese



hecho no sólo modificó el trazado de fronteras en Europa, sino que también dividió al mundo en dos posicionamientos: capitalista y comunista. Un cambio tan fuerte, acompañado con las secuelas que dejó en cada país un enfrentamiento bélico de semejante magnitud, tuvo consecuencias en la subjetividad de las personas. Fue por esos años en los que aumentó considerablemente el flujo de ingresos a los manicomios, de hecho, se piensa que en Europa Occidental los internados en hospitales psiquiátricos sumaban un millón.

En este contexto, se empezó a repensar la función de los hospitales psiquiátricos, cuestionando especialmente su función terapéutica y de rehabilitación. Apareció como una preocupación el respeto a los derechos humanos y se recapacitó sobre el costo que le implicaba al Estado mantener ese gran número de internaciones.

Fue necesario, entonces, realizar un pasaje desde la psiquiatría a la salud mental. Es decir, ir del manicomio asistencial basado en la segregación, a un modelo de carácter comunitario. Para entender esto es necesario nombrar al higienismo, que como movimiento, fue precursor de la salud mental con sus fines integradores. Si bien esta corriente surge en el siglo XIX, se aplicará por primera vez en el siglo XX, en

este contexto de posguerra en Estados Unidos. Los protagonistas del higienismo “buscaban el cambio de la situación de las terapias, de los hospitales y de los enfermos internados en las instituciones asilares, enfatizando la necesidad de la prevención. Este higienismo se oponía al alienismo y al monopolio de las respuestas que daban la psiquiatría y su institución, el manicomio” (Vainer, 2007).

Consecuentemente con el Estado de Bienestar, esta propuesta adquiere mayor relevancia ya que el Estado comienza a generar estrategias orientadas a la redistribución de la riqueza, la pobreza y el resguardo de los grupos más débiles. Aparece el campo de la Salud Mental y esto supone un cambio científico y político. Esta metamorfosis tuvo que ver con “el pasaje de la hegemonía de la psiquiatría al equipo interdisciplinario en los abordajes; de una única teoría a tener un conjunto de teorías para operar; del manicomio a las diferentes instituciones y dispositivos de atención y prevención del padecimiento mental; y de la atención exclusivamente psiquiátrica del padecimiento subjetivo a contemplar la necesidad de contar con políticas de Salud Mental” (Vainer, 2007).

En 1953 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en consonancia con estos nuevos modos de entender y de inter-



venir en salud mental, motiva a que los países realicen una reforma que vaya del hospital psiquiátrico a las Comunidades Terapéuticas: grupos que trabajen en favor del cuidado del paciente, confiando en sus capacidades y en el logro de su autonomía, basándose en las iniciativas de la persona y en la asunción de nuevas y mayores responsabilidades.

La idea de la comunidad terapéutica fue la mejor solución que se encontró frente a este problema de superpoblación en los hospitales psiquiátricos, en un contexto de desolación y pérdidas a causa de la guerra que sumaban millones alrededor del mundo. Maxwell Jones fue quien promovió el uso de este método de tratamiento alternativo a la institucionalización, por sobre todas las cosas, cuestionando la autoridad del médico, y por lo tanto, su poder. Su propuesta era la de pensar que no hay resocialización del paciente por fuera de la sociedad.

Estamos frente a la piedra angular del abordaje comunitario en salud mental, cuyo principal exponente –según el posicionamiento de esta tesis– será Franco Basaglia, no sólo por su obra sino también por la réplica platense que representa el Centro de Salud Mental Franco Basaglia, el lugar que elegimos para llevar a cabo el Taller de Comunicación y Salud Mental.

## 1 El caso Basaglia

*“Después de la Segunda Guerra Mundial, Italia era todavía, en lo económico y cultural, un país campesino. En la década de 1950 comenzó un proceso de cambio determinado por el desarrollo de la sociedad industrial y, consecuentemente, de una clase obrera cada vez más fuerte. En aquellos años iniciamos el trabajo en Gorizia, una pequeña ciudad en la frontera con Yugoslavia. Allí había un hospital con 500 camas dirigido de manera totalmente tradicional; era usual la práctica del electroshock y el shock insulínico; antes que nada, era un hospital dominado por la miseria, la misma que encontramos en todos los manicomios. En cuanto entramos, dijimos: no. Un no a la psiquiatría, pero sobre todo un no a la miseria” (Franco Basaglia, 2009)*

A los fines de la presente tesis resulta indispensable retomar el caso italiano, especialmente impulsado por Franco Basaglia. Dentro de su amplia literatura en relación al manicomio, se propone una salida que no sólo es innovadora para su época, sino que también resulta revolucionaria y transformadora hoy en día. Estamos hablando de la eliminación del hospital psiquiátrico como lugar de institucionalización.

Lo primero que vio Basaglia, junto con sus colaboradores,



fue que estos lugares cerrados eran anti-terapéuticos para los pacientes y que la salida a ello era un tratamiento por fuera, en la comunidad. Pero esto resultaba imposible si se seguía manteniendo con vida al manicomio, puesto que siempre se recurriría a él como respaldo y nada garantizaba que allí no se realizaran internaciones prolongadas o con motivos sociales.

**El movimiento basagliano no proponía una modernización o un cambio en la psiquiatría sino, por el contrario, su crisis: la desmanicomialización, la descentralización de las actividades “terapéuticas” en el hospital**

A este respecto, Basaglia dice sobre el manicomio: “Por mucho tiempo, hemos preferido en lugar de la palabra transformación, de una manera más cruda, la palabra destrucción. Esta palabra logra también hacer comprender que la psiquiatría debe quemar las naves, si no quiere continuar escondiendo la violencia con respuestas manipuladoras, debe destruir el manicomio pedazo por pedazo, de no ser así continuará conta-

minando los servicios territoriales y el reflejo del manicomio seguirá construyendo la imagen de la locura” (Basaglia, 2008).

Lo anterior es impensable si antes no se rompe con la visión biológica del padecimiento mental, incuestionable desde su instalación en el siglo XIX con el positivismo. Lo que hace este psiquiatra italiano es pensar que hay más factores que intervienen en la construcción o destrucción psicofísica humana: factores genéticos, bioquímicos, educativos, familiares, psicológicos, sociolaborales, económicos, culturales, etcétera (Pasquale, 2000, p.21). Por ese motivo, el tratamiento puramente biológico basado en la indicación de fármacos, no resultaba suficiente. Había que preocuparse por el abordaje dentro de la comunidad, apuntando a las necesidades concretas de los pacientes: estamos hablando de situaciones de pobreza a las que respondía el hospital psiquiátrico. No era un espacio de curación o de tratamiento, sino como se dijo anteriormente, un ámbito para alejar de la comunidad a estas situaciones sociales “perturbadoras”.

“En los años ‘60 hemos visto rebelarse, como en una gran llamarada, a la juventud del mundo entero. En ese levantamiento, nosotros, los técnicos de la represión psiquiátrica,





estábamos presentes; dimos nuestro apoyo a esa rebelión. Más tarde, mientras la revuelta de 1968 (Mayo Francés) se perdía en varias direcciones y era reformulada en una suerte de nueva opresión y restauración, hubo una serie de situaciones que unieron las luchas en las instituciones con las luchas de los trabajadores. Hubo ilusiones, pero también certezas. Hemos visto que cuando el movimiento obrero toma en sus manos luchas reivindicativas, de liberación, anti-institucionales, esta ilusión se vuelve realidad. En Italia, luego de 1968 hubo grandes huelgas en las que los obreros reivindicaron el derecho a la salud, es decir que llevaron su lucha al nivel de las instituciones públicas. Paralelamente algunos técnicos demostraron que el manicomio era un lugar de opresión y de dolor, no de cuidado” (Basaglia, 2009).

En este contexto, gracias al posicionamiento de médicos y de la opinión pública en contra de la barbarie del manicomio, se logró sancionar en 1978 la Ley 180 (también conocida como Ley Basaglia) que prevé:

“-El cierre progresivo (durante años) de los hospitales psiquiátricos, prohibiéndose la construcción de otros nuevos o la actuación de nuevas internaciones.

-La apertura de pequeños departamentos de hospitalización en los hospitales generales o en los Centros de Salud Mental diseminados por el territorio, considerados la base de la nueva red de asistencia.

-La creación de pequeñas estructuras protegidas (que ofrecen privacy y autonomía en un clima acogedor) para personas incapaces de vivir en familia o solas.

-El tratamiento es considerado terapéutico y voluntario (...); se sanciona el derecho del paciente a rechazar los cuidados, quedando firme el deber del Servicio Público de garantizárselos, en libertad, en la medida de lo posible” (Pasquale, 2000, p.23).

De todas formas cabe resaltar que el cierre del manicomio no se dio de forma abrupta sino que llevó entre 7 u 8 años con una implementación fuerte desde lo estatal. El manicomio San Giovanni de Trieste fue el primer neuropsiquiátrico del mundo en cerrar sus puertas de forma definitiva; paso que Basaglia no pudo realizar en Gorizia porque la administración se negaba a su clausura. El proceso para cerrar esta institución implicó la reconexión de pacientes con sus familias o la creación de nuevos grupos de convivencia reducidos, con departamentos en la comunidad financiados por el gobierno.



Es así que actualmente en Italia no hay manicomios y en su lugar se han instalado dispositivos alternativos que trabajan a partir de comunidades terapéuticas, en las que los usuarios a partir de la sociabilidad, del compartir y del trabajar conjuntamente se curan a ellos mismos. Es lo contrario al aislamiento en una institución, a las reglas y las normas del manicomio.

“Habíamos comprendido que un individuo enfermo no sólo necesita la cura de la enfermedad: necesita una relación humana con quien lo atiende, necesita respuestas reales para su ser, necesita dinero, una familia; necesita todo aquello que también nosotros, los que lo atendemos, necesitamos. Este fue nuestro descubrimiento. El enfermo no es solamente un enfermo, sino un hombre con todas sus necesidades. Por ejemplo, yo recuerdo que después de que abrimos los pabellones en Gorizia, en 1963-1964, todos esperábamos ver cosas terribles. No sucedió nada. Vimos que las personas se comportaban correctamente, pedían cosas muy justas: querían comida mejor, posibilidad de relaciones hombre-mujer, tiempo libre, libertad para salir. Son cosas que un psiquiatra ni siquiera imagina que el enfermo pueda pedir. Sería como si, en una sociedad fundada sobre el puritanismo, una hija le pidiera al padre salir de noche. Eso

sería terrible para el padre, ¿no iba a poder saber cuándo su hija volvería a casa? Ocurre lo mismo con el enfermo mental, porque el psiquiatra siempre confundió la internación del enfermo con la propia libertad. Cuando el enfermo está internado, el médico está en libertad; cuando el interno está en libertad, el internado es el médico” (Basaglia, 2009).

## 2 Salud Mental en Argentina

### 1 Siglo XIX

Históricamente a la figura del “loco” se la consideró irracional e improductiva, asociando dicha representación a la idea de ser desechado por no ser funcional al sistema político-económico en cada época. Vale resaltar que el aparato sanitario de nuestro país siempre fue dependiente de las transformaciones europeas y sus modelos de salud pública. Por eso, la creación de los manicomios respondió a la necesidad de separar a los “locos” del resto de los enfermos en los hospitales generales, creando un espacio propio para la locura.

Para hablar de salud mental en Argentina es necesario remontarse hasta 1823 cuando el Presidente Rivadavia impulsó la creación de la Sociedad de Beneficencia, cuyo objetivo



era trabajar en obras de caridad. Este grupo, desde su labor, hacía hincapié en la racionalidad, por lo cual, todo lo contrario era motivo de encierro.

La Sociedad de Beneficencia Porteña comienza la tarea de “construir los cimientos sobre los que debe erigirse la moral pública”. A partir de esa “responsabilidad” comienzan a hacerse cargo de las instituciones de salud y beneficencia, lo que incluyó asilos y hospitales, los cuales se encontraban a cargo de la iglesia.

Esta corriente polemizaba con el higienismo, anteriormente nombrado, que proponía la prevención y la integración del enfermo. Su crítica hacía hincapié en el accionar paliativo que tenían las intervenciones de las Sociedades de Beneficencia. El higienismo planteaba la necesidad de trabajar con las familias de los sectores más pobres mediante la educación para darle lugar al conocimiento y prevención de las diversas enfermedades. En el trabajo concreto los higienistas no lograron la intervención temprana y preventiva, sino que más bien se trabajó, puertas adentro, sobre la enfermedad ya instalada (Facciuto ; 2005).

Fue recién en el año 1880 cuando comenzaron a crearse hospicios que le otorgaban un espacio físico a la locura. En un

primer momento, esto significó un problema debido a la falta de espacio físico, de organización, de profesionales y también, falta de medidas vinculadas con la higiene. En este contexto surge el Hospital de Melchor Romero (1884), institución de la que depende actualmente el Centro Basaglia.

Frente a las problemáticas anteriormente mencionadas, los médicos comenzaron a diferenciar y a establecer jerarquías y categorías de acuerdo a las posibilidades de cura y a las capacidades productivas en los internos; enviando a los pacientes con cuadros agudos a establecimientos rurales, apartados de la sociedad.

A su vez, la llegada de inmigrantes al país, también propició la superpoblación en los hospitales psiquiátricos. En dichas instituciones también se le dio asilo a otras personas que no respondían a las normativas y estrategias de moralización vigentes, como por ejemplo: anarquistas, vagos y miserables (Dore & Bonavetti, 2009, p.83)

## 2 Siglo XX

Con la Crisis de 1929 comienza a gestarse a nivel mundial en general y en nuestro país en particular, un cambio profundo en cuanto al rol que debe asumir el Estado frente a la problemáti-



cas sociales, eso incluye el tema de la “locura”. Con el llamado “Estado de Bienestar” la función pública se caracterizó por su participación en el mantenimiento del equilibrio económico y la búsqueda de determinadas políticas para luchar contra la pobreza y la desigualdad.

Es en este marco en que se profundiza el higienismo efectuado por especialistas (sanitaristas, higienistas, trabajadores sociales), mediante la instalación del campo de la salud mental, se propició la superación de las viejas formas de beneficencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) motivó la necesidad de un cambio de paradigma que propulsara el pasaje de la Psiquiatría a la Salud Mental. En este sentido, comenzaron a gestarse las primeras búsquedas de dispositivos alternativos a partir de la implantación de Redes Comunitarias.

Con la influencia peronista, en el año 1944, comenzaron a confiscarse los bienes de la Sociedad de Beneficencia para darle lugar a la –en ese momento– recientemente creada Dirección Nacional de Asistencia Social y Salud Pública en la órbita del Ministerio del Interior.

Más tarde, en el año 1946 se transforma esta dirección en Secretaría, y finalmente en el año 1949 se crea el Ministerio de

Asistencia Social y Salud Pública. Desde el Ministerio de Salud Pública, el Ministro Dr. Ramón Carrillo llevó a cabo una planificación centralizada en el sector salud, situación novedosa para la Argentina (Arce, H; 1993).

En la década del ´50 se vivía un clima general de cambio en el país que buscaba transformar el campo de la salud mental y romper con la tradición psiquiátrica. Fue en el año 1953 en que la OMS recomendó el pasaje de Hospitales Psiquiátricos a Comunidades Terapéuticas. Esto implicó “desmantelar las viejas estructuras que regulaban instituciones psiquiátricas perpetuando un sistema autoritario, jerárquico y verticalista donde el poder estaba fuertemente centralizado en la figura del médico, y reemplazarlas por un modelo de características democráticas que auspiciaran la des-jerarquización y horizontalidad en el ejercicio de la práctica psiquiátrica” (Dore & Bonavetti, 2009, p. 43).

Es en este contexto que se da pie al desarrollo de diversas experiencias llevadas adelante por profesionales de la Salud Mental abocados a proyectos antimanicomiales, influenciados por los aportes y experiencias del psiquiatra Enrique Pichón Riviere, quien aportó al trabajo comunitario y a la prevención en el campo de la salud mental. Así comenzaron, en nuestro



país, a sentarse las bases para lo que después se conoció como el Movimiento de Desmanicomialización.

En este sentido, es importante destacar tres hechos que en la Argentina de 1957 contribuyeron al proceso de descentralización psiquiátrica:

- La superación de la Dirección de Manicomios con la creación del Instituto Nacional de Salud Mental
- La creación de las carreras de Psicología, Sociología, Antropología y Ciencias de la Educación en la Universidad de Buenos Aires
- El nacimiento del Servicio de Psicopatología en un hospital general, el Hospital Estévez de Lanús. (Dore & Bonavetti, 2009, p. 44)

De esta manera, comienza a instalarse el eje de la lucha contra el sistema manicomial y a crearse experiencias que rompieran con la concepción psiquiátrica de la locura, trabajada sólo desde hospitales neuropsiquiátricos.

Es así como durante la década del '60 aparecen nuevos actores en el campo de la salud mental. El aporte de diferentes disciplinas tales como el psicoanálisis, la sociología, la antro-

pología, la psicología institucional y la psiquiatría comunitaria llevaron al cuestionamiento de la institución manicomial. Recién en la década del '70 se logró la materialización de las luchas de la década del '60. Alfredo Moffat resulta uno de los tantos ejemplos sobre prácticas con las comunidades terapéuticas donde quedaba demostrado que "la institucionalización crónica de los sufrientes mentales no era más que una decisión política de los psiquiatras manicomiales" (Dore & Bonavetti, 2009, p.46). Estas experiencias demostraron que con menos recursos económicos se podía brindar una mejor atención, posibilitando la externación de muchos más pacientes.

**A su vez, se puso de manifiesto que el trabajo desde la transdisciplinariedad posibilitaba resultados favorables por el abordaje integral del paciente,**

no sólo desde el aspecto biológico que estaba a cargo de los psiquiatras.

Esta ola de cambios se vio interrumpida por el gobierno



de Onganía, quien en 1966 asume tras un Golpe de Estado al gobierno de Arturo Illia. Durante este período se vivió un clima de tensión por las decisiones del gobierno de prohibir todas las acciones comunitarias y colectivas en todos los ámbitos, provocando que se obstruyeran las experiencias antimanicomiales que habían comenzado a desarrollarse en años anteriores. Los profesionales que estaban implicados en estos movimientos debieron exiliarse frente a las políticas represivas y la persecución intelectual que detentaba el gobierno de Juan Carlos Onganía.

Diez años más tarde, la situación de las búsquedas de desmanicomialización sufrieron un golpe aún más duro con la llegada del Proceso de Reorganización Nacional a cargo de la Junta Militar. Este gobierno de facto tenía por objetivo eliminar cualquier acción que intentara algún tipo de cambio a nivel social. Dentro de este contexto, el campo de la salud mental sufrió un retroceso en comparación a las prácticas integradoras que se venían proponiendo en las décadas del '50 y '70.

Durante la dictadura se aniquilaron las articulaciones entre lo social y lo político de las actividades llevadas adelante con el fin de tratar los sufrimientos mentales, y se provocó

el exterminio y desaparición forzada de muchos trabajadores y estudiantes de la salud.

Con la vuelta de la democracia, en 1983, se intentó retomar las políticas de salud mental que se habían comenzado a desarrollar previo a 1976, con el fin de resurgir los diversos espacios creados que daban pelea por la antipsiquiatría y por nuevos métodos y alternativas de trabajar el padecimiento mental.

Estos intentos se vieron nuevamente interrumpidos por las políticas neoliberales capitalistas de los noventa, caracterizadas por la desregulación y privatización. En este contexto la salud pasó a estar en manos del mercado, de los grandes laboratorios y empresas de medicina.

Cómo dijo Maitena María Fidalgo, cuyas palabras fueron retomadas por Enrique Carpintero: “El panorama general del sector salud muestra una aguda crisis de la seguridad social, desprestigiada y desfinanciada; un sector público que mantiene un presupuesto estable ante una demanda cada vez mayor; un sector privado que atiende las necesidades de los sectores con determinado poder adquisitivo, fragmentando, y diferenciando planes de salud de acuerdo a la capacidad de pago. Así el ámbito sanitario se consolidó como un mercado



más, radicalizándose la puja distributiva que se registraba en décadas” (Carpintero, 2010).

La función social que venía intentando desarrollar el Estado durante los años previos a la dictadura se vieron paralizadas con las políticas neoliberales que comenzaron con el gobierno de la Junta Militar y se profundizaron durante los '90.

De esta manera, el rol del Estado frente a la salud pública fue el de servir a los intereses privados, devastando las instituciones públicas y jerarquizando a los pacientes según su poder adquisitivo estableciendo un abordaje según el eje costos-beneficios.

En ese momento, se vivió una superpoblación de los hospitales psiquiátricos que en su mayoría daban asilo a problemáticas sociales como la falta de vivienda, el desempleo, entre otras. Frente a esta situación la hegemonía médica decidió alejar a las personas con padecimiento mental de la sociedad durante décadas. Ese fue el modo de tratar esta problemática.

Este contexto dio lugar a una experiencia desmanicomializadora que consideramos relevante destacar como lo es la Ley 2.440 de la provincia de Río Negro, que efectivizó el cierre de su único manicomio provincial.

### 3 Ley 2440. Río Negro: el primer referente argentino

Con el retorno de la democracia, en Río Negro comienzan a discutirse las condiciones de su sistema de salud mental. Hasta el momento todos los pacientes eran derivados al único establecimiento especializado ubicado en la ciudad de Allen, conocido como “el Neuropsiquiátrico”. Al ser el único lugar de toda la provincia, comienza a debatirse también la superpoblación, la duración de las internaciones, la falta de recursos técnicos y sus efectos sobre los tratamientos.

También “se pone en tela de juicio, entre otros aspectos, el recorte individual aislado del sujeto de la problemática psicosocial, la relación excesivamente técnica del profesional con el paciente, la hegemonía de la terapia farmacológica y los efectos alienantes de procesos de internación carentes de dinámicos de rehabilitación y aprendizaje” (Mauro, s/f).

De esta forma es como en la provincia, entre 1984 y 1985, comienzan a implementarse medidas y modelos alternativos al vigente, resaltando la importancia de la comunidad y de lo humanístico. Con la designación del Dr. Hugo Cohen como director del Programa de Salud Mental de Río Negro se inician los pasos para la ejecución del proyecto antimanicomial.



Cohen venía de trabajar para la Organización Panamericana de la Salud en El Salvador, México y Estados Unidos, en donde conoció y adquirió modalidades concretas de Desmanicomialización; y “desempeñaba un papel de estandarte en el proyecto de reforma del sistema de salud mental” (Mauro, s/f).

Luego, entre 1985 y 1989 se realizaron transformaciones en el sistema de salud mental a través de diversas medidas como la de reconocer al campo de la Salud Mental como la quinta clínica básica, junto a la Clínica General, la Pediatría, la Ginecología y la Cirugía. Además, en todos los hospitales generales de Río Negro se abrieron camas para internación de pacientes con problemas mentales.

Por otro lado, se rompió con la hegemonía médica en dicho campo revalidando el derecho de los psicólogos para concursar cargos y jefaturas en los servicios de salud mental; además de iniciar el trabajo de contención de crisis en el lugar de residencia habitual del paciente.

Para 1989 se redujo significativamente el número de derivaciones y pacientes internados en el Neuropsiquiátrico de Allen y se presentó ante la legislatura de Río Negro el Anteproyecto de Ley de Promoción Sanitaria y Social de las

Personas que Padecen Sufrimiento Mental.

Luego de varios años de debate y discusión acerca de ciertos aspectos del anteproyecto presentado, la Ley fue aprobada en septiembre de 1991 pero comenzó a reglamentarse y a entrar en vigencia un año más tarde.

Previo a esta aprobación y reglamentación se impulsó la llamada Declaración de Caracas en 1990, quien ofició como un antecedente a la ley de Río Negro. Este antecedente se dio en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la OMS.

En esta declaración se planteó darle espacio a los sistemas emplazados en la comunidad y no en los hospitales psiquiátricos, a su vez que se planteó la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de la salud. Por otro lado, se observó que las instituciones manicomiales desconocían los acuerdos internacionales sobre derechos humanos. Hugo Cohen, “fue uno de los protagonistas de la Declaración de Caracas y quien convalidó los principios de la misma con vistas a la aprobación de la nueva ley en Río Negro” (Dore & Bonavetti, 2009, p. 60)





**A través de la nueva Ley 2440, se buscó ratificar y rescatar las capacidades y habilidades de los pacientes permitiendo la recuperación de recursos y relaciones interpersonales considerados productores de salud**

También se prohibió la habilitación y el funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otra institución de dichas características que no se adecúe a los principios individualizados de la ley.

Otra cuestión que incorporó esta nueva normativa tiene que ver con la inserción de recursos no convencionales al trabajo de los equipos de salud mental, es decir, el trabajo transdisciplinario que en nuestro país se había intentado realizar en décadas pasadas. La transdisciplinariedad no sólo incorporaba los saberes técnicos o universitarios, sino también los populares.

De esta manera, lo que se buscó fue que la persona con sufrimiento mental vuelva a ser entendida como sujeto de

derechos, que puede ejercer una vida plena y que desarrolle sus capacidades tanto individuales como sociales y colectivas. Podemos decir que la reinserción comunitaria, a través de la recuperación de la identidad y sus derechos, constituyeron el fin de la ley.

*Principios generales y fundamentales que establece la Ley 2.440*

- Prohibición de habilitaciones y funcionamientos de manicomios o instituciones equivalentes;
- La internación como último recurso terapéutico cuando se hayan agotado todas las instancias previas, y en caso de ser imprescindible la internación su tiempo debe ser lo mínimo posible;
- La reinserción comunitaria debe ser el eje y causa del tratamiento terapéutico;
- Recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental;
- La provincia garantiza la implementación de medios adecuados para el acceso al trabajo, como factor central de recuperación de la persona con sufrimiento mental;
- El estado como garante de los derechos básicos que hacen a una vida plena: salud, vivienda, educación, seguridad social;
- La interacción social como condición para la rehabilitación, la familia, amigos o vecinos son parte activa para el tratamiento.



- Acceso gratuito a las alternativas terapéuticas que en cada tratamiento correspondan;
- Los recursos terapéuticos se deberán proveer en el lugar habitual de residencia de la persona;
- La prohibición del uso de todo método represivo como electroshock;
- La obligatoriedad del Poder Ejecutivo de trasladar a la Provincia de Río Negro a todas las personas con sufrimiento mental que hayan sido derivadas anteriormente a diferentes puntos del país;
- La provincia desconoce como válido todo medio terapéutico destinado exclusivamente a obtener la estabilización, clausura o reclusión de las personas con sufrimiento mental.

A partir de la reglamentación de la Ley 2.440, se reorganiza un *nuevo sistema de salud mental que implica diversas funciones*

- El trabajo de equipos terapéuticos interdisciplinarios integrados por operadores de salud mental. En este contexto surgió la figura del operador de salud mental retomando la noción clásica desarrollada en la experiencia italiana con el objetivo de romper con la hegemonía del saber médico en dichas prácticas.
- Promover la atención terapéutica dentro del ámbito comunitario del paciente, para esto se crean las patrullas en salud mental

como respuesta al imperativo de descentralización.

- Instrumentación de casas de medio camino, buscando la rehabilitación y resocialización de las personas con padecimiento mental.
- Se promueve una nueva figura llamada “empresa social” como reemplazo del clásico modelo proteccionista implementado por la terapia ocupacional, en materia de rehabilitación social el objetivo es reactivar la capacidad de trabajo de la persona y posicionarlo así en un plan de igualdad competitiva.

A partir de esta ley se comenzó a desarrollar un proceso de “Desmanicomialización” encarado como proceso colectivo, gradual y progresivo en el que participaron tanto los usuarios como la familia y la comunidad, sectores sociales hasta el momento desestimados en los tratamientos psiquiátricos.

El contexto político de la democracia fue “un factor determinante en la generación de un nuevo paradigma de atención que contó con apoyo político, técnico y social y fue conducente a la superación de la cultura manicomial imperante en la provincia” (Cohen & Natella, p. 366). La Ley 2.440 constituyó un cambio cultural que involucró a diversos actores sociales intentando garantizar los derechos de las personas con sufrimiento mental y buscando restituirlos como sujetos de derechos.



Desde la implementación de la ley 2.440 hasta la actualidad se ha planteado una fuerte dicotomía entre dos sectores relacionados a la atención de la salud mental. Un grupo tiene como protagonistas a los actores que han impulsado la nueva política en dicha provincia; y por el otro, a las partes que denuncian las limitaciones y falencias de la reglamentación e implementación rionegrina. Estos últimos centran sus críticas en la ausencia de dispositivos y recursos sanitarios reales para llevar adelante y sostener los principios que la ley establece.

Una de las principales críticas refiere a la consecuencia directa que produjo el cierre del manicomio en Allen, ya que plantean que los pacientes fueron trasladados a otros neuropsiquiátricos del país “poniendo de manifiesto las aparentes limitaciones de la atención del sector público rionegrino y el alto costo presupuestario que le generaría anualmente a la provincia la internación de pacientes en centros privados de salud mental” (Dore & Bonavetti, 2009, p. 65).

Por otra parte, también se criticó la falta de casas de medio camino ya que sólo existen tres ubicadas en Viedma, El Bolsón y General Roca. Además, los profesionales que habían sido contratados por la provincia para colaborar con el proyecto

critican el contenido asistencialista de la ley, explicando que la necesidad de producir medidas urgentes impidió trabajar lo social.

Distanciando las críticas que se le han realizado a la ley, los impulsores del nuevo modelo de atención de la salud mental rescatan los efectos positivos como: la instalación de un debate a nivel nacional sobre la necesidad y viabilidad de transformar el sistema psiquiátrico y el interés de las provincias de tener sus propias leyes de salud mental. Destacan también la repercusión a nivel internacional que ha tenido la normativa 2.440 que incluyó el apoyo del gobierno italiano.

Más allá de las críticas y disidencias que ha generado la reglamentación e implementación de la ley 2.440, esta experiencia rionegrina es de suma importancia ya que significó el puntapié para la conformación de experiencias similares en Argentina; sentando un precedente para futuras reformas legislativas respecto de la salud mental desde una perspectiva desmanicomializadora.







## 4 Una nueva ley

### 1 Sustento Internacional

Antes de abordar la Ley de Salud Mental que rige actualmente en nuestro país, es válido decir que no existiría esta normativa sin una previa declaración de los derechos humanos. Por derecho entenderemos a la posesión particular que tiene el sujeto frente al Estado, tanto este como sus agentes son los únicos con la capacidad de violar los derechos humanos.

Entendemos que todas las personas son sujetos activos en relación a sus derechos humanos, y por su parte, el Estado es el sujeto obligado para con los derechos de la población. Entre otros, a respetar el derecho a la vida, a la identidad, a la libertad y a comerciar.

Los precedentes de la Ley de Salud Mental 26.657 son los instrumentos internacionales como tratados, declaraciones, principios y reglas que contribuyeron a la modificación de la normativa interna, ya que como se sabe las leyes internas no pueden negar los acuerdos que el país firma frente a organismos internacionales, como por ejemplo, la ONU o la OEA.

“Cabe destacar que los tratados internacionales –sean estos los de derechos humanos o los de integración– tienden, por su naturaleza, a limitar los poderes del Estado, en lo interno y en lo externo, con lo cual tales mecanismos no pueden resultar nunca en detrimento de los derechos individuales

frente al Estado. Resulta de esta forma que los tratados internacionales contienen una enumeración de garantías individuales y libertades que, en su gran mayoría, constituyen un avance sobre nuestra legislación y definen con mayor amplitud esos derechos.”(Galende & Kraut, 2006, p.116)

A continuación destacaremos tres tratados que dieron pie a la redacción de la Ley 26.657, y como se dijo anteriormente, forman parte de dicha normativa:

#### 1 Declaración de Caracas

La “Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud” adoptada el 14 de Noviembre de 1990, expone que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

Por su parte, realiza una fuerte crítica al hospital psiquiátrico como único modelo de asistencia ya que obstaculiza la realización de los objetivos nombrados con anterioridad. Se le critica el aislamiento del enfermo de su medio, creando



condiciones desfavorables que ponen en peligro sus derechos humanos y civiles. A su vez, la enseñanza insuficiente en lo que respecta a las temáticas en salud mental.

Es por lo anterior que los firmantes de la Declaración de Caracas exigen que se realice una reestructuración de la atención psiquiátrica, ligada a la atención primaria de salud, en el marco de los sistemas locales de salud, permitiendo la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad. Además se propone la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en el campo de la salud mental.

Con respecto a recursos, cuidados y tratamientos se propone: la protección de los derechos humanos y civiles de las personas con sufrimiento mental. Tener en cuenta criterios racionales y técnicamente adecuados. Se buscará la permanencia del enfermo en su medio comunitario.

En relación a estas legislaciones, los países de la región deben ajustarse a lo planteado anteriormente y propiciar las internaciones psiquiátricas en hospitales generales abogando y desarrollando programas que promuevan la reestructuración de la atención psiquiátrica y la defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales.

## 2 Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental

Este tratado fue adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. Dentro de los principios que plantea, consideramos relevante destacar aquellos que impulsaron la legislación vigente en Argentina. Como son:

### *Principios que hacen a las libertades fundamentales y derechos básicos*

-Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.

-No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación.

-Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional



de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.

*Principios que hacen a la protección de menores*

-Se tendrá especial cuidado (...) en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia.

*Principios sobre la vida en la comunidad*

-Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

*Principios que hacen a la determinación de una enfermedad mental*

-La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.

*Principio de confidencialidad*

-Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne.

*Principio sobre la Importancia de la comunidad y de la cultura*

-Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.

*Principio sobre las normas de la atención*

-Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.

*Principio sobre el tratamiento*

-Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

*Principio sobre la medicación*

-La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico, nunca como castigo o para conveniencia de terceros.

- No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado.





#### *Principio que hacen a la Información sobre los derechos*

-Todo paciente<sup>3</sup> recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.

-El paciente tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica.

-Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.

#### *Principio acerca de los recursos que deben disponer las instituciones psiquiátricas*

-Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:

- a) Personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa;
- b) Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes;
- c) Atención profesional adecuada;

d) Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.

#### *Principios de admisión*

-Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.

-Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario (...). El paciente será informado de ese derecho.

-El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

### **3 Principios de Brasilia**

Los principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas evalúan, en el 2005, los puntos sobre el proceso que se inició luego de la Declaración de Caracas y los Principios de las Naciones Unidas.

<sup>3</sup> En el presente principio comprende al ex paciente, es decir, al paciente dado de alta.



A partir de estos documentos, se analiza el cambio del modelo psiquiátrico vigente hasta ese momento y su reemplazo por dispositivos alternativos de atención, que priorizan la protección de los derechos humanos y la inclusión social de las personas que sufren una enfermedad mental.

“Notan que a nivel regional se han producido avances en la reestructuración, también reconsideran las resoluciones de la OPS en 1997 y 2001 considerando un gran apoyo a la Declaración de Caracas, la cual contiene nuevas orientaciones sobre la Atención Primaria de Salud basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención. Y la declaración de la OMS quien ha formulado principios rectores que orienta la reforma de la atención de Salud Mental a nivel global, incluidos en el Informe Mundial de Salud Mental de 2001. Reconoce algunas experiencias exitosas de algunos países de la región que sirven de referencia para la OMS en sus acciones globales (en las cuales no se nombra alguna de Argentina)”. (Bertagni, 2011, p.19)

## **2 Ley Nacional 22.914**

La ley 22.914 fue sancionada en 1983 y como documento legal se limitaba a reglamentar los mecanismos de interna-

ción psiquiátrica. Como se ha nombrado antes, la llegada de la democracia reimpulsó la lucha por la desmanicomialización y la desinstitucionalización, sin embargo estos movimientos no se encontraron reflejados en la sanción de la Ley simultánea, que priorizó el rol de la hegemonía médica desconociendo las acciones interdisciplinarias que se estaban llevando a cabo en los hospitales del país.

Los actores que involucra en el campo de la salud mental dicha normativa se reducen a: poder judicial, fuerza pública, médico director de la institución, responsable legal y enfermo mental. Este último entendido como un problema que era necesario ocultar y aislar alegando la peligrosidad que pudiera tener para sí o para terceros. Por su parte, los roles del psiquiatra y del Juez resultan incuestionables. Se indican internaciones involuntarias, dichas internaciones se revisan con un período de seis meses; se conforman historias clínicas; se fija como proceder ante un menor o un incapaz y como deben ser los establecimientos de internación; también se propone que el poder judicial cree un organismo de observación.

La Ley 22.914 no define qué entiende por Salud Mental sino que restringe el concepto a lo psiquiátrico y al peligro, en ningún momento tiene en cuenta la multiplicidad de



factores que atraviesan el campo de la salud mental. Por otro lado tampoco establece cuáles son los derechos que se deben defender en el marco de los Derechos Humanos, cuál debe ser la apuesta institucional en el marco de la rehabilitación, la inclusión social y modalidades de tratamiento.

A su vez, en ningún momento esta normativa plantea la rehabilitación como posibilidad sino que fomenta la compensación y estabilización del enfermo. La única intervención con el paciente es el control.

### **3 Ley Nacional de Salud Mental 26.657**

La nueva Ley de Salud Mental 26.657 fue sancionada el 25 de noviembre de 2010 y produce un cambio de paradigma en la concepción del padecimiento mental, dando lugar a que se entienda a las personas con este tipo de sufrimiento, como sujetos de derecho. Tradicionalmente el campo de la salud mental ha sido trabajado desde una visión asistencialista, individual, tardía, paliativa y de encierro, consecuente con la lógica imperante en el sistema de salud. Esta afirmación, no pretende ocultar experiencias claramente diferenciadas y exitosas, sino que se refiere a la hegemonía del sistema.

En la complejidad de este contexto se ha sancionado una nueva Ley de Salud Mental, que puede ser entendida como herramienta estratégica de definición de políticas, de prácticas y que pone en actividad una disputa de poder.

El cambio sustancial que aportó esta ley fue eliminar el antiguo paradigma que entendía a la persona con padecimiento mental como objeto de derecho, es decir que sus derechos pasan a ser potestad del Estado que decide por la persona. Desde noviembre de 2010, con la sanción y reglamentación de la legislación que nos compete, se dio lugar a un nuevo paradigma en el que el paciente psiquiátrico pasa a ser un sujeto de derecho, esto significa que conserva la potestad de ejercer sus derechos, por lo que los organismos políticos no podrán decidir por sobre su vida.

Esta Ley aporta una definición de Salud Mental que quiebra con las nociones previas entendidas desde la enfermedad. En el capítulo II artículo 3 se define:

“En el marco de la presente Ley se reconoce a la salud mental 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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización”.

A su vez, la nueva ley propone que las adicciones también sean abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas que tengan un uso problemático de drogas legales o ilegales cuentan con los derechos y garantías que se establecen en esta ley. Aquí se marca un quiebre definitivo con la histórica concepción del consumidor de drogas ligado a la delincuencia y al peligro social. El tema comienza a verse

como problemática con un abordaje desde la salud, tanto para el usuario mismo como también para su entorno social.

Por otra parte, el diagnóstico en salud mental no autoriza a presumir riesgo de daño o incapacidad ya que sólo eso, puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación en particular, en un momento determinado.

Consideramos relevante trabajar los siguientes puntos de la Ley de Salud Mental ya que son los que atañen a los beneficiarios de dicha normativa y fueron los que guiaron nuestro trabajo en el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental.

### 1 Derechos que otorga la Ley 26.657

La Ley N° 26.657 apuesta fuertemente a la defensa de los Derechos Humanos de los sujetos con enfermedades, incapacidades o padecimientos mentales. A su vez, desarrolla 16 ítems de derechos de las personas con padecimiento mental, entre ellos: derecho a recibir atención sanitaria a partir de acceso gratuito, igualitario y equitativo, a preservar su identidad, pertenencia, genealogía, historia; atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; a recibir un tratamiento lo menos restrictivo posible; a recibir o rechazar



asistencia o auxilio espiritual o religioso; a ser informado de forma adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten y de todo lo relacionado a su salud y tratamiento; a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; a que en caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión; a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; derecho a tomar decisiones relacionadas con su atención; a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente con resguardo a su intimidad; a no ser sometido a trabajos forzados; a recibir justa compensación por su tarea en caso de participar en actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados; etc.

## 2 ¿De qué se trata la internación según la nueva Ley?

En el capítulo VII se encuentra lo respectivo a las internaciones, donde podemos ver “un cambio muy fuerte en la concepción de la atención y los cuidados que se deben tener a fin de resguardar abusos y descuidos que se vienen dando

tradicionalmente en el área. Hace 40 años se ha impulsado la desmanicomialización y desinstitucionalización de pacientes crónicos, promoviendo trabajos y diseños terapéuticos a fin de lograr la externación total o parcial, liberando a los internados de grandes cargas institucionales que agudizaban su cuadro psico-social. Esta violación sistemática de derechos humanos ha generado la búsqueda de grandes cambios en el área y en la legislación.” (Bertagni, 2011, p.24)

Lo que expone esta Ley en relación a las internaciones, es entenderlas como un recurso de carácter restrictivo y evitar el abuso de internaciones prolongadas e involuntarias. Éstas deben ser lo más breves posibles, en función de criterios terapéuticos e interdisciplinarios.

A su vez, se crea un Órgano de Revisión el cual tendrá entre sus funciones la supervisión de las internaciones, sean involuntarias o voluntarias que duren más de 60 días. Vale decir que estas internaciones deben mantener los vínculos del usuario con sus familiares, allegados, con su entorno laboral y social.

Una internación de más de 60 días se considera internación involuntaria y sólo podrá realizarse cuando el equipo de salud interdisciplinario considere necesario debido a que el pacien-



te corre riesgos para sí o terceros y no logre realizar abordajes ambulatorios. Ésta debe estar avalada por dos profesionales de diferentes disciplinas de los cuales uno debe ser psicólogo o psiquiatra. Por su parte, el juez ya no tiene la facultad de internar o de dar altas o permisos de salida, salvo cuando el servicio de salud responsable de la cobertura se niegue a realizarla.

Por otro lado, el suministro de medicamentos sólo deberá responder a necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir cuidados especiales. Los tratamientos psicofarmacológicos se realizarán en el marco de abordajes interdisciplinarios.

### 3 Manicomio y dispositivos alternativos. Rol de los profesionales.

“Art. 27.- Queda prohibida por la presente Ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.”

Este artículo corresponde a la atención de los pacientes según la nueva Ley. Se prohíbe la construcción de nuevos

manicomios y se exige la incorporación de la atención de salud mental en hospitales generales. En este sentido, lo que se busca es una sustitución definitiva de un modelo asilar a un modelo de salud mental comunitaria, incluyendo a la salud mental dentro del campo de la salud en general. Por su parte, el rechazo de atención de un paciente mental en un hospital general, según la Ley 23.592 será considerado discriminación.

Los dispositivos alternativos tendrán como horizonte lo comunitario, la inclusión social, el vínculo con los allegados de los pacientes, buscando potenciar las capacidades de ellos sin negarlas.

Este cambio implica: la capacitación de personal idóneo en los hospitales generales y las reformas edilicias pertinentes priorizando la atención integral a través de un sistema único de internación.

Por otro lado, el abordaje anteriormente planteado será de manera interdisciplinaria donde cualquier profesional con título de grado que muestre idoneidad podrá intervenir. Dentro de la ley, se fomenta la participación de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros y acompañantes terapéuticos. Aquí se ve el quiebre con la hegemonía médica instalado desde hace tiempo.



“El nuevo paradigma de atención institucional estará diseñado para que el abordaje terapéutico y de asistencia esté lo menos restringido y delegado a la institución tratante, a fin que las intervenciones estén direccionadas a no reforzar la dependencia a la institución deteriorando aún más su cuadro psico-social” (Bertagni, 2011, p.24).

Aquí se pueden ver los logros conseguidos luego de luchas históricas en lo relativo a las jerarquías dentro de las instituciones psiquiátricas, desde siempre dominadas fuertemente por la medicina y que hoy dan lugar a la interdisciplina entendiéndola como el trabajo horizontal de profesionales con distintas formaciones académicas.









## 5 Comunicación

### 1 Desde la comunicación

En la presente tesis se abordará la comunicación entendiéndola como un proceso transformador de intervención y participación en y con la comunidad. Cabe resaltar que en el marco de este trabajo no entendemos a la comunicación desde la mirada reduccionista que la asocia meramente a los medios masivos de difusión, sino que concebimos a los medios como un actor social más.

Entonces, al trabajar con una población en particular, los usuarios del Centro Basaglia, se tiene en cuenta que esas personas manejan un lenguaje común y comparten determinadas prácticas que se establecen en el campo de la cultura. Por consiguiente, consideramos que todo proceso social es una construcción en permanente desarrollo, conflicto y cambio, y desde nuestro punto de vista, la comunicación se encuentra en lo móvil, lo cambiante y en las relaciones (Bonavetti, V. & Dore, A., p.27, 2009).

En este sentido, pensaremos la relación comunicación/cultura a partir de las palabras del sociólogo argentino Héctor Schmucler quien establece la necesidad de vincular ambos términos. La barra que los media genera una fusión tensa entre elementos distintos de un mismo campo semántico; la

barra acepta así la distinción, pero anuncia la imposibilidad de un tratamiento por separado (Schmucler, 1984).

**De este modo, consideramos a la comunicación como un proceso básico y fundamental para la construcción de la vida en sociedad**

La interacción resulta primordial en la convivencia y el diálogo cotidiano, y es allí, donde se pone de manifiesto la cultura. “Pensar la comunicación desde la cultura implica indagar a los procesos sociales desde un análisis que permita dilucidar los conflictos, las contradicciones, las luchas y resistencias de los grupos, las relaciones de poder que los atraviesan y determinan; en síntesis, las disputas por la conquista de la hegemonía que subyacen en las producciones de sentido dentro de todo proceso comunicativo” (Bonavetti, V. & Dore, A., p.28, 2009).

En este caso, consideramos necesario aclarar que según Antonio Gramsci la hegemonía es “la ideología gobernante”, es decir, el consenso que se erige para que un proyecto pueda



sostenerse (Gramsci, 1998). Esto da lugar a que circulen socialmente y se establezcan determinados sentidos sociales y no otros.

La hegemonía, como momento que se construye, que hace y se deshace, es entendida como un proceso de dirección política-ideológica en la que una clase o fracción de clase se apropia del poder, existiendo a la vez espacios donde los grupos subalternos desarrollan prácticas no siempre funcionales al sistema. El concepto de hegemonía, entonces, va más allá que el de cultura total porque relaciona el proceso social total con las relaciones asimétricas de poder (Saintout, p. 65, 1998).

Estas relaciones asimétricas se dan en el plano establecido cotidianamente, desde una lógica dialéctica.

Por su parte, Jesús Martín Barbero propone pensar la comunicación a partir de las mediaciones que se establecen entre las acciones de comunicación y los movimientos sociales. Es decir, estudiar dichas prácticas desde la cultura, para dejar de entenderlas meramente desde los medios y desde las disciplinas académicas.

La propuesta de Martín Barbero consiste en el desplazamiento de los medios a las mediaciones, léase, correr la mirada

centrada en los medios hacia la comunicación inscrita en lo cultural, como los conflictos donde adquieren sentido diferentes sentidos, porque no hay un sentido único, no existe el principio totalizador de la realidad social, lo que existen son articulaciones a partir de prioridades en la coyuntura, en la situación.

Las relaciones de poder tal y como se configuran en cada formación social, no son mera expresión de atributos, sino productos de conflictos concretos y de batallas que se libran en el campo económico y en el terreno simbólico. Porque es en ese terreno donde se articulan las interpelaciones desde las que se constituyen los sujetos, las identidades colectivas (Martín Barbero, p.11, 1987).

En relación a este trabajo de tesis, el cambio sustancial que aporta la Ley es eliminar el antiguo paradigma que entendía a la persona con padecimiento mental como objeto de derecho, es decir que sus derechos pasan a ser potestad del Estado que decide por la persona. Desde la sanción y reglamentación de la legislación que nos compete, se dio lugar a un nuevo paradigma en el que el paciente psiquiátrico pasa a ser un sujeto de derecho, esto significa que conserva la potestad de ejercer



sus derechos, por lo que los organismos políticos no podrán decidir por sobre su vida. “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas” (Ley 26.657, 2010, p.1)

Consideramos que esta nueva normativa propone sentidos distintos a los que están instalados acerca de la “locura”. Existen discursos y prácticas sociales cuya función es sostener los imaginarios acerca del tratamiento de la enfermedad mental, ligados a la reclusión y el aislamiento, tal como lo planteaba la institución psiquiátrica moderna. Es decir, que la nueva ley de salud mental viene a proponer nuevas miradas, no sólo acerca del abordaje de este tipo de problemáticas, sino también una nueva perspectiva acerca del paciente psiquiátrico rompiendo con la peligrosidad a la que se lo asoció históricamente. No se trata sólo de una normativa que otorga apoyo legal para la atención comunitaria en salud mental, sino que también busca romper con algunos imaginarios sociales.

En relación a lo anterior, Cornelius Castoriadis afirma que toda sociedad crea su propio mundo, creando así las significaciones que le son específicas. La función de estas significaciones imaginarias sociales es triple:

- estructuran las representaciones del mundo en general, sin las cuales no puede haber ser humano;
- designan las finalidades de la acción, “imponen lo que hay que hacer y lo que no”, lo que es bueno hacer y lo que no lo es.
- establecen los tipos de afectos característicos de una sociedad. El psicoanalista plantea que estas dimensiones son llevadas a cabo por las instituciones particulares - como por ejemplo el manicomio- que median y establecen un “enjambre de roles sociales (Bártoli, S. & Vallejos, M., 2009).

En este caso, siguiendo las palabras de Susana Lonigro, quien retoma a Cornelius Castoriadis, se puede decir que “el ser humano está caracterizado por su posibilidad de producir imágenes, de imaginar, pero advierte que a partir de que tenemos un campo colectivo estamos frente a otra realidad: el imaginario social” (Lonigro, s/f, p.1) En este sentido, cabe destacar que existen significaciones imaginarias sociales que le dan sentido y eficacia a ciertos discursos que se aglomeran en la psique y tienen carácter social.

En vinculación con nuestra tesis, lo que se puede ver es que el discurso acerca de la “locura”, atándola a la peligrosidad, la irracionalidad y la desmesura, se ha instalado como un discurs-



so hegemónico tan poderoso, que se ha vuelto incuestionable; es decir que se formó un imaginario social. Lo anterior, fomentado y exacerbado por medio de la psiquiatría moderna (de Philippe Pinel en adelante) que le daba razones científicas a dichos imaginarios, al aislamiento del “loco” y al poder –aún hoy- irremplazable del manicomio.

En este sentido, insistimos con el valor de la Ley 26.657. Por un lado, aporta un respaldo legal para la realización de prácticas en y con la comunidad, para reincorporar a la sociedad a un colectivo excluido por culpa de dicho imaginario social. Y por otro lado, más relevante desde nuestra mirada como tesistas, busca romper con aquel imaginario ya histórico y hegemónico, que asocia al sujeto que sufre un padecimiento mental con la peligrosidad y a dicha peligrosidad con un justificativo del encierro.

Entre otras transformaciones:

- Se presume la capacidad de las personas, donde antes sólo se veía un padecimiento, una discapacidad y por tanto, una amenaza.
- Se propone el cierre de manicomios, para integrar a estos

grupos a la sociedad.

-Se quita de su lugar privilegiado a la hegemonía médica para pensar en grupos de abordaje interdisciplinario abriendo la posibilidad de intervención a otras disciplinas como la nuestra, que sin formar parte de la carrera hospitalaria, puede aportar e insertarse en un equipo de salud a partir de talleres y diversas acciones territoriales.

-Se propone el tratamiento personalizado, particularizando en casos, que anteriormente eran parte de lo mismo: “locos”.

## 2 Planificación comunicacional

Entendemos a la comunicación como proceso de construcción colectiva de significaciones, por tanto, la planificación resulta esencial para sistematizar de forma racional todo el proceso que implica el diálogo entre diferentes actores y diferentes realidades. Es así que se trabaja buscando reducir la mayor cantidad de incertidumbres que este tipo de actividades supone, que en nuestro caso, fue un taller con personas con padecimiento mental.

En este sentido, nos parece importante retomar la idea de Uranga acerca de la planificación, entendiendo a ésta como



**“un proceso mediante el cual se introduce racionalidad y sistematicidad a las acciones y a la utilización de los recursos con la finalidad de orientarlas hacia un objetivo deseable y probable,**

puede partir tanto de una mirada que se apoya en la recopilación de lo hecho, de los antecedentes y de la enseñanza que de allí se deriva, como desde el futuro, construido como escenario soñado, como una imagen que le da direccionalidad a las acciones del presente”. (Uranga, 2008, p.6)

Pensar la planificación desde la comunicación es entenderla como una herramienta capaz de generar espacios de participación que alimenten la concreción de perspectivas de cambio y desarrollo social (Martín, 2007, p.1). Por esto, la realización del taller funcionó como un espacio de diálogo y reflexión entre sus integrantes, pudiendo trabajar con acciones concretas para alcanzar objetivos tendientes a realizar una transformación social.

María Cristina Mata, explica que la comunicación no es un proceso de transmisión de significados desde un emisor hacia un receptor, por medio de un canal, en forma lineal. Por el contrario, la comunicación es producción de sentido, es interacción social, es decir, a través de ella se construyen sentidos que configuran modos de entender e interpretar a la sociedad y a la cultura. (Mata, 1985, p.2)

Es por lo anterior que consideramos que trabajar en comunicación siempre significa trabajar con otros, lo que implica reconocer a la comunicación como una herramienta estratégica para el desarrollo local ya que facilita la interacción, el encuentro entre los diferentes actores sociales, implica acuerdos, entendimiento (Negrete, A., Inchaurredo, M. & Rosa, N., 2005). La planificación comunicacional permite ese tipo de intervenciones en un territorio y con la comunidad para generar procesos que puedan devenir en una transformación. En nuestro caso, realizamos una planificación comunicacional en la que definimos que la estrategia fuese el taller con el fin de lograr un conocimiento de la Ley 26.657 por parte de los usuarios del Centro Basaglia.



A la planificación como proceso para realizar abordaje en la comunidad la realizamos siguiendo el siguiente esquema:

- 1º Diagnóstico: conocimiento del campo, actores, temáticas y problemáticas.
- 2º Planificación: elaboración de una estrategia para abordar la realidad que nos enseña el diagnóstico.
- 3º Ejecución: realización de la estrategia pensada en la planificación.
- 4º Evaluación: valoración del recorrido realizado en todos los pasos anteriores <sup>4</sup>.

En cuanto a los diferentes enfoques de la planificación comunicacional, podemos identificar tres como centrales:

#### *-Enfoque normativo de la planificación social*

Fue calificada inicialmente como planificación del desarrollo. Se origina en la década del '50, cuando se programaba el desarrollo para los países de América Latina. Este enfoque se sustenta en las premisas del positivismo: considerando al sujeto planificador como capaz de analizar y transformar un objeto, que en este caso, es la realidad social.

La planificación normativa analiza la realidad desde una perspectiva homogeneizadora, es decir que las bases teóricas y el procedimiento metodológico que propende, pueden ser aplicados en cualquier espacio, institución o nivel de acción sin considerar sus especificidades, la diversidad de los actores presentes y los distintos niveles y tipos de relación que se presentan entre esos actores. La planificación desde esta perspectiva adquiere un carácter instrumental, es decir, es un medio por el cual el planificador puede intervenir en la realidad y modificarla.

#### *-La planificación estratégica situacional*

Esta perspectiva surge de las críticas a la planificación normativa. Su introducción en las prácticas administrativas del estado se inicia en la década del '80 en toda América Latina.

Considera que no existe una realidad social homogénea, fragmentada en sectores, que puede ser analizada y transformada por un sujeto desde la externalidad. Asume que la realidad no se le presenta al planificador por sectores sino por problemas sociales, es decir, por enunciados problemáticos que expresan una posición del actor de la realidad y que permi-

<sup>4</sup> Para mayores precisiones sobre el proceso de planificación de esta tesis ver "Capítulo 8: "Puesta en marcha"



ten tener una visión más integral de esa realidad que analiza y que desea transformar.

Desde esta perspectiva, se asume que la realidad social es heterogénea, es decir, que en el juego existen distintos actores con distintos grados de poder. La acción estratégica implica precisar con claridad cuál es el posicionamiento del actor que planifica; identificar la totalidad relevante de la realidad que se planifica, analizar los actores que están presentes en el juego planificador, y diseñar estrategias que permitan ir acumulando poder y logrando la situación-objetivo que se plantea un actor al planificar.

En el caso de la presente tesis, como planificadoras nos posicionamos desde esta normativa, los motivos de dicha decisión no se refieren a una convicción personal sino a que este enfoque cuadra mejor con la experiencia que llevamos a cabo. Si se tiene en cuenta que el Centro Basaglia es una institución pública, provincial y dependiente del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero, se vuelven ineludibles algunas problemáticas referidas al día a día: un sistema de salud público que muchas veces no puede hacer frente a las demandas de este tipo de organizaciones; un equipo de trabajo que se ocupa mayormente

a resolver los emergentes diarios que puedan ocurrir con los usuarios, tanto en el plano clínico como en el social.

Es por ello que se tornaba dificultoso plantear una planificación prospectiva, ya que ésta considera el largo plazo como algo fundamental. En este caso, nos sirven como ejemplo la entrevista a Patricia Pauluc <sup>5</sup>, coordinadora del Centro Basaglia y el capítulo 3.2 Salud Mental en Argentina de la presente tesis, donde se evidencia que los vuelcos económicos y políticos que ha sufrido nuestro país fueron determinantes para el campo de la salud mental: ya sea para el método de atención a los pacientes, por las políticas públicas destinadas a este área y por la concepción misma del sufriente mental.

Otra cuestión que resultó esencial para tomar la decisión de encuadrarnos en este enfoque de la planificación tuvo que ver con el tiempo que nos designaba la organización para la realización del taller: entre marzo y abril de 2012. En otro momento del año hubiera resultado muy difícil ya que los usuarios tienen muchas actividades pautadas durante la semana y se hubiera superpuesto con otros espacios tales como: talleres, asambleas, espacios grupales e individuales, alfabetización o apoyo escolar, que tanto el equipo como

<sup>5</sup> Ver anexos.





nosotras, no queríamos generar que los usuarios tengan que decidir entre una cosa u otra. Por ello, teniendo designado ese momento para llevar adelante los encuentros de nuestra tesis, decidimos ajustarnos a un enfoque estratégico situacional. Por otra parte vale aclarar que en el Centro Basaglia sí hay una idea de futuro y sobre ello se trabajó en las entrevistas individuales a los miembros del equipo de profesionales<sup>6</sup>, donde se los consultó acerca de un escenario deseado que luego motivó nuestra propuesta de planificación, pero esto no puede ser escindido de la incertidumbre que puede causar, por ejemplo, un cambio de gobernador, o un nuevo director provincial de salud mental, que para el trabajo de una institución como esta podría llegar a ser determinante.

Atentas a lo anterior, planteamos una planificación estratégica situacional, ya que prefiere trabajar con los tiempos ajustados a las demandas de la gestión (Uranga, Iglesias & Pagola, 2012, p. 35) pero generando espacios de participación, de consulta con los integrantes del Basaglia, con las observaciones nuestras en tanto talleristas de la organización (antes de la realización de este trabajo) y proponiendo un espacio de validación del diagnóstico con los mismos usuarios.

“La planificación estratégica situacional se apoya en el análisis de la situación presente, vista a partir de una concepción del mundo, de la historia y de la realidad particular de cada escenario (ámbito, organización, proyecto) para luego diseñar estrategias de respuesta que orienten las acciones en función de los objetivos de cambio propuestos” (Uranga, Iglesias & Pagola, 2012, p. 18).

#### *-Planificación Prospectiva Estratégica*

Habiendo explicado la planificación estratégica situacional consideramos necesario explicar de qué trata la planificación prospectiva estratégica; a pesar de no basar nuestro trabajo exclusivamente en esta perspectiva por diversos motivos que iremos desarrollando en este apartado; queremos resaltar aspectos que entendemos centrales y que forman parte de otra mirada acerca de la planificación comunicacional.

Esta perspectiva no desestima el análisis de la situación presente de la que parte la planificación estratégico situacional, pero elige como punto de partida la construcción de imágenes de futuro para de este modo regresar al presente con una mirada más compleja y completa de las brechas que

<sup>6</sup> Ver 8.1 Diagnóstico: “El Taller de derechos”



separan lo actual con lo deseado. En este sentido, en palabras de varios autores acerca del tema, plantean que “si lo que hoy nos sucede es el resultado de nuestras acciones en el pasado, imaginemos cómo es nuestro futuro, para establecer qué debemos hacer hoy” (Uranga, Iglesias & Pagola, 2012, p.20)

Es decir, desde la prospectiva se busca generar acciones de planificación que partan de ese futuro deseado y ayuden a caminar hacia él de la mejor manera posible y poniendo en práctica la participación y construcción colectiva de todos estos procesos.

Consideramos pertinente resaltar que la premisa de la construcción colectiva que propone esta perspectiva de planificación la hemos tomado como parte fundamental de nuestro trabajo, sin embargo, este enfoque plantea que esa construcción y transformación global de la sociedad debe ser a largo plazo. Este punto es uno de los que disienten con nuestra práctica de campo ya que nos hemos ajustado a los tiempos de la organización y sus demandas a corto plazo (como realizar el taller entre marzo y abril del 2012 porque sino no podían ofrecernos horarios a lo largo del año).

Entendemos la importancia de mirar el futuro para caminar

hacia allí desde las problemáticas presentes y que este proceso necesariamente requiera un tiempo extenso de trabajo colectivo. Como explican Uranga, Iglesias y Pagola, depende de la complejidad del tema a resolver, los objetivos tienen una proyección espacio temporal importante. A más complejidad, más tiempo. A pesar de entender lo estratégico del largo plazo, las prácticas de la vida cotidiana de una organización de tipo pública que depende de la coyuntura político-económico-social que vive el país y la ciudad, impide que se trabaje de este modo con problemáticas que deben resolverlas lo antes posible.

Sin embargo, Michel Godet sostiene que prospectiva y estrategia no pueden leerse como dos perspectivas enfrentadas, sino complementarias. Explica que “esta suerte de hibridación entre estrategia y prospectiva puede dar por resultado un “matrimonio fecundo”. Asegura que el futuro no está escrito en ninguna parte, lo queda por hacer, es múltiple y podemos influir en él” (Uranga, Iglesias & Pagola, 2012, p.20). Por esta razón, más allá de no trabajar desde este enfoque, igual decidimos conocer qué deseos a futuro tenían los participantes del equipo del Centro respecto a la salud mental para tenerlo en cuenta y poder proponerles algo que también camine hacia ese



objetivo pero en condiciones ya desarrolladas líneas arriba.

En este sentido, la aplicación de los distintos enfoques de planificación depende de las condiciones en las que ésta se está realizando, como hemos explicado anteriormente; y vale destacar que no existe una única respuesta para todas las situaciones ya que cada una de ellas requiere miradas específicas acordes a su situación.







## 6 El rol del comunicador

Atentas a lo anterior, el concepto de comunicación y salud, propone repensar el rol que los comunicadores asumimos en los espacios de salud. En este sentido, la existencia de la Ley de Salud Mental (26.657) y la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual (26.522) genera un escenario propicio para repensar nuestra función como profesionales.

Desde el 2009 con la sanción de la nueva Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual se ha generado un nuevo mapa de inserción para los comunicadores ya que se buscó que se generen espacios de producción de contenidos radiales y televisivos destinados a nuevos sectores. “Esto implica la inclusión de nuevos actores encargados de producir contenidos de acuerdo a las necesidades informativas, formativas y recreativas de las regiones desde perspectivas identitarias e iconográficas propias” (Bruno, 2013, p.60)

En este sentido, no sólo se abren nuevos espacios para intervenir desde la comunicación sino que se comienza a repensar de qué manera y a dónde. Si bien hace varios años la comunicación incide en el campo de la salud, podemos afirmar que su rol se ha visto limitado a las funciones de prensa y difusión. Ampliar la mirada en cuanto a la acción que puede tener

el comunicador, no necesariamente implica volverlo único responsable de generar cambios en el ámbito de la salud.

Históricamente, desde que el comunicador interviene en el campo de la salud, se han visto diferentes modos de abordaje de acuerdo a cómo han ido evolucionando ambas disciplinas. Si nos remontamos a la década del '70, el accionar de la comunicación en salud estaba ligado a diseñar programas, planes o campañas de prevención que abogaban por los aspectos educativo-sanitarios. Se buscaba utilizar a los medios masivos de una manera eficaz, considerándolos indispensables para el desarrollo de la sociedad.

Posteriormente, en las décadas del '80 y '90, se trabajó desde dos modalidades de intervención: por un lado, el campo de la publicidad y el marketing social influyeron en el modo de abordaje de la salud desde la comunicación; y por otro, “se desarrollaron prácticas y reflexiones a partir de considerar la omnipotencia de los medios masivos para imponer modos de vida, costumbres, gustos, etc. que podían modificar o mantener el status quo. Esta perspectiva se denomina activismo informativo y consiste en la utilización estratégica de los medios masivos para proponer iniciativas sociales o políticas



sanitarias” (Regis, E; s/f). En ambas posturas, sigue prevaleciendo la concepción instrumentalista de los medios, más allá de estas, se comenzaban a desarrollar otras prácticas comunicacionales que rescataban no sólo la función de los medios masivos, sino también los modos de recepción de los diferentes actores dándoles la oportunidad de tener un espacio en el cual dialogar, reflexionar u opinar.

Actualmente, con el avance de las tecnologías de la información y los cambios que se han desarrollado en nuestra disciplina nos obligan a pensar la comunicación desde nuevos lugares, tomando las contradicciones, conflictos, nuevos actores y sectores como punto de partida y entendiendo los procesos de producción de sentidos y significaciones en la trama cultural, como central. No sólo se sigue trabajando desde las perspectivas tecnológicas, sino que también aparecen nuevas miradas y formas de entender las intervenciones en salud desde la comunicación, comprendiendo nuestro campo de estudio “como el conjunto de intercambios que constituyen la red discursiva sobre salud-enfermedad en una sociedad en particular” (Fernández Carral, S. & Villa, A., 2012).

Desde esta perspectiva, se busca aportar desde la comunicación a prácticas de promoción y educación para la salud, implicando al comunicador con el rol de productor de procesos de reflexión y cambio social, en conjunto con otros trabajadores de la salud y otras áreas sociales.

**Es por esto que la comunicación y la salud no debería reducirse al campo meramente informativo con el objetivo de persuadir a algún sector, sino que su función se relaciona estrechamente con generar espacios de diálogo acerca de los intereses colectivos en relación a la salud, pesándola histórica y políticamente**

Como exponen Susana Fernández Carral y Viviana Villa, la comunicación y salud representa la instancia de problematización de la comunidad sobre las experiencias de salud-enfermedad-atención propias, desde donde surgen los sucesos de transformación que deben dar origen a discursos y prácticas.



En este sentido, nuestro objetivo con el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental fue generar un espacio de reflexión comunitaria en el que las experiencias de los usuarios fueran tomadas como punto de partida para problematizar la realidad en la que viven y también a la Ley, en tanto documento que les otorga derechos. De esta manera, el taller buscó la transformación de las prácticas cotidianas de los sujetos en relación a sus derechos otorgados por dicha normativa, que en muchos casos, no la conocían.







## 7 Marco metodológico

Para la presente tesis fue necesario elegir un marco metodológico que nos ayude a cumplir con los objetivos planteados desde un inicio, por tal motivo se tornó necesario seleccionar un enfoque que oriente el trabajo. A los enfoques cualitativo y cuantitativo los entendemos como un conjunto de procedimientos y técnicas para la recolección de la información y el procesamiento y análisis de los datos. Cada uno de ellos tiene sus potencialidades y limitaciones, pero para este caso consideramos que la perspectiva que mejor se amoldaba a nuestras intenciones fue la cualitativa. (Niremborg/Brawerman/Ruiz, p.87)

La evaluación o investigación cualitativa intenta recuperar el contexto y las dimensiones humanas del fenómeno en estudio. Generalmente, esta evaluación se realiza en medios “naturales” para las personas con las que se trabaja, en nuestro caso el Centro Franco Basaglia resulta un lugar habitual y conocido para los usuarios. Dentro de este enfoque el investigador/evaluador funciona como el principal instrumento de recolección y análisis de datos, rol que en este caso cumplimos las tesisistas/coordinadoras del taller.

Siguiendo lo que plantea Washington Uranga “esta perspectiva postula que la “realidad” se define a través de las

interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo, convergen varias “realidades”, por lo menos la de los participantes, la del investigador y la que se produce mediante la interacción de todos los actores”. (Uranga, 2009, p.5)

En este caso, nuestra labor fue la de introducirnos en las experiencias particulares de los usuarios y construir un conocimiento común, siendo parte del objeto de estudio trabajado. De esta manera, es importante entender que nuestro trabajo parte de las representaciones de los sujetos sociales con los que se trabajó (sus percepciones, valores, significaciones, deseos y sueños).

Vale mencionar que la intervención en el Centro Basaglia estuvo orientada en el marco de una investigación acción participativa (IAP). Como dice Washington Uranga citando a Jesús Galindo Cáceres “la investigación acción participativa incluye la necesidad de pluralizar el conocimiento y de establecer un diálogo entre el saber popular y la práctica y la teoría científica, de reflexionarlo, de que se asuma como parte de un proceso para transformar la realidad desde los actores sociales” (Uranga, 2009, p.6)



El método IAP combina dos procesos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda y con quienes se pretende trabajar. Este método permite planificar acciones y medidas para transformar y mejorar la realidad de determinados actores.

“Es un proceso que combina la teoría y la praxis, y que posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la población sobre su realidad, su empoderamiento, el refuerzo y ampliación de sus redes sociales, su movilización colectiva y su acción transformadora” (Eizagirre, M. & Zabala, N., s/f).

Esta metodología propone cuatro pasos, que no son estancos sino que pueden presentarse de distintas maneras según el contexto a abordar, tal como sucedió con la presente tesis, donde se aplicó dicho esquema, aunque no de manera pura.

En primer lugar se plantea la observación participante, momento en el cual nos adentramos en la realidad del Centro Basaglia, sus actores y procesos.

En segundo lugar, la investigación participativa “en la que se diseña la investigación y se eligen sus métodos, basados en el trabajo colectivo, la utilización de elementos de la cultura popular y la recuperación histórica” (Eizagirre, M. & Zabala,

N., s/f). En este caso, se realizó un relevamiento a través de diversas técnicas (ver 7.1 y 7.3), con el fin de conocer a los actores de la organización, sus opiniones y poner en común las distintas visiones que los miembros del Centro Basaglia tenían acerca de los temas centrales de esta tesis.

En tercer lugar, se llevó adelante la acción participativa, lo que implicó la puesta en marcha de un taller que reflejara los puntos de vista nombrados anteriormente con el fin de generar un proceso de transformación en esa comunidad, en base a la problemática planteada.

Finalmente, la investigación acción participativa propone un momento de evaluación en el que se tuvo en cuenta el logro de los objetivos planteados, la ejecución de los talleres y el aporte desde nuestra disciplina a la temática.

Teniendo en cuenta que se trabajó con sujetos sociales que han padecido o padecen problemas mentales, es necesario resaltar que no se buscaron datos estadísticos ni resultados porcentuales, sino que lo importante fue el proceso y las relaciones que se dieron a lo largo de la tesis.

Por esto, las técnicas que se utilizaron según los objetivos específicos planteados fueron:



## 1 La entrevista

Esta técnica fue utilizada con seis integrantes del Centro Basaglia, cada uno de ellos, representante de una disciplina particular de las que conforman la organización:

- Patricia Pauluc, Psiquiatra y Coordinadora del Centro
- Dolores García, Licenciada en Psicología
- Juan José Gilabert, Licenciado en Enfermería
- Elena García, Licenciada en Trabajo Social
- Raúl "Pinky" Simón, encargado de los talleres artísticos (multimedia y música)
- Cipriana Martínez, Licenciada en Comunicación Social y coordinadora del taller de radio

Decidimos utilizar esta técnica porque nos permitió obtener información de la organización, y a través de ella, poder describir e interpretar diversos aspectos de la realidad. Las entrevistas permitieron el intercambio de conocimiento entre nosotras como tesisistas y los miembros del equipo de la institución. A su vez, nos permitió comprender el tema en cuestión desde la perspectiva del interlocutor, entendiendo a la entrevista como una forma de encuentro a la que recurrimos con el

fin de recolectar un determinado tipo de información.

Este tipo de herramientas propicia el contacto y la proximidad con los actores seleccionados favoreciendo no sólo el diálogo sino también poder presenciar los gestos, las expresiones, silencios de la otra persona al tratar el tema propuesto.

En este caso, optamos por realizar entrevistas semi estructuradas porque son aquellas que tienen la flexibilidad de eliminar o agregar preguntas en el acto. Cabe resaltar que la importancia se centró en el tema a conversar y no tanto en el entrevistado.

Esta selección lo que nos permitió fue, ante la misma guía de preguntas que aborda la Ley de Salud Mental y la Comunicación (ver modelo de entrevista), conocer las diferentes perspectivas de cada una de las disciplinas que se diferencian entre sí y a la vez se complementan en función de sus actividades en el Centro Basaglia en tanto grupo.

### *Modelo de entrevista realizada*

1. ¿Cómo llegaste al Centro Basaglia?
2. ¿Cómo es trabajar en un Centro de salud comunitaria?
3. ¿Conoces la Nueva Ley de Salud Mental? ¿Qué opinión te merece?



4. ¿Cuál es tu rol en el Centro? ¿De qué forma abordan la salud mental desde tu disciplina?
5. ¿Cuál crees que es tu función a partir de esta nueva ley? ¿Modificó de algún modo tu función con respecto a como era antes? ¿cómo?
6. Según tu criterio ¿Qué lugar ocupa el usuario frente a esta nueva ley?
7. Según tu criterio ¿Tiene sentido difundir la existencia de esta nueva ley?
8. ¿Cuál consideras que es el papel que debería tener la comunidad frente a esta nueva ley?
9. ¿Cómo te gustaría que se trabaje la salud mental en un futuro próximo (10 años)?
10. ¿Qué pasos hay que realizar para lograr el modo deseado o planteado anteriormente?

## 2 Observación participante

Esta herramienta nos permitió conocer de otro modo a la organización con la que trabajamos. Es importante señalar que la observación participante depende del involucramiento del investigador y aporta datos contextuales centrales para conocer en profundidad las actividades y el movimiento del Centro.

En este sentido, es válido aclarar que durante el proceso de observación, nunca se dejó de lado la visión de mundo del observador. Por tal, se evitaron los juicios de valor para darle lugar a conocer, entender y comprender la realidad de los actores.

Durante el proceso de observación intentamos dar cuenta de las siguientes preguntas a modo de guía para llevar a cabo este proceso:

### *Primero*

-Qué vamos a observar y para qué: decidimos observar el funcionamiento del Centro, por ejemplo las asambleas y espacios de reunión, para conocer el accionar diario y las temáticas que trabajan.

-Cómo vamos a observar: por medio de una presencia activa dentro del escenario elegido.

-Dónde vamos a observar: en el Centro Franco Basaglia, en espacios prefijados como asambleas de usuarios y reuniones de equipo

### *Segundo*

-Qué vamos a observar: el posicionamiento político con respecto a la Ley y a la comunicación que tienen especial-



mente los usuarios, ya que con ellos decidimos trabajar; y a eso sumarle la mirada del equipo de trabajo.

-Cuándo vamos a observar: la observación fue previa a la realización del taller.

-Cómo registrar: elegimos registrar nuestras observaciones en un cuaderno de campo, a su vez grabar cada encuentro del taller y tomar fotografías de los diversos momentos.

### 3 El taller

*“El taller significa la problematización de la cotidianidad, del orden impuesto, de las realidades complejas, dinámicas” (Uranga, 2009, p.30)*

Esta herramienta nos permitió abordar la nueva Ley a partir de un lugar de intercambio de opiniones y conocimientos, donde los protagonistas fueron personas con padecimiento mental. Es decir, estos espacios propiciaron el encuentro con el otro para poder compartir y discutir acerca de cosas que competen de cerca a los usuarios, pero que muchas veces no se hablan.

El taller fue la técnica central del trabajo en territorio de esta tesis. Y por él entendemos que se trata de “un espacio

físico y simbólico para la interacción de actores similares o diferentes que, a través de reflexión y debate, facilitados por técnicas de dinámica grupal, arriban a un producto común donde se pueden marcar diferencias o consensos. (...) Es una herramienta básica de la planificación y evaluación participativa” (Massoni, 2007, p.11)

Esta estrategia metodológica cuenta con supuestos previos y propósitos particulares, entre los cuales se pueden destacar, según Graciela Batallán:

- la valoración de la participación de los propios sujetos en la responsabilidad de sus propios aprendizajes.
- la integración de las experiencias personales de los participantes en el proceso de enseñanza y aprendizaje.
- la opción de trabajar en pequeños grupos.
- una intencionalidad “operativa”, es decir, que los aprendizajes realizados en el taller tengan una influencia en la acción de los sujetos (Ros,s/f,p. 1)

Siguiendo a Jorge Huergo, el taller tiene por misión facilitar la asunción de la doble condición de sujeto y objeto de conocimiento. El grupo, con las características con que ha sido conformado, puede ayudar a cada uno de sus participantes a



reconstruir su experiencia, a reconocerse en las experiencias de los otros, a adquirir una distancia frente a su práctica, a establecer comparaciones con otras prácticas similares, a descubrir relaciones personales, institucionales y sociales ligadas con sus prácticas, a formular y validar hipótesis en la heterogeneidad de experiencias y visiones que se reúnen en el taller” (Jorge Huergo: 2000)

Cabe destacar que esta metodología se llevó adelante a través de la implementación de técnicas basadas en la comunicación participativa (CP). Siguiendo a Waisbord, entendemos que CP es la utilización de canales y técnicas de comunicación para incrementar la participación de la gente en el desarrollo y para informar, motivar y capacitar a las poblaciones.

**Al Taller Participativo lo entendemos como el lugar donde se aprende junto a otros actores complejizando y problematizando desde la comunicación las diferentes realidades de las personas con padecimiento mental y su relación con la nueva Ley**

Utilizamos las Técnicas Participativas para llevar a cabo los encuentros. Éstas hacen referencia a actividades en las que se ponen en juego procesos de interacción y aprendizaje con los usuarios, con el fin de conformar un grupo en el que se puedan desplegar sentidos sobre sus vidas cotidianas, sus historias y experiencias.

La estrategia del taller fue motivar la construcción colectiva en base a un tema que atraviesa a los participantes en tanto beneficiarios de la Ley de Salud Mental con el objetivo de provocar preguntas, romper con encasillamientos o imaginarios institucionalizados.

El objetivo central fue la producción de conocimientos sobre la práctica cotidiana buscando ir más allá del análisis y avanzar hacia una propuesta que apunte hacia el “saber hacer”. Para lograrlo establecimos una estructura de planificación que fue igual en todos los encuentros:

- Objetivo general del Taller
- Objetivo específicos de cada encuentro
- Contenido a trabajar en cada encuentro
- Materiales necesarios
- Momentos dentro de cada encuentro con sus respectivas técnicas participativas



“Esta forma de trabajo parte de considerar como central la participación y el compromiso de los sujetos en el análisis de su propia realidad. Las comprensiones que los sujetos tienen sobre determinada realidad se convierte en un punto de partida para entenderla, y se transforma al mismo tiempo en objeto de reflexión” (Ros, s/f, p.4)

Finalmente, es válido aclarar, que el análisis de los grupos no es un objetivo del taller, sino una herramienta necesaria como dice Ros, para favorecer la producción y trabajar sobre los factores que pueden obstaculizar el trabajo de los grupos. <sup>7</sup>

<sup>7</sup> Ver planificación del Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental en 7.2.1 Planificación de los seis encuentros.







**Puesta en marcha**





## 8 Puesta en marcha

### 1 Diagnóstico: “El Taller de derechos”

Para poder llevar a cabo esta tesis hemos decidido trabajar con las herramientas que nos brinda la planificación comunicacional. Es por eso que en un primer momento realizamos una etapa diagnóstica con el objeto de poder relevar qué conocimientos tenían los usuarios acerca de la nueva Ley de Salud Mental.

A partir de ello, se pensó en elaborar un diagnóstico que partiera de las nociones, existentes o no, que pudiesen tener los usuarios del Centro Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia acerca de la Ley 26.657; lo que luego permitiría realizar una planificación.

En primer lugar, la idea de realizar un Taller partió de una observación al frecuentar la organización por materias de la Facultad y por posteriores intereses particulares que hicieron continuar allí dichas prácticas. Fue entonces que notamos dos cuestiones fundamentales: primero, para que las personas con padecimiento mental pudiesen insertarse en la sociedad era necesario que se difundiese la Ley; pero también resultaba importante que los beneficiarios de esta nueva legislación pudiesen conocerla, para hacer valer sus derechos.

En este momento, comenzamos a ver que era necesario abordar los dos lugares al mismo tiempo, la comunidad y los

usuarios. En este sentido, la Licenciada en Trabajo Social, Elena García nos afirmó que “es sumamente necesario que la comunidad en general la conozca (a la Ley de Salud Mental) para poder trabajar el estigma que todavía sigue vigente. Tenemos una nueva Ley de Salud Mental, pero hay un montón de gente que sigue pensando que el manicomio es la única solución porque no saben que existen centros como este, porque no conocen la teoría o prácticas en salud mental comunitaria, porque no conocen que una persona con padecimiento mental puede continuar con su vida diaria teniendo un tratamiento, un seguimiento y un acompañamiento”<sup>8</sup>.

En relación al nivel de conocimiento de la Ley por parte los usuarios, en la etapa de entrevistas relativas al diagnóstico, pudimos constatar en las opiniones de los trabajadores del Centro lo que habíamos observado previamente. Por ejemplo, Raúl “Pinky” Simón, el coordinador de los talleres de arte de la organización, manifestó que “El paciente tendría que ser director de su cura, tendría que ser un partícipe más necesario y más activo. Acá no le preguntan, te dicen ‘usted tiene una esquizofrenia galopante y tu tratamiento es este’, no hay otra cosa que esa y uno se queda sin saber un montón de cosas.

Por un lado es parte del trabajo de los equipos de salud hacer

<sup>8</sup> Entrevista a Elena García. Ver anexo.



que la cosa sea más llana y más entendible para el usuario, por ejemplo, que el usuario tenga derecho a poder leer su historia clínica, porque sino en el tratamiento hay una parte oculta.”<sup>9</sup>

Por otro lado, considerábamos de gran importancia que los beneficiarios de la Ley fueran los primeros en saber de qué se trata dicha legislación y poder conocer todos los derechos que se les otorgan. Vimos que en el Centro Basaglia se abordaba esta temática en los espacios de asambleas y algunos talleres, pero condicionados a también abordar otros temas según la coyuntura. Por lo tanto, no encontramos un espacio destinado concretamente a trabajar la Ley en conjunto con los usuarios.

En este sentido, la Licenciada en Psicología Dolores García nos mostró que era necesario trabajar en aquello que nosotras veíamos como una falta en la organización. Por esto afirmó que “el cambio se establece a partir de que se conoce que hay una Ley, acá en el centro se ha trabajado con el texto de la Ley y cada uno ha podido tener una. Eso empieza a producir cambios, las personas ven escritos sus derechos y entonces se puede hablar claramente de eso. Antes parecía una locura de un equipo y ahora es una Ley.

**El trabajar el texto de la Ley y todo lo que ello facilita, va abriendo nuevas puertas, que antes estaban silenciadas.”<sup>10</sup>**

Esto le da una apoyatura a la labor que cotidianamente se realiza en el Centro Basaglia, ya que no alcanza que solamente los trabajadores conozcan la Ley. Cipriana Martínez, coordinadora del taller de radio y Licenciada en Comunicación Social deja en claro que es sumamente importante que “los usuarios conozcan cuáles son sus derechos, que sean conscientes que los tienen, los pueden usar. También la comunidad. Si no existe un territorio preparado para que el usuario o paciente que viene de un proceso de internación y que ahora tiene la posibilidad de vivir en la sociedad (...) no tiene sentido, sería un trabajo nulo.”<sup>11</sup>

Como pregunta final para los entrevistados interrogamos acerca de lo que cada uno esperaba para el tratamiento de la salud mental en un futuro no tan lejano. Estas son algunas de las respuestas que pudimos recoger:

<sup>9</sup> Entrevista a Pinky. Ver anexo. / <sup>10</sup> Entrevista a Dolores García. Ver anexo. / <sup>11</sup> Entrevista a Cipriana Martínez. Ver anexo.



–“En el futuro, así dado por la Ley, por la pelea nuestra, por prepotencia de trabajo como decía Roberto Arlt, yo me imagino un montón de Centros diseminados por la ciudad, no tres Centros nada más para atender a una población de un millón y pico de personas que tiene el partido de La Plata, por ejemplo. Me imagino un montón de Centros, un montón de lugares públicos, me imagino un montón de viviendas dadas por el Estado para los usuarios”. Raúl “Pinky” Simón

–“Esto lleva mucho tiempo, es todo muy lento y son muchos los obstáculos. Me parece que es importante ir a un paso lento pero seguro. Me encantaría estar en un lugar donde no haya más manicomios, donde esté totalmente eliminado el manicomio como una propuesta de tratamiento. Está demostrado que en vez de curar, enferma más. Sin manicomios y con dispositivos alternativos, que verdaderamente sean accesibles a la comunidad (...) Que cada uno pueda elegir donde atenderse y que sea cerca. Que no sea más complicado acceder a la salud que acceder a la enfermedad. Con recursos del Estado un poco más presente y la comunidad más activa (...) Es mucho lo que me imagino, a 10 años creo que esto no va a suceder, me encantaría morirme sin manicomios”. Dolores García

–“Que estemos todos en un plano de igualdad, que termine

para siempre el modelo médico-hegemónico. Que todos puedan participar, opinar y que en ese plano de igualdad tenga importancia lo que dice cada uno y que se pueda trabajar de forma interdisciplinaria que es fundamental porque un ser humano es muy complejo y tiene que ser abarcado desde todos los ángulos, todos tienen que intervenir en la conformación y formación de un ser humano”. Juan José Gilabert

–“¿Cómo tratar la salud mental?, que cada disciplina vaya sintiendo que el problema está en eso, en salud mental, salir del discurso de la psiquiatría –que es la patología- para pensar la salud mental, atreverse a ver qué dice la salud mental, porque hay que ver: vivienda, trabajo, familia, educación. Cada ministerio, cada sector, debería tener un área para trabajar esto. Esto en Chile sucede, hay un montón de ministerios en Chile que tienen un área de salud mental. Porque entonces hay que sentarse a ver cómo conseguís viviendas, cómo conseguís trabajo (...) Y que haya espacios para que las personas pudieran contar su padecimiento”. Patricia Pauluc

–“Lo que más me gustaría es que, primero podamos tener más centros como este y políticas públicas fundamentalmente, políticas sociales que trabajen la salud mental. Y lo más importante son las cuestiones básicas de la vida, la vestimenta, la comida, lo



habitacional, el trabajo, es el mayor problema que tenemos (...) Esto estaría relacionado también en poder abrir más espacios como este para la formación, para laburar es pos de la desmanicomialización, o la transformación de la institución manicomial (...) bueno, obviamente todos queremos que no exista más el manicomio. No creo que estemos muy muy lejos de eso, si creo que va a llevar tiempo y no sólo se trata de concientizar a la población sino también a los grupos profesionales y creo que eso va a ser lo más difícil". Elena García

-“Estaría bueno que se de un cambio en las representaciones que se tienen acerca de la locura y ahí tenemos todo el camino por recorrer, la comunicación va a estar centrada en el cambio de las representaciones, en problematizar, poner en crisis, en poder aceptar el cambio e instalar en la sociedad esto para que se empiece a discutir”. Cipriana Martínez

Es a partir de los dichos de los miembros del equipo de profesionales del Centro Basaglia en las entrevistas que pudimos reconocer que todos esperaban un cambio bastante significativo en el tratamiento de la salud mental y que dicho salto, entre la medicina hegemónica y los tratamientos alternativos, no sería posible sin un contexto propicio. Para ello, conside-

ramos que plantear un taller de debate acerca de la Ley con usuarios, le sería de gran utilidad a la organización en general para garantizar un conocimiento común sobre esta normativa.

Pero este diagnóstico también arrojó que, si la comunidad no está al tanto de los cambios de legislación, nunca podrá recibir a este colectivo en su reinserción social. Fue por eso que se hizo necesario que los usuarios del centro conozcan la Ley, pero que también puedan producir un mensaje en donde la difundan. Si bien la existencia del taller no cerraría los manicomios ni generaría una transformación institucional, podría funcionar a modo de aporte para un cambio mayor como es la desmanicomialización.

Entonces, teniendo en cuenta todo lo que fuimos obteniendo por parte de las entrevistas, experiencias previas y la observación, conformamos un diagnóstico y nos acercamos al Centro Basaglia con la propuesta de nuestra tesis. Por parte del equipo fue muy bien recibida, al punto que uno de los enfermeros de la organización, Juan Gilabert, pidió participar del espacio, ya que él había sugerido previamente generar un espacio para charlar la Ley. Posteriormente, asistimos a una asamblea de usuarios, donde contamos la idea principal del Taller de Comunicación y



Ley de Salud Mental. En primera instancia, se anotaron para participar catorce personas, todos de acuerdo con que era necesario conocer esta normativa.

La primera invitación se realizó en diciembre de 2011 con la idea de llevar adelante el taller a principios del año siguiente, en esta oportunidad, Juan destacó frente a la asamblea la importancia de poder conocer los derechos, al punto que los usuarios comenzaron a llamar al taller: “Taller de derechos”.

En el transcurso entre la primera invitación y nuestra segunda visita ya con la fecha de inicio estipulada, los miembros del Centro nos interrogaban acerca de cuándo comenzaría el “Taller de derechos”. Con ello, pudimos ver que había un real interés en que se llevara a cabo una instancia como la planteada, tanto por parte del equipo de trabajadores como por parte de los pacientes.

Finalmente Patricia Pauluc, médica psiquiatra y coordinadora del Centro Basaglia, se mostró en favor de nuestra propuesta y dijo que “(...) hay mucho trabajo todavía que hacer de decodificarla, de traducirla. Para el interno también, porque como sabemos, muchos colegas se opusieron y siguen diciendo que la Ley es un pasticho”<sup>12</sup>.

De esta manera, podemos decir que *el diagnóstico realizado ha arrojado una serie de premisas* tales como:

- Los usuarios han tenido contacto con el texto de la Ley pero no con lo que ella significa en profundidad.
- El Centro Basaglia no cuenta con un espacio concreto destinado a la discusión y apropiación de los derechos que otorga la nueva Ley.
- Charlan en las Asambleas, esporádicamente, acerca de la nueva Ley pero condicionados a la coyuntura.
- Los miembros de los equipos de trabajo del Centro consideran necesario “decodificar” la Ley para los internos, hacerla más entendible.
- El usuario debería ser más partícipe de su cura.
- Los miembros del Centro consideran importante que la comunidad conozca la nueva Ley y la existencia de los centros de salud mental comunitaria.

Por lo dicho anteriormente, consideramos necesario plantear las siguientes *líneas de acción*:

- Concretar en el Centro Basaglia un espacio de debate y reflexión acerca de la nueva Ley de Salud Mental.
- Decodificar la Ley de Salud Mental, haciendo hincapié en los puntos que otorgan derechos, para que pueda ser fácilmente

<sup>12</sup> Entrevista a Patricia Pauluc, Op. Cit. p.11.





incorporada por los usuarios.

- Invitar a los usuarios a que se incorporen en ese espacio.
- Generar mensajes propios de los usuarios pensados para comunicar la Ley a la comunidad.

## 2 Planificación

### 1 Objetivos de la planificación

- Diseñar, ejecutar y evaluar en el marco de la estrategia, una intervención participativa que permita generar un espacio de reflexión, interaprendizaje y producción en torno a la Ley 26.657.

### 2 Resultados esperados de la planificación

- Realización de un espacio concreto de reflexión, interaprendizaje y producción en torno a la nueva Ley, con un promedio de diez usuarios como asistentes.
- Realización colectiva de un producto comunicacional en el que los usuarios puedan contar la Ley de Salud Mental
- Difusión del producto realizado por los usuarios en la ciudad de La Plata

### 3 Estrategia: Comunicación-educación para la salud

Una vez elaborado el diagnóstico, y ya habiendo concretado una primera aproximación sobre el conocimiento que los

miembros del Centro Basaglia tenían sobre la Ley, pudimos pasar a una etapa de planificación.

Para esto, partimos de entender que la comunicación y educación para la salud podía ser la puerta de entrada al trabajo de la Ley de Salud Mental, ya que involucra tres factores (comunicación-educación-salud) que nos parecen trascendentales a la hora de intervenir en esa problemática. Esta estrategia enmarca nuestra práctica a lo largo de toda la investigación acción, buscando desatar procesos de formación a partir de la problematización y el conocimiento de los derechos de las personas con padecimientos mentales.

De esta manera, buscamos que la estrategia comunicacional involucre a los actores de la organización con la que trabajamos, con el fin de que ellos sean los protagonistas en los procesos de cambios propuestos.

En este sentido, la estrategia comunicación/educación para la salud parte de la base de que “toda estrategia de comunicación tiene un componente educativo y que necesita de mediaciones pedagógicas para su concreción. Ejemplo: espacios de reflexión para el debate relevantes de agenda para los diversos actores involucrados en el escenario de actuación, talleres de producción, etc”. (Bruno, Uranga & Vargas, p.17, 2012)



Por otro lado, nos parece importante mencionar que existieron ciertos factores que tuvimos en cuenta al momento de pensar una estrategia que nos permita intervenir en la organización, uno de ellos fue la creación de un espacio de interacción donde sea preponderante, como se dijo, la participación de los usuarios junto con sus vivencias, opiniones y modos de vida.

A su vez, pensamos llevar adelante una acción que dé cuenta del posicionamiento político de la organización, junto con su objetivo de máxima: la desmanicomialización. Fue a partir de esa premisa que buscamos dar respuesta a las líneas de acción que arrojaron las instancias diagnósticas de la investigación acción.

### *Comunicación y salud*

Para entender a qué nos referimos cuando hablamos de comunicación y salud, es necesario mirar a la salud en relación al desarrollo social en su conjunto. No es posible pensar la salud sin tener en cuenta las prácticas sociales que rodean a las situaciones de bienestar humano, para entender a la salud más allá de la ausencia de enfermedades.

Como explica la Doctora Susana Fernández Carral, “hoy en

día es indiscutible definir al estado de salud de una persona o de una comunidad como algo más que la ausencia de enfermedad; resulta categórico comprobar que a lo largo de la historia de la humanidad se han salvado más vidas promoviendo condiciones de higiene, alimento, trabajo y justicia social que aparatología, medicamentos, médicos u hospitales” (Fernández Carral, 2009).

Entonces, podemos decir que entendemos a la salud como un derecho que resulta sumamente importante ejercerlo, exigirlo, construirlo como sociedad. Si bien es el Estado quien tiene la responsabilidad de garantizar el acceso a la salud, es necesario que otros actores se involucren y participen de la construcción de dicho derecho.

**Se debe apuntar a promover la participación de los diferentes actores que integran la comunidad porque sólo así podremos lograr un proceso real de aprendizaje y cambio**

En este sentido, “la comunidad debe estar dispuesta a ejercer este derecho participando activamente en la construcción de su propia salud, y las organizaciones de la sociedad



civil asumen un rol clave actuando como nexo y facilitador de vínculos en pos de la incorporación de hábitos saludables” (PROAPS, 2007).

De este modo, la importancia de la comunicación para abordar nuestras intervenciones comunitarias en la construcción del cambio social, resulta indispensable.

Cabe destacar que la comunicación atraviesa todas las actividades que desarrollamos como sociedad, determinando el mundo cultural y el contexto de dicha comunidad, buscando dialogar, transmitir y transformar problemas, intereses, preocupaciones. Desde este lugar es que se busca rescatar y poner en el primer peldaño las relaciones entre los actores de la sociedad, ya que son ellos quienes producen sus propios discursos. A partir de la comunicación se busca reconocer sus potencialidades y saberes previos, motivando la reflexión y la participación conjunta.

Según la OMS, “la comunicación para la salud es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública.” (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Entonces, si la promoción y prevención en la salud

requieren de la participación ciudadana, la comunicación resulta una herramienta central en este ámbito, pero no sólo entendida como técnicas de transmisión de información como plantea la OMS, sino como herramientas de diálogo, debate y participación colectiva.

*De este modo, desde la dimensión comunicativa podemos:*

- Promover la construcción colectiva de una “vida saludable”.
- Aportar a la generación de políticas públicas en salud.
- Desarrollar intervenciones en comunicación que proporcionen condiciones favorables para la adopción individual y colectiva de comportamientos saludables. (PROAPS, 2007, s/p).

Siguiendo lo expuesto por la Doctora Fernández Carral, entendemos que la comunicación como un hecho de salud es un aspecto que siempre existió. Sin embargo, no era valorado y fue redescubierto en los últimos tiempos, exigido a fuerza de las nuevas contingencias del sistema de salud.

En relación a todo lo expuesto previamente, nos pareció que llevar adelante una estrategia de comunicación y educación para la salud sería lo que mejor se adaptaría al espacio participativo que queríamos lograr.



Es por eso, que tomamos como base la siguiente cita de la OMS: “la educación para la salud es el proceso educativo dirigido a dotar a las personas y a la comunidad de la capacidad de aumentar su control sobre los factores que tienen influencia sobre su salud”. Dicha afirmación nos dio el lugar para pensar en un espacio en donde se trabaje la Ley 26.657 y cuyo fin sea capacitar a la población del Centro Basaglia en torno a la nueva legislación, y que eso, se traduzca en un posterior control de los aspectos que intervienen en su salud. En este caso, controlar es denunciar los atropellos del manicomio y lograr una transformación.

Según las palabras de Raúl Choque Larrauri, la comunicación educativa para la salud es el “proceso en el que diferentes actores sociales e institucionales (públicos y privados), teniendo como eje a la comunidad, diagnostican, planifican, producen, difunden y evalúan mensajes que proporcionen conocimientos, forjen actitudes y provoquen prácticas favorables al cuidado de la salud compatibles con las aspiraciones de la comunidad” (Choque Larrauri, R., 2005).

En base a lo anterior, coincidimos en que la mejor manera de llevar a cabo una estrategia de comunicación y educación

para la salud era generar un espacio de reflexión sobre la Ley de Salud Mental. Al inicio de este trabajo, nos preguntamos si los usuarios del Centro Basaglia conocían o no dicha normativa, y como parte del diagnóstico, observamos que no existía un espacio concreto en donde sólo se trabaje la Ley. Por ese motivo, decidimos generarlo nosotras.

Enmarcadas en la estrategia previamente nombrada, coincidimos con Carvalho en que: “los sujetos relacionados (profesor/alumno; profesional de salud/usuario) deben desarrollar, siempre que sea posible, una relación que posibilite un diálogo que contribuya a la producción de valores de uso que respondan a las necesidades concretas y que aumente, además, el coeficiente de autonomía de los sujetos para vivir la vida de una manera autónoma y socialmente responsable” (Carvalho, 2008).

#### 4 Diseño de la estrategia

Es en base a lo anterior, que surge la idea de hacer un taller denominado Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental, que constó de seis encuentros. El espacio físico/simbólico de taller resulta una herramienta fundamental ya que permite, como



dice Massoni, la interacción de diversos actores a partir del intercambio y reflexión de prácticas cotidianas. Además, se propicia la integración de dichas experiencias en un proceso de enseñanza y aprendizaje constante; y como expone Mónica Ros, que dichos aprendizajes realizados en el taller tengan una influencia en la acción de los participantes del mismo.

En este sentido, el primer encuentro fue planificado a modo de validación del diagnóstico realizado a partir de entrevistas y de nuestras observaciones y participaciones en diferentes espacios de la organización. El resto de los encuentros partieron de lo observado en este primer momento de validación, para abordar específicamente los derechos que la Ley les otorga y la importancia de conocerlos y darlos a conocer.

De esta forma, abordamos los dos pilares elementales para el tratamiento de la Ley: sus beneficiarios podrían conocerla y posteriormente, ser ellos quienes la difundan a la comunidad, por esto, pensamos en la realización de spots radiales. Estos no resultan el producto central del trabajo de tesis, sino que funcionan como una herramienta más para lograr los resultados esperados de la planificación.



### 3 Planificación de los encuentros del taller

#### Encuentro N°1

##### Objetivo específico

-Realizar el primer taller de debate y producción de la Ley de Salud Mental con aproximadamente diez usuarios del Centro de Salud Mental Dr. Franco Basaglia para diagnosticar el estado de situación en que se encuentran estos miembros del Centro respecto de la nueva Ley.

##### Contenido

-Ley y derechos: qué son, para qué sirven, a quiénes afectan a partir de sus experiencias.  
-Introducción a Ley de salud mental: qué es, para qué sirve, a quiénes afecta.

##### Materiales

-Afiches  
-Fibrones  
-Reporter  
-Ovillo de lana

#### **Primer momento: Presentación de los miembros del taller / 10 min** *-Dinámica “La Telaraña”*

En este caso contaremos con un ovillo de lana que se irá pasando entre los usuarios y las coordinadoras. Cada integrante deberá decir su nombre y contar al grupo de qué forma se comunican, cómo y por qué, siempre desde sus experiencias y su cotidianeidad. De esta forma deberán sostener la punta del ovillo con un dedo y medida que esto vaya ocurriendo se formará una telaraña de lana que una a todos los integrantes del taller.

Lo importante de este momento, además de la presentación, será comenzar a diagnosticar lo que ellos interpretan o entienden por comunicación y qué importancia tiene en sus vidas y vivencias diarias. Además introducir la temática de la comunicación desde un primer momento ayudará a ver el taller no sólo en su anclaje en la Ley de Salud Mental sino también en el punto central de este espacio que es la comunicación en tanto herramienta de expresión, difusión y transformación.

Una vez que todos se han presentado, se realizará el camino inverso devolviéndole el ovillo al participante que se lo ha enviado intentando recordar su nombre. “Este a su vez, hace lo mismo de tal forma que la bola va recorriendo la misma trayectoria pero en sentido inverso, hasta que regresa al compañero que inicialmente la lanzó” (CEDEPO, 1998, p.1.9).



El objetivo de esta dinámica será la presentación e integración de usuarios y coordinadoras fomentando la confianza y el clima de trabajo distendido a partir de la construcción colectiva.

### **Segundo momento: Presentación del Taller de Ley de Salud**

**Mental** / 30 min

-Dinámica “Lluvia de ideas”

El objetivo de esta técnica participativa es “poner en común el conjunto de ideas o conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre un tema y colectivamente llegar a una síntesis, conclusiones o acuerdos comunes”(CEDEPO, 1998, p.2.18).

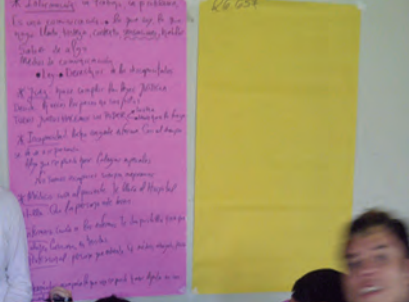
*Se plantearán preguntas disparadoras por parte de las coordinadoras para llevar a cabo esta dinámica:*

- ¿Dónde viven? ¿siempre vivieron allí?
- ¿Trabajaron alguna vez? ¿Dónde o haciendo qué?
- ¿Cómo se sintieron y cómo los trataron en esos espacios?
- ¿Conocen lo que es un manicomio? ¿qué opiniones y sensaciones tienen sobre ese lugar?
- ¿Existen otros lugares diferentes al manicomio?
- ¿Cuáles y cómo son?
- ¿Conocen la Ley de Salud Mental? ¿Y algunos de los derechos que plantea?

La idea aquí es anotar en un afiche las respuestas y palabras clave que los usuarios aporten sobre el tema que se está problematizando.

Este momento servirá a modo de diagnóstico, para conocer el estado de situación en que se encuentran con respecto a determinados puntos centrales de la Ley 26657. A su vez estar al tanto del conocimiento que tienen sobre la Ley a partir de sus experiencias personales y de sus saberes. Es decir, se interpelará a los usuarios desde los puntos que esta normativa trabaja al respecto de sus cuestiones más personales como lo son sus tratamientos, la casa, el trabajo, la medicación, entre otras.

Es importante señalar que a partir de este encuentro se comenzará a debatir acerca de la comunicación como eje central del taller y como una herramienta para sus vidas cotidianas, es decir, charlar acerca de la comunicación no como un ente abstracto sino como la posibilidad que cada uno de ellos tiene de poder contarse, expresarse y entender que todos tienen algo para transmitir a la sociedad. Y remarcar que el taller se basará en sus experiencias y aportes.



## Encuentro N°2

### Objetivo específico

- Generar las primeras discusiones en base a la Ley de Salud Mental para introducir a los usuarios en lo concerniente a sus derechos y lo que ellos implican.

### Contenido

- Derechos que la Ley 26657 otorga a las personas con padecimiento mental
- Cambio de paradigma que implica un traspaso que deja de considerar al usuario como objeto de derecho y pasa a entenderlo como sujeto de derecho.
- Qué es la Salud Mental para la Ley.

### Materiales

- Afiches
- Fibrones
- Reporter
- Tarjetas de colores con palabras clave

## Primer momento<sup>13</sup> / 15 min

Se apelará al recuerdo de lo realizado en el encuentro anterior. Este espacio está pensado como una charla informal en el que intentaremos traer lo ya trabajado al espacio del nuevo encuentro, de modo que se pueda establecer una continuidad en los mismos.

*Pensar los inicios de cada encuentro de este modo ayuda en dos sentidos:*

1. Colaborar con la incorporación de lo ya trabajado y evitar que para los usuarios cada encuentro sea el primer encuentro.
2. Disminuir las repeticiones en torno a un mismo tema
3. Integrar a los nuevos miembros del taller, si es que en el transcurso del mismo alguien quiera incorporarse. Este punto es importante ya que muchos de los usuarios tienen varias actividades, o incluso cambios en sus estados de ánimo, que les pueden llegar a imposibilitar la asistencia perfecta al taller.

## Segundo Momento / 30 min

*-Dinámica "Tarjetas"*

Se trabajará con distintas palabras clave que refieran a los derechos que otorga y propone la nueva Ley de Salud Mental. Cada una de estas palabras estará anotada en una tarjeta que azarosamente se le asignará a cada usuario.

<sup>13</sup> A partir de los siguientes encuentros no se especificará con tanto detalle el primer momento, ya que será igual durante todo el taller.





El propósito de esta dinámica será que cada integrante lea lo que está escrito en su tarjeta y pueda contárselo a sus compañeros, intentando conocer y dar lugar al debate sobre lo que significa el término que le tocó. Esto se repetirá tantas veces como usuarios haya.

El rol de las coordinadoras será el de ir guiando e introduciendo preguntas acerca de los que se esté discutiendo para desandar lo que efectivamente representan los derechos y estar al tanto de lo que los usuarios saben de la Ley. A medida que la discusión avance se irán plasmando los aportes y las opiniones en un afiche, de modo que esas ideas vayan quedando a la vista de todo el grupo y para que también sirva como insumo para la posterior producción radial.

Esta técnica tendrá por fin la introducción real en la Ley de Salud Mental.

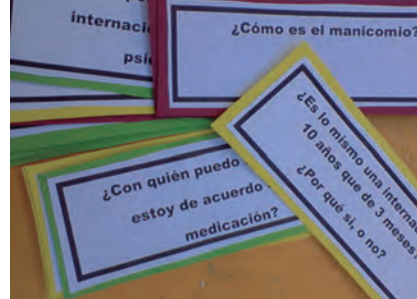
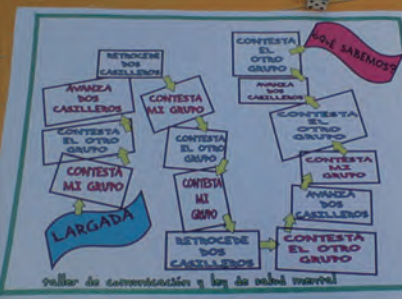
*Algunos ejemplos de las tarjetas pueden ser:*

- Abogado
- Información
- Juez
- Médico
- Enfermero
- Trabajador Social
- Psicólogo

- Acompañante Terapéutico
- Profesionales
- Incapacidad
- Tratamiento personalizado

A medida que se vaya charlado el contenido de cada tarjeta, y eso vaya quedando escrito en el papelógrafo, se intentará relacionar lo abordado con la concepción de salud mental que propone la Ley y el cambio de paradigma que esto implica.

Es importante que los usuarios problematicen esas palabras claves desde sus prácticas entendiendo que conocer la Ley, es conocer sus derechos; y conocerlos implica poder defenderlos y difundirlos para que estos sean respetados por la sociedad.



### Encuentro N°3

#### Objetivo específico

-Problematizar la internación haciendo una comparación entre lo que sucedía previo a la nueva Ley y lo que esta normativa expone al respecto.

#### Contenido

- ¿De qué se trata la internación según la nueva Ley? Duración y motivos de la internación
- Suministro de medicamentos

#### Materiales

- Juego de mesa “¿qué sabemos?”
- Afiche
- Fibrones
- Reporter

#### Primer momento / 15 min

-Dinámica charla informal sobre lo trabajado en el encuentro anterior.<sup>14</sup>

### Segundo Momento / 45 min

-Dinámica juego ¿qué sabemos?

El objetivo de trabajar con esta técnica participativa, será el de “colectivizar el conocimiento que los participantes tienen sobre un determinado tema, problema o situación (CEDEPO, 1998, p.2.77) ”.

En primer lugar se formarán dos equipos divididos por colores: rojo y azul. Cada equipo tirará el dado y quien tenga más puntos comenzará. Ambos colocarán en el punto de salida un objeto que los identifique como equipo. El primer grupo iniciará tirando el dado y avanzando los casilleros que éste indique, hasta caer en una casilla que podrá ser de cuatro formas:

- Contesta mi grupo: en este caso el equipo que caiga en dicho casillero deberá tomar una tarjeta de preguntas, que tendrá que leer en voz alta y conjuntamente con su grupo deberá contestar a dicho interrogante
- Ejemplo: ¿Es lo mismo una internación de 10 años que de 3 meses? ¿Por qué sí, o no?
- Contesta el otro grupo: al caer en este casillero, el procedimiento será el mismo que en el punto anterior, pero quien deberá contestar al interrogante será el equipo contrario al que tenía el turno.

14 Para más información, ver taller 2.



*-Ejemplo: ¿Ser pobre es motivo de internación en un Hospital Psiquiátrico?*

*-Avanza dos casilleros*

*-Retrocede un casillero*

El juego termina cuando todos los jugadores llegan a la casilla de llegada que dirá “¿qué sabemos?”. Esta pregunta dará pie a retomar lo charlado a lo largo del juego y plasmar esas ideas en un papelógrafo.

### ***Preguntas***

1. ¿Es lo mismo una internación de 10 años que de 3 meses? ¿Por qué sí, o no?
2. ¿Ser pobre es motivo de internación en un Hospital Psiquiátrico?
3. ¿Para que alguien se cure solamente es necesaria la medicación?
4. ¿Es importante que a nuestro tratamiento lo acompañe un psicólogo?
5. ¿Es importante que a nuestro tratamiento lo acompañe un trabajador social?

6. ¿Qué importancia poder contar con espacios artísticos y de expresión?

7. ¿Cómo es el manicomio?

8. ¿Cómo es el Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia?

9. Cuando nos dan más medicación ¿es mejor?

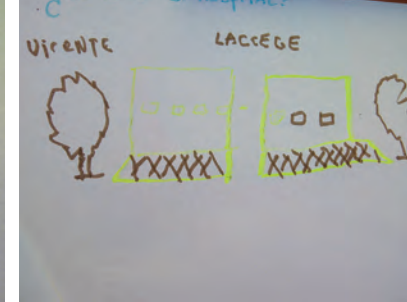
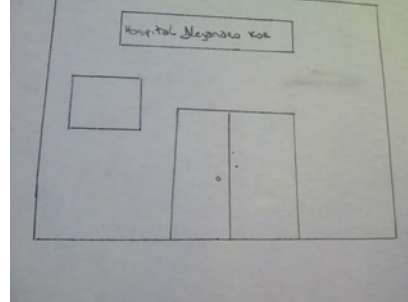
10. ¿Qué hacemos una vez que termina la internación?

11. ¿Es lo mismo vivir en un manicomio que en una casa?

12. ¿Con quién puedo hablar si no estoy de acuerdo con mi internación?

13. ¿Con quién puedo hablar si no estoy de acuerdo con mi medicación?

14. Si estoy bajo un tratamiento psiquiátrico, ¿sí o sí tengo que vivir en un manicomio?



#### **Encuentro N°4**

##### **Objetivo específico**

-Generar un espacio de debate acerca de lo que implica el manicomio como institución de encierro comparado con los dispositivos alternativos que propone la Ley 26.657

##### **Contenido**

-Manicomio y dispositivos alternativos.  
-Rol de los profesionales

##### **Materiales**

-Afiche  
-Fibrones  
-Reporter  
-Lápices de colores  
-Hojas en blanco  
-Revistas  
-Tijeras

##### **Primer momento / 15 min**

-Dinámica charla informal sobre lo trabajado en el encuentro anterior. <sup>15</sup>

##### **Segundo Momento / 45 min**

##### **-Dinámica "Dibujos"**

En este momento del cuarto encuentro se apelará a la realización de dos dibujos de forma individual. La única consigna que se les pedirá a los usuarios será ¿Cómo es estar en el manicomio? ¿Y cómo es estar en el Centro Franco Basaglia? Una vez concluido el ejercicio cada miembro deberá explicarle a sus compañeros lo que dibujó.

Esta técnica tiene el propósito de observar cómo ven tanto al manicomio como al Centro Basaglia y poder confrontarlos desde sus nociones e interpretaciones de lo que implica cada espacio. A partir de dichas construcciones se intentarán contraponer los diferentes puntos de vista que vayan surgiendo y los mismos serán anotados en un papelógrafo.

Por medio de estas charlas se buscará pensar al manicomio desde la Ley de Salud Mental, en la forma en la que ésta lo piensa –especialmente con la idea a futuro que aporta para los Hospitales Monovalentes- como también repensar el rol de los profesionales según la nueva normativa y los espacios alternativos que proponen.

Por último, a partir de dichos dibujos, podremos aportar al Centro las miradas que los usuarios poseen para con dicha institución.



## **Encuentro N°5**

### **Objetivo específico**

-Repensar lo discutido en los encuentros anteriores desde la comunicación para generar un producto radial.

### **Contenido**

- ¿Por qué es importante conocer la Ley? Para los usuarios y para la sociedad en general
- Cómo comunicamos todo lo discutido en los talleres
- Spot y producción radial. Por qué es importante producir los spots.

### **Materiales**

- Afiche
- Fibrones
- Reporter
- Notebook
- Micrófono
- Papelógrafos anteriores
- Parlantes

### **Primer momento**

A partir de los papelógrafos de los encuentros anteriores realizaremos una lectura general colectiva de ellos y comenzaremos a pensar todo lo trabajado, qué se acuerdan y qué les resultó más

interesante y qué más aburrido. A su vez, se buscará plantear el por qué abordar estas temáticas desde la comunicación para lograr llegar al otro desde experiencias comunes y cotidianas.

### **Segundo momento / 30 min**

#### **-Dinámica "Lluvia de ideas"**

Para este momento se plantearán las siguientes preguntas disparadoras:

- ¿Escuchan radio? ¿De qué se habla?
- ¿Qué es la radio? ¿Para qué sirve?
- ¿Por qué es importante difundir la Ley? ¿La radio puede ayudar?
- ¿Por qué es importante que la gente conozca la Ley desde nuestras propias voces?

En este espacio se buscará charlar acerca de la importancia de conocer la Ley 26.657 tanto para los usuarios como para el resto de la sociedad, que son quienes tienen que acompañar el proceso de reintegración a la sociedad a las personas con padecimiento mental.

A medida que los usuarios vayan exponiendo sus ideas estas serán anotadas en papelógrafos que luego servirán de insumo para el próximo momento del quinto encuentro.



### ***Tercer Momento***

Luego de haber escrito conclusiones finales entre todos los participantes del taller, se comenzarán a escribir los spots en los papelógrafos y a modo de ensayo se utilizará la notebook para que los usuarios visualicen el proceso completo de escritura, grabación y posterior escucha de los productos radiales.

Cabe aclarar que el armado de los spots será creación de los usuarios a partir de sus palabras, pero siempre haciendo hincapié en lo trabajado en el taller y haciendo foco en cuáles son sus derechos. Se buscará que dichas frases sean breves y concisas para transmitir ideas claras y rápidas sin abrumar al oyente.

A su vez, se recurrirá a materiales radiofónicos que servirán de modelo para que conozcan experiencias previas y puedan guiarse en cuanto a la variedad de posibilidades que pueden presentar este tipo de productos comunicacionales.



## ***Encuentro N°6***

### ***Objetivo específico***

-Efectivizar en un producto comunicacional lo trabajo en los cinco encuentros anteriores para generar una serie de spots radiales que plasmen las ideas de los usuarios y que puedan ser instaladas en una radio platense.

Cabe aclarar que este momento se realizará en la Facultad de Periodismo y Comunicación Social con la presencia de todos los participantes del taller buscando que el spot quede grabado de una forma más prolija. De esta forma, visitar el estudio de radio no sólo nos permitirá una mejor grabación sino también que los usuarios experimenten el paso por un estudio profesional.

La edición de los spots radiales estará a cargo de las tesistas.



#### 4 Criterios de evaluación de la planificación

Consideramos importante poder evaluar el proceso que implicó la realización de la estrategia que se desprendió de la planificación, porque ello nos permite obtener información para reconocer las falencias y potencialidades de lo ejecutado y a su vez corroborar si se logró alcanzar los objetivos de la planificación.

Para la presente tesis, hemos definido que la planificación tendrá como método de evaluación diferentes acciones. Vale decir que realizamos una evaluación de proceso, entendemos por ella a “la que se enfoca en el proceso de implementación del programa con la finalidad de analizar la manera en que la actividades han sido realizadas y decidir estrategias para mejorarlas. En una evaluación de proceso se puede recolectar información cuantitativa con referencia al número de actividades realizadas, pero el énfasis recae en la obtención de información cualitativa” (Aubel, 2000).

Generalmente, en la bibliografía sobre evaluación aparece como recomendación el acompañamiento de un experto, que también sea externo al programa, para que pueda realizar un seguimiento desde afuera durante este momento. En el caso de nuestra tesis, a esta parte del proceso también lo

ejecutamos las tesis, ya que la acción que generamos en el Centro Basaglia se desarrolló en un tiempo breve, sólo en cinco encuentros, y con una población de diez personas. Las dimensiones más bien pequeñas de este trabajo igualmente incluyeron en su evaluación a los actores que formaron parte del taller, como son los usuarios y los miembros del equipo, para poder constituir una evaluación participativa.

Utilizamos el “procedimiento del proceso de aprendizaje” que entiende como importante no sólo el seguimiento y la evaluación de las actividades que se han desarrollado, como el taller y sus respectivos encuentros, sino también la forma como fueron realizadas. Por esto, este procedimiento nos ayuda a visualizar las dificultades y aciertos en la implementación de la planificación que se incorporarán como aprendizajes para futuros planes a desarrollar, en nuestro caso en el Centro Basaglia.

Dentro de las acciones para evaluar el presente proceso, decidimos en primer lugar establecer una serie de preguntas que orientarán el momento de evaluación:

1. ¿Qué repercusión tuvo el taller con los usuarios y en la organización?
2. ¿Por qué llevar a cabo un taller con usuarios de salud mental?





3. ¿El taller es la forma más adecuada para llevar a cabo un proceso de discusión sobre la Ley de Salud Mental?
4. ¿Qué importancia tuvo la realización de este taller frente a este contexto y en relación con la nueva Ley?
5. ¿Cómo fue el proceso de coordinación del taller para nosotras?

En relación a estas preguntas determinamos acciones que pudieran llevarnos a un conocimiento más certero de lo acontecido en el taller. Por esto, decidimos realizar una serie de preguntas abiertas a Juan José Gilabert, enfermero del Centro Basaglia, que participó en los encuentros como representante de la organización. Es así que su mirada resulta relevante para conocer si los objetivos del taller se lograron y qué repercusión tuvo su desarrollo en el Centro.

Por otro lado, también recuperamos como parte central de la evaluación, las desgrabaciones de los encuentros donde se pueden escuchar las reflexiones de cada momento en relación a los temas propuestos. A su vez, analizar si se lograron los objetivos específicos y cómo se dieron las discusiones planteadas. A esto le sumamos los materiales que fueron contruidos durante los encuentros como afiches, dibujos, fotos y anotaciones.

También recuperamos los comentarios “off de record” en los que los miembros de la organización expresan sus opiniones acerca de la importancia o no del taller y que no aparecen en ningún documento escrito, pero que consideramos importante tener en cuenta.

### 1 Evaluación de la planificación

A modo de introducción se evaluará de forma general la planificación llevada a cabo teniendo en cuenta sus objetivos y resultados esperados. Sin embargo, a continuación de dicho análisis, se detallará la evaluación de cada encuentro del taller, ya que en esos espacios se pusieron a jugar los objetivos este trabajo.

En primer lugar, en la planificación nos habíamos propuesto generar un espacio donde poder debatir, intercambiar y problematizar acerca de la Ley. En este sentido, podemos afirmar que ese espacio existió y pudo contar con la participación de alrededor de diez usuarios por cada encuentro del taller planteado, junto al apoyo otorgado por el equipo de profesionales del Centro Basaglia. De este modo, logramos ver el interés de los usuarios en asistir a dicho espacio ya que



la participación fue sostenida en el tiempo que duraron los encuentros.

Por otro lado, para dar cuenta de las nociones de la Ley que los usuarios incorporaron se llevó a cabo la realización de un producto radial (spots). Al presentarles esa idea los participantes del taller se mostraron entusiasmados en producir los spots y también pudieron manifestar y poner a jugar los conocimientos aprehendidos durante los encuentros.

En esta instancia del taller nos pareció que dar a conocer los spots radiales y difundirlos en radios platenses era la mejor forma de extender la discusión que se había dado hacia la comunidad platense. Vale destacar que los spots circularon por el programa realizado por los usuarios del Centro Basaglia, “Gladiadores de la Sonrisa” que se emitió durante el 2012 en Radio Estación Sur.

## 5 Evaluación del taller

En relación a los objetivos que se plantearon en un primer momento se puede decir que se logró generar un espacio de reflexión con los usuarios del Centro de Salud Mental, donde se pudo discutir a la Ley en tanto normativa, como un benefi-

cio para sus tratamientos y también como un espacio digno de ser defendido y de luchar por su implementación.

A su vez, se logró la realización de un producto de comunicación, que en este caso fueron los spots radiales, trabajando en base a los mensajes que los mismos usuarios pudieron crear a partir de la problematización de los derechos que les otorga la nueva normativa. Estos productos radiales fueron íntegramente pensados por los participantes del taller, resultando un producto claro y preciso que demuestra la capacidad de creación de las personas con padecimiento mental desnaturalizando la construcción social acerca del “loco”.

Por otro lado, pudimos constatar que desde la comunicación, como herramienta de intervención en un espacio de nuestra comunidad, aportamos a la construcción del cambio social llevando a cabo un espacio de problematización en relación a una temática poco tratada desde nuestra disciplina. Se pudo realizar una construcción colectiva de sentidos en relación a una cuestión concreta, como lo es la nueva Ley, a partir de debates, interrogantes y experiencias vividas de cada usuario.

En este sentido, podemos decir que la comunicación resultó esencial desde dos aspectos. En primer lugar, utilizar



la comunicación como proceso de intercambio de significaciones, intereses y opiniones hizo que los participantes del taller sintieran y entendieran que todos tenían algo para aportar y contar, algo que ellos tomaron como un “espacio terapéutico” y como parte del tratamiento.

En segundo lugar, se trabajó la comunicación como herramienta de difusión, pudiendo debatir con los usuarios la importancia de poder comunicar a la sociedad los puntos centrales de la nueva normativa, pero desde sus propias construcciones.

A continuación se realizó una evaluación para cada uno de los encuentros que conformaron el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental, ya que cada uno abordó diferentes puntos de la Ley en relación a un objetivo específico que también se analizará y a lo sucedido en cada encuentro.

### 1 Encuentro N°1

Para realizar la primera etapa diseñamos un taller destinado meramente a relevar qué conocimientos previos de la nueva Ley tenían los usuarios. Los resultados que arrojó esta propuesta de diagnóstico nos confirmó nuestra impresión

inicial acerca del poco conocimiento de los usuarios respecto a la Ley 26.657, lo que motivó nuestra intervención ya que los principales beneficiarios de esa legislación no tenían conocimiento de lo que ésta plantea.

En primera instancia todos manifestaron conocer la Ley, haber escuchado sobre el tema pero cuando indagamos más profundamente, sobre los contenidos de ese documento, fue donde empezamos a notar que en verdad no la conocían.

“Angie: Entonces decíamos que todos sabemos que existe una Ley. Pero, ¿alguien sabe o recuerda algo que dice la Ley?

Julietta: ¿No escucharon nada por ahí?

N<sup>16</sup>: No.

Angie: Es un poco difícil, está escrita de forma difícil.

N: Esto no lo había visto (hablando del folleto que contiene la Ley)

Angie: Vos VB, ¿alguna vez leíste la Ley o escuchaste algo?

VB: No me acuerdo.

Jca: No, nadie sabe nada. Yo le digo la verdad, usted sube al colectivo, le muestra el carné al chofer y ya la gente está con bronca porque ellos tienen que poner la SUBE, o marcar la tarjeta o pagar el boleto.

<sup>16</sup> De aquí en adelante, y según un acuerdo con el equipo de profesionales del Centro Basaglia, cuando aparezca una cita de los usuarios que participaron en el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental, se lo hará mediante una referencia de su nombre para conservar su identidad. Sólo aparecerán los nombres de la coordinación del taller: las tesisistas “Julietta”, “Angie” y el enfermero “Juan”.



Julieta: ¿JC vos nunca escuchaste nada?

JC: No.

Angie: ¿Vos C. alguna vez escuchaste algo sobre la Ley de Salud Mental?

C: No.

Angie: ¿R, vos escuchaste algo sobre la Ley de Salud Mental?

R: (mira el folleto) nunca escuché nada porque no leo las letras muy bien".<sup>17</sup>

Decidimos, en primer lugar, trabajar desde nociones cotidianas y hechos que ellos fueron viviendo, para tener una primera aproximación a que conociesen que la Ley, justamente, legisla sobre realidades de sus vidas cotidianas. Este abordaje lo dividimos en dos partes: lo que los constituye como ciudadanos, encarándolo desde la inserción laboral y la vivienda; y la institucionalización, como proceso que tuvieron que sufrir.

Al principio del encuentro comenzamos por preguntarles sobre lo que hacen día a día, ya que ninguno de ellos actualmente trabaja. Por eso, nos remontamos hacia sus actividades laborales pasadas, que los mantenían activos en el mundo productivo y en relación constante con la sociedad. Esto fue lo primero que perdieron al sufrir un padecimiento mental

tratado desde la institución psiquiátrica. Esta primera parte del diagnóstico nos mostró que las personas del taller, que habían estado internadas en un monovalente, de lo primero que fueron excluidos fue del ámbito del trabajo.

“JCa: Yo no estaba enfermo en ese tiempo y empecé a tomar mucho.

Julieta: ¿Y ahí dejaste de trabajar?

JCa: Si. Me internaron en el Borda, después me mandaron al San Martín, después a Romero, después a Pre Alta y de Pre Alta a acá”.

Constatamos que todos trabajaban en diversos oficios y profesiones (técnico electricista, engrasador de motores, carpintero, albañil, repartidor de volantes, cañista, camillero, entre otros) que actualmente ninguno realiza por haber estado internados previamente en un hospital psiquiátrico.

“Julieta: ¿Ninguno trabaja de todas estas cosas que nombramos? Todos juntos dicen que no”.

Luego de indagar acerca de los trabajos que habían realiza-

<sup>17</sup> De aquí en adelante todas las citas pertenecen a la desgrabación encuentro n° 1. Ver anexos.



do, decidimos conocer dónde vivían. En algunos casos mencionaban sus domicilios reales y actuales fuera de la institución; y en otros casos, nombraban los lugares donde vivieron antes de la internación.

C: Yo vivo acá enfrente en un departamento.

JCa: Yo en una pensión. Pero los \$500 de curaduría los tengo que poner en el alquiler y no me queda nada.

J: En un hogar de menores libres.

Julietta: ¿Los demás dónde viven?

F: Yo vivo en City Bell.

D: Yo vivo en Ezeiza.

Angie: ¿El resto dónde vive?

N: En San Carlos.

Julietta: Ge, ¿vos dónde vivís?

Ge: En mi casa.

C: Yo me crié en un hogar.

J: Yo también, en Morón. Hasta los 10 años.

C: Yo del hogar me llevaron a Romero. Y de ahí salí”.

Preguntarles acerca de la vivienda trajo inevitablemente la comparación entre las casas particulares y el hospital<sup>18</sup>. En este sentido, los usuarios expusieron sus percepciones acerca

de lo que significa vivir aislado de la sociedad en general y tener que dejar sus actividades cotidianas, como el trabajo, y la recreación.

“Angie: Ge, ¿cuáles son las diferencias entre vivir en el hospital y vivir en una casa?

Ge: Tengo libertad.

Angie: ¿Y cómo viven la libertad? ¿En qué notan que es diferente?

C: Estás afuera del hospital.

A: Libertad se considera la realización de la amplia capacidad.

J: Podés tener familia, trabajo.

Angie: ¿Y es mejor vivir en una casa?

S: Es mejor vivir en una casa. Tenés tu lugar, tenés tus horarios para comer (...)

C: Yo estando en el hospital no podía ir a la murga y afuera del hospital voy a la murga”.

Podemos decir que llegamos al conocimiento de que la vida en la comunidad posibilita en este colectivo la realización de actividades vinculadas al placer, a sus gustos, permite insertarse laboralmente y poder conformar una familia y un grupo de pertenencia. A su vez, nombraron cuestiones elementales

18 Cuando decimos “hospital” u “hospitales” nos referimos a instituciones psiquiátricas, no generales.



como manejar sus propios horarios, comer comidas que sean del gusto de cada uno, dormir cuando cada uno lo decida, poder realizar deportes o actividades culturales, entre otros.

Una vez que pudimos observar la preferencia general de los participantes por vivir en comunidad, comenzamos a trabajar los dispositivos alternativos que plantea la Ley. Fue allí que advertimos que los miembros del taller tenían cierto conocimiento sobre algunos puntos que plantea la nueva legislación, como por ejemplo, la prohibición de creación de nuevos hospitales psiquiátricos.

“Julieta: Y ¿sabemos qué dice la Ley sobre estos tipos de centros? ¿Está bien, por ejemplo, que se creen más hospitales?

C: No, que se cierren los hospitales.

Julieta: ¿Sabían que la Ley dice eso?

JCa: Sí, porque los hospitales enferman a la gente. Yo estuve en el SAC y me tenían entre rejas.

Ma: No respetan la Ley.

Julieta: ¿Y ustedes qué piensan de que cierren los hospitales?

C: Los tienen que cerrar.

Ma: Hay que cerrarlos, hay que hacerse tratar en un hospital público no en un manicomio.”

Llegamos a la conclusión que los usuarios tenían cierto conocimiento de lo que expone la Ley pero no los relacionaban con ella. Esto motivó, para los siguientes encuentros, la profundización sobre los derechos en sí y la Ley, para que en la práctica cotidiana pudieran relacionar estas nociones aisladas con la legislación vigente y así poder defender sus derechos.

A su vez, los participantes del taller manifestaron constantemente que la Ley no se cumple y que la mayoría de la gente no la conoce. Esto nos dio pie a poder generar una instancia de conocimiento de la Ley, pero también para pensar la necesidad de difundir los puntos centrales de la nueva normativa para darla a conocer.

“JCa: ¿Por qué hay gente de afuera que no quiere aceptar la Ley? (...) Ma: hay gente que no la respeta”

En conclusión pudimos constatar algunas prenociones que teníamos, previo al taller, en base a lo que habíamos observado en la organización y también advertimos la necesidad en los usuarios de trabajar y conocer la Ley más profundamente.



## 2 Encuentro N° 2

Luego de la etapa de diagnóstico comenzamos la planificación de los encuentros. Tomando como base lo que pudimos observar en el punto anterior decidimos comenzar con las cuestiones más generales vinculadas a la Ley para introducirnos en lo relativo a los derechos. Esto se realizó a través de una dinámica con tarjetas.

Los resultados que pudimos ver en base a la planificación parten del objetivo en el que nos propusimos generar un espacio para desarrollar las primeras discusiones con los participantes del taller, acerca de la nueva Ley, sus derechos y su concepción sobre dicha normativa.

En primera instancia, trabajamos con diversas tarjetas intentando acudir a las experiencias cotidianas de los participantes para desandar grupalmente lo que significaban dichos materiales; vale recordar, que cada una de ellas representaba palabras claves de la Ley.

Al principio, como aclaramos en la planificación, realizamos un repaso de lo que habíamos tratado la semana anterior. Lo que nos llamó la atención fue que uno de los muchachos tomó la palabra por sobre el resto, más allá que no había estado presente en el primer encuentro. Sus dichos en torno a la

Ley mostraban conocimiento del tema: *“La Ley explica un poco lo que es la desmanicomialización, es importante por el tema de que hay muchas personas encerradas que sufren por eso. Y que tenemos derecho a vivir en libertad, o sea, vivir en libertad no es libertinaje, no es aprovecharse. Vivir en libertad es vivir sano, vivir bien, porque adentro de un hospital, adentro de una jaula nadie vive. Muchas personas se enferman, muchos sufren por estar ahí.”*<sup>19</sup>

Esto aplacó las reflexiones del resto del grupo.

En este punto decidimos explicar de manera particular las tarjetas que nos resultaron importantes, por sus contenidos y por las discusiones y reflexiones que generaron:

### Información

*Posteriormente a ello, comenzamos la tarea pautada para esa jornada. La primera tarjeta que se trabajó fue la de información, que en primera instancia estuvo vinculada más a lo mediático que a la Ley, por lo que como coordinadoras instalamos la idea de que un documento legal también puede informar de algo. En este sentido, un usuario afirmó que “La Ley informa los derechos del discapacitado”.*

Si bien al trabajar esta tarjeta no hubo mucha reacción por

<sup>19</sup> De aquí en adelante todas las citas pertenecen a la desgrabación encuentro n° 2. Ver anexos.



parte de los usuarios, al finalizar el encuentro, y tocar temas de la vida cotidiana de los sujetos, se dio en uno el pedido de explicaciones sobre la información que merece su tratamiento. Preguntó sobre su medicación y su alta:

“yo el quilombo que armé con la Mónica y la otra petiza, yo les dije mi mujer me da muchas pastillas ¿usted me puede explicar la acción que produce esa pastilla? (saca las pastillas de su bolsillo) ¿Qué me produce dentro de mi organismo? (...) ¿qué pasó? Ahora vino una tipa, la enfermera que esta a la mañana, y me dijo: a mí me dijo la Mónica que le redujera a usted las pastillas. De tres pastillas miren lo que pasó ahora (y muestra cuántas les quedaron, una y media)”

“estos temas son interesantes porque a uno le sacan muchas dudas. Yo te hago una pregunta a vos (Angie) y a vos (Julieta) por ejemplo, ¿de quién depende el alta? nadie sabe (hablando por detrás de todos)”

“Yo estoy porque me dieron el papel de información. Por eso es muy distinta una medicina a otra medicina, ahora, yo entré ahí y se me quebraron todos los dientes ¿no ven? (muestra su boca con tres dientes partidos) Por la medicina alópata ¿por qué? Porque esas pastillas ¿qué reacción química producen adentro del organismo? Que me lo explique un médico, que

me lo explique la persona que hace la pastilla. (...) Entonces ahora me pregunto yo una cosa: ¿a mí quién me da el alta de donde me metieron?”

### Juez

*Cuando les preguntamos sobre esta figura los miembros del taller comenzaron a plantear la dicotomía entre juez justo y juez injusto, lo que llevó a hablar de cuál era el posicionamiento que ellos tenían frente a esa temática. En el momento en que problematizamos la injusticia y la posibilidad de un cambio, muchos respondieron que eso era imposible.*

Del grupo hubo sólo un usuario que manifestó estar en desacuerdo con sus compañeros y que sostenía que luchando todos juntos podían cambiar las cosas

“Yo creo que si alguien es injusto, todos juntos hacemos un poder. O sea, la lucha. La lucha contra la injusticia, la lucha por el bien de los demás es más fuerte que otra cosa (...) Hay algo que dice “la unión hace la fuerza” es verdad eso, porque todos unidos y todos contra una cosa que queremos que es poderosa no es nada poderoso”

“(...) la lucha suena como muy violento, porque las cosas se contradicen, lucha con violencia. Violencia es violencia





y lucha es lucha. La lucha muchas veces es violenta pero la lucha muchas veces no es violencia sino también se trata sobre la comunicación de una manera de expresarse de uno”

### Incapacidad

*En el caso de este punto de la Ley, la reflexión comenzó cuando se preguntaron qué era la incapacidad.*

Frente a esto, uno de los miembros del taller realizó una definición explicando que la incapacidad:

“Es la lucha de la gente enferma que con el tiempo se le va a ir pasando. Se va a ir comunicando más la cuestión”

Este tema llegó a que los usuarios mostraran conocimiento acerca de esta tarjeta y que se interpelaran entre ellos respecto de algo que los atraviesa a todos por igual y así quedó demostrado en sus conversaciones:

V: A todos les pregunto ¿creen que la discapacidad tiene una lucha? ¿Ustedes creen que esa lucha la vamos a ganar?

N: Se va a ganar con la Ley.

J: Se gana con la Ley.

(...)

Angie: Bueno, yo tengo una pregunta. Si viene alguien y te

dice “vos sos incapaz”, ¿a esa persona se la puede considerar incapaz siempre?

J: No.

Julieta: ¿Por qué?

N: No, por ejemplo yo antes estaba mal y ahora también puedo hablar con vos”

### Médico y enfermero

*Si bien en la práctica trabajamos estas tarjetas de modo separado, decidimos analizar este momento de manera conjunta ya que ambas figuras generaron las mismas respuestas y reflexiones. La mayoría de los participantes del taller los asociaron con “pastillas” y con el “hospital”.*

A partir de lo que plantea la nueva Ley, intentamos reflexionar los nuevos roles de los médicos y enfermeros, pensándolos como parte de un equipo interdisciplinario y relacionándolos con la práctica que llevan día a día estos profesionales en el Centro. En ese caso, vimos que en los usuarios no se podía establecer esa relación lo que llevó a que volvieran a vincularlos con las pastillas y el hospital, algo habitual para ellos.

Encontramos una dificultad para ayudarlos a desnaturalizar los roles hegemónicos, pero también entendimos que



un gran número de los participantes del taller aún viven en el hospital psiquiátrico. Es por eso que tienen más relación con la hegemonía médica que con el espacio alternativo que representa el Centro Basaglia.

### Abogados

*Cuando comenzó el intercambio de opiniones acerca de esta profesión, muchos lo vincularon primeramente al derecho penal y de familia, pero luego pudieron vincularlo como alguien que defiende.*

Cuando comenzamos a indagar acerca del derecho que presenta la Ley a contar con un abogado defensor, notamos que ninguno sabía de este derecho que se les otorga y aparecieron frases como la siguiente:

Julietta: ¿ustedes tienen derecho a tener un abogado?

J: no, yo no.

Frente a esta discusión, surgió una pregunta que nosotras considerábamos importante poder trabajarla: “el alta para que se les dé a los pacientes ¿de quien depende? ¿Del médico o de un abogado?.

A partir de esta intervención se dio el lugar para poder introducir el nuevo rol de los profesionales en la Ley, donde se los propone como un equipo interdisciplinario que conoce al paciente y su tratamiento, y puede pedir el alta.

### Tratamiento personalizado

*Fue la última tarjeta con la que trabajamos y hubo tres participantes del taller que fueron desandando lo que ellos entendían por ese tipo de abordaje.*

En el momento en que los usuarios definían qué era “personalizado” uno de ellos explicó mediante un ejemplo la diferencia entre personalizado y colectivo. Para referirse a éste último nombró nuestro taller como un tratamiento que realizamos todos juntos. Ahí se puede ver la connotación terapéutica que le otorgaban a nuestra intervención, ya que ningún otro miembro del taller se opuso a dicha afirmación.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos decir que se han podido abordar los derechos que otorga la Ley de una manera general y pudimos reflexionarlos de manera colectiva a partir de sus experiencias cotidianas.



### 3 Encuentro N° 3

En este encuentro tuvimos como objetivo específico problematizar la internación haciendo una comparación entre lo que sucedía previo a la nueva Ley y lo que esta normativa expone al respecto. La forma de llevar a cabo la reflexión fue por medio del juego “¿Qué sabemos?” en el que por grupos debían contestar una serie de preguntas relacionadas a ese punto de la Ley de Salud Mental.

En un primer momento realizamos un repaso de los temas tratados en el encuentro 2 y advertimos que recordaban poco de lo trabajado. Vale aclarar que hubo un feriado entre ambos encuentros lo que dificultó que recordaran con facilidad. Por ese motivo utilizamos la re-pregunta que dio como resultado algunas nociones de las trabajadas, pero sin profundizarlas demasiado.

Luego comenzamos el juego donde se contestaron las siguientes preguntas:

*¿Es importante que a nuestro tratamiento lo acompañe un trabajador social?*

Cuando uno de los equipos tuvo que responder esta pregunta lo hizo sin dificultades e intentando construir una

respuesta grupal. En el caso del trabajador social lo pudieron relacionar mucho con sus vidas cotidianas en el centro, es algo conocido para ellos:

V: Yo creo que necesitamos un trabajador social para que... se ocupa de los beneficios, o sea, ¿cómo lo explico? Como tener nuestro espacio, como tratar la curaduría, un juez. Es importante porque, para estas cosas, que nos ayuda a tener nuestra plata.<sup>20</sup>

D: Es parte del gobierno es el trabajador social, es un aporte. Un aporte benéfico.

C: Hace papeles. Para nosotros

V: Para nosotros, para hacer trámites de lo que necesitamos.

*¿Es importante que en nuestro tratamiento nos acompañe el psicólogo?*

De la misma manera en que contestaron con facilidad la pregunta anterior, esta también pudieron relacionarla con las personas que frecuentan en el centro y sus actividades diarias, quedando muy claro el rol del psicólogo para con ellos y con su tratamiento.

De esta manera contestaron:

C: Charlamos nuestros problemas, nos hace preguntas.

V: Pienso que un psicólogo en nuestro tratamiento nos sirve

<sup>20</sup> De aquí en adelante todas las citas pertenecen a la desgrabación encuentro n° 3. Ver anexos.



para mejorar la vida y nos sirve para avanzar y progresar en la vida también. Pienso que también hay muchas cosas que guardamos y que nos hacen peor. Entonces con un psicólogo, diciéndole nuestros problemas que guardamos mucho tiempo nos ayuda a sacarnos eso de encima.

Juan: ¿Y qué hace el psicólogo?

C: Te hace descargar.

JC: Te ayuda.

V: Y para ver cómo vamos mejorando día a día.

D: Nos analiza de a poco sin que nosotros nos demos cuenta.

En las preguntas acerca del trabajador social y del psicólogo, cuando indagamos si recordaban personas que ejercieran esas profesiones lograron vincularlas rápidamente y nombrar con agilidad profesionales del Centro Basaglia. Sin embargo, pudimos ver que estas preguntas habían sido abordadas en encuentros anteriores, lo cual también le quitó tiempo a trabajar otras relacionadas al objetivo de este encuentro, lo que vemos como una falencia en la planificación del taller.

### *¿Cómo es el manicomio?*

Cuando trabajamos esta pregunta nos encontramos con diversas posturas acerca de cómo es el manicomio, ya que

confluían en el mismo grupo distintas visiones. Dentro de las personas que debían contestar este interrogante se encontraban quienes habían vivido una internación y quienes no, como por ejemplo J. cuya primer respuesta fue la siguiente:

J: El manicomio es para los locos porque cuando estás loco le ponen chaleco de fuerza y se van al loquero. Porque están locos.

Lo que pudimos ver es que en un primer momento no había una postura totalmente en contra del manicomio, sino que cuando comenzamos a indagar más profundamente en sus opiniones acerca del hospital evidenciaban no estar de acuerdo con dicha institución.

N: Es donde tratan a las personas enfermas para que se recupere

Julietta: ¿Y hace bien?

D: ¡No!

Julietta: ¿Hace bien? ¿Hace mal?

C: Hace bien para el tratamiento.

E: El manicomio hace bien. Sanarse, te curás y seguís adelante.

Julietta: ¿El manicomio los ayuda?

E: No, no nos ayuda.

N: Ayuda salir. Ayuda a la salud.



En base a esta pregunta surgió una confusión en relación a cómo estaba planteada hacia ellos, debido a que utilizamos el término “manicomio” y algunos lo asociaban al hospital y otros al centro Basaglia. Es por ello que advertimos respuestas como que el manicomio cura, hace bien, o lo contrario.

#### *¿Ser pobre es motivo de internación en un hospital psiquiátrico?*

Frente a esta pregunta nos encontramos nuevamente con el mismo problema de interpretación de la consigna, confundiendo una vez más el manicomio, el hospital y el centro. Salvo en el caso de V. quien pudo elaborar una respuesta clara desde un primer momento:

V: Yo pienso que ser pobre no significa internación. No creo que ser pobre signifique internación, no creo que nadie se merezca una internación. Hay muchos pobres que no tienen dificultades.

Cuando indagamos en el resto de los participantes se evidenció esta confusión:

Angie: W ¿a vos qué te parece? ¿Si somos pobres tenemos que estar en un psiquiátrico?

W: Si.

Angie: ¿Si? ¿Por qué?

W: Porque somos pobres.

D: No tiene nada que ver.

Angie: A ver, M dice que no.

M: No.

Juan: ¿Por qué no M?

M: Porque el manicomio ayuda. Este de salud mental.

Juan: ¿Cuál ayuda? ¿El manicomio?

M: Este (haciendo referencia al Centro Basaglia)

#### *¿Con quién puedo hablar si no estoy de acuerdo con la medicación?*

D: Con el psicólogo.

C: Con el psiquiatra

C: Con el psiquiatra y con los enfermeros.

V: Con el acompañante terapéutico

Esta pregunta llevó a que se trate a la información como un derecho del paciente, algo que habíamos comenzado a trabajar en el encuentro 2 y que se retomó en este. Quedó evidenciado que el tema había sido discutido ya que en el encuentro anterior se trabajó con detenimiento a partir de un caso práctico de uno de los usuarios que había vivido estar en desacuerdo con su medicación.

Luego de esta pregunta, finalizó el juego por lo que decidimos proponerles responder algunas más de forma colectiva ya



que notamos que no se habían respondido algunas preguntas que considerábamos centrales como:

*¿Qué hacemos una vez que termina la internación?*

N: Vamos a nuestra casa.

M.H: (no participaba en el taller pero pasaba por ahí) Somos felices y libres amiga. Y no vemos más la cara de los que no queremos ver nunca más. Que no los bancamos y los tenemos atragantados acá.

N: Venimos a este Centro. Acá.

VB: Una buena vida.

V: Yo pienso nuevos proyectos y en una mejora en la vida.

D: Un trabajo digno.

Julieta: Vos qué hiciste VB ¿te fuiste del Hospital y qué hiciste?

VB: Me fui al departamento.

Esta pregunta logra corroborar el posicionamiento de los usuarios respecto al hospital y al centro, este último tomado de manera positiva y como un paso para poder vivir en una casa. Suponíamos que la respuesta iba a darse de esta manera, lo que no pudimos ver claramente en otras preguntas.

A partir de lo que surgió de esta pregunta se pudo abordar un tema que también era importante trabajar en este encuen-

tro que es la diferencia entre vivir en una casa y vivir internado en un hospital psiquiátrico.

C: Yo salí del hospital y mi vida cambió. Porque hago actividades y hago cosas.

Angie: ¿Y en qué es distinto y en qué es igual?

VB: En que estás encerrado allá y acá estás libre.

V: Pienso que lo diferente entre un hospital y un hogar es que en el hospital sufrís, afuera también sufrís pero menos. Tenés más responsabilidades que hacer y la responsabilidad considera en algo sano, las actividades también son sanas no estar ahí sentado esperando la hora de comer después acostarte, hacer una vida más productiva.

D: Una vida más prolongativa.

Angie: Más prolongativa ¿y qué es eso?

D: Más prolongado, más a tu beneficio, a tu favor.

Pudimos observar, que si bien al principio cuando propusimos realizar un repaso de lo trabajado en el encuentro anterior se veía que no se acordaban en profundidad, notamos que sí habían internalizado las nociones centrales del segundo encuentro, ya que estas preguntas eran las que respondían con mayor facilidad y soltura.

Para finalizar vale recordar la serie de interrogantes que



formaban parte del juego y que no se pudieron contestar, y por lo tanto, elaborar grupalmente. En este sentido vimos como otra falencia en el diseño del encuentro, que la selección de las preguntas se realice azarosamente. En este caso podríamos haber hecho una selección más minuciosa de las preguntas acordes al objetivo planteado.

- ¿Es lo mismo una internación de 10 años que de 3 meses? ¿Por qué si, o no?
- ¿Para que alguien se cure solamente es necesaria la medicación?
- ¿Qué importancia poder contar con espacios artísticos y de expresión?
- Cuándo nos dan más medicación ¿es mejor?
- Si estoy bajo un tratamiento psiquiátrico, ¿sí o sí tengo que vivir en un manicomio?

#### 4 Encuentro 4

En función al objetivo: Generar un espacio de debate acerca de lo que implica el manicomio como institución de encierro comparado con los dispositivos alternativos que propone la Ley 26.657 podemos decir que logramos un buen clima de trabajos a partir de la realización de dos dibujos<sup>21</sup> por perso-

na. Todos se sumaron a la propuesta y pudimos ver sus visiones acerca del hospital psiquiátrico y del Basaglia.

Entre los puntos más importantes que rescatamos en relación al hospital, podemos nombrar que muchos graficaron cuestiones generales sobre la infraestructura del edificio, por ejemplo: la instalación eléctrica, ventana, paredes, puertas y caminos. Sólo aparecían personas por fuera de las paredes, en general en el patio. Cabe destacar que el único que dibujó a una persona realizando una actividad recreativa en el hospital fue J. quien nunca estuvo internado. No aparecieron dibujos del parque y de la avenida 520 que cruza el hospital y que es una de las calles más transitadas de la ciudad.

Cuando les mencionamos a la cantidad de datos que podían aportar con respecto al hospital, se dio una conversación ejemplificadora:

Julieta: Que memoria tienen, se acuerdan todos los detalles.

D: Y si, porque es el lugar donde estamos encerrados. Y, ahora estamos acá. Gracias a Dios<sup>22</sup>.

En relación al Centro Basaglia aparecieron en los dibujos, como centrales, las actividades que realizan en dicha orga-

21 Ver las fotos del taller en el anexo. / 22 De aquí en adelante todas las citas pertenecen a la desgrabación encuentro n° 4. Ver anexos.



nización: como los talleres, mirar televisión, cocinar y tomar mate. Podemos ver que, comparado con las ilustraciones anteriores, se dibujó la infraestructura del lugar pero también aparecen personas (ellos o compañeros del centro) realizando las actividades anteriores. A su vez se resaltaba el patio del lugar, los árboles y los autos que transitan por la calle. Vale decir que alrededor del hospital hay un sinnúmero de árboles, que no aparecieron como importantes en los relatos de sus dibujos. Lo mismo ocurrió con los autos, cuando se puede comparar que sobre la avenida 520 pasan muchísimos autos más que por calle 49 (calle del Centro Basaglia).

Para finalizar rescatamos algunos testimonios que aparecieron cuando los miembros del taller comparaban el hospital con el Centro Basaglia, a partir de sus dibujos:

D: Allá hay locuras, acá hay pazabilidad.

Angie: ¿Posibilidad?

D: ¡Pazabilidad!

Angie: ¿Y qué es eso?

D: Es igual que la paz.

(...)

L: Allá hay locura.

Angie: ¿Y acá?

L: Todo completo.

F: O sea que acá es todo completo porque allá es una locura.  
(...)

F: Y acá me siento otra persona, siento otra salida. No estoy metido con gente que te anda pidiendo cigarrillos que te anda mirando como afanarte cosas. Entonces es como uno se distrae. El momento en que yo vengo acá, me cambia el metabolismo: mentalmente y físicamente. Pero estando metido todo el día encerrado allá, uno se enferma. Yo me enfermo de los nervios, porque hay que andar cuidando que no te afanen una camisa, hay que andar cuidando las cosas, uno pone la pava en la hornalla y de repente la pava te desaparece. Y ahí empieza el corto circuito.

(...)

N: Uno viene acá (Centro Basaglia) y después puede conseguir un trabajo.

(...)

## 5 Encuentro 5

Este último encuentro tuvo como objetivo específico poder repensar lo discutido en los encuentros anteriores





desde la comunicación para generar un producto radial. En este sentido, lo que se hizo fue repasar los temas tratados a lo largo del taller utilizando como soporte los papelógrafos que se fueron confeccionando en cada encuentro. De esta manera, comenzamos el encuentro 5 mirando qué habíamos realizado anteriormente. Una vez que pudimos hacer una lectura grupal de los afiches, pudimos dar cuenta de lo que ellos significaban ya que constituían una producción de todo el grupo:

Angie: acá lo importante es pensar que todas estas cosas las dijeron ustedes.

A: porque son los derechos.<sup>23</sup>

Posteriormente se dio un momento en el que los integrantes del taller comenzaron a contar sus experiencias con respecto al hospital psiquiátrico, que en general eran todas negativas.

JC: Esto se resume todo a lo que uno sufrió en el hospital, en mi caso porque estaba mal y digamos que uno se pasó diez años y son como 20 años en el hospital. La gente de afuera no me comprende. El de afuera dice que uno busca las cosas y no entiende que en ese momento estuve mal.

G: Yo estaba en el manicomio y la verdad que enferma más.

La clínica es un manicomio, por ejemplo la clínica Luminar, es un manicomio. Ahí maltratan a los pacientes y tal vez en otras clínicas también los maltratan y les hacen un daño. A un paciente estar internado es como estar encerrado en un zoológico, como una jaula.

C: yo cuando ingresé al hospital, me llevaron a la ambulancia y llovía, llegué, me agarraron y me encerraron. Ahí me ataron y me pichicatearon, una semana atado estuve.

A su vez, este momento también dio lugar a que expresaran lo que habían sufrido con respecto a las internaciones en un manicomio. Quedó evidenciado el desarraigo y la falta de acompañamiento del núcleo familiar y su entorno social, que ese tipo de tratamiento genera:

N: Cuando yo me interné se fueron todos, familiares, todos. Desaparecieron todos.

C: Yo cuando me interné mi hermanastro, se olvidaron de mí. No me fueron a ver más al hospital. Si yo no salía del alta no me veían.

Esto dio pie para poder generar un debate acerca de cómo podemos dar a conocer la nueva Ley de Salud Mental para que

<sup>23</sup> De aquí en adelante todas las citas pertenecen a la desgrabación encuentro n° 5. Ver anexos.



esas experiencias negativas se conviertan en otra realidad como supone dicha normativa. Previo a charlar sobre el modo de dar a conocer los derechos de los usuarios, se pensó en si era importante o no que realmente se conozcan.

Julietta: Una pregunta, para todos, ¿es importante que nosotros conozcamos la Ley así como lo hicimos?

C: Para mí sí.

JC: Yo se lo mostré a una señora y dice que no sirve.

Julietta: ¿Por qué?

JC: Dice que no sirve para ella.

Angie: Para ella ¿y para nosotros?

JC: Para ella, nosotros no servimos para nada.

Julietta: Para nosotros, ¿sirve o no?

C: Para mí sirve.

Julietta: ¿Por qué sirve?

C: Porque te podés defender los derechos.

Angie: Entonces conocer nuestros derechos nos ayuda a defender nuestros derechos. Y ¿les parece importante que no sólo nosotros conozcamos la Ley sino que toda la comunidad, toda la sociedad, la conozca?

N: Y sí, así estamos todos iguales.

Es así que se definió dar a conocer la Ley. En este caso, vale resaltar que quienes darían forma a los mensajes comunicacionales serían los usuarios mismos, quienes han sufrido las calamidades de la legislación anterior donde se vieron afectados sus derechos humanos y sociales.

En este sentido, comenzaron a pensar cómo hacer para transmitir los puntos principales de la nueva Ley de Salud Mental:

Angie: Yo tengo una trampita para estas cosas, que todos la conocen y es la comunicación. Nosotros con la comunicación ¿qué hacemos?

Na: Hablamos con otras personas.

Angie: Hablamos con otras personas, ¿qué más?

Na: Enseñamos.

C: Dialogamos con otras personas.

N: Nos escuchan.

Fue así que comenzaron a surgir distintas ideas relacionadas con diversos lenguajes comunicacionales.

Julietta: ¿Y cómo hacemos para que estemos todos iguales? ¿Cómo les contamos nosotros estas cosas a todos los demás?



que están afuera? Ahora por ejemplo, abrimos la puerta, tenemos vecinos.

G: En una radio, en una revista.

Em: Hablando también.

JC: Para darle difusión.

G: En los medios de difusión.

Em: Hablando a la gente, porque la gente se entiende hablando.

C: Se puede escribir en el diario también.

Una vez que se acordó que era importante poder comunicar la nueva Ley, comenzamos a construir colectivamente los mensajes que constituirían los spots radiales, uno de los productos que surgen de la estrategia del taller.

Fue así que cada uno empezó a mencionar en voz alta distintos derechos y nociones que recordaban haber trabajado a lo largo del taller acerca de la nueva normativa, mientras que nosotras anotábamos en un papelógrafo para que luego pudiésemos grabar las frases:

Em: Con respecto a la internación tengo derecho a un buen tratamiento y a buen trato de parte de la gente, de los doctores.

N: Tenemos derecho a ir a un hospital que no sea psiquiátrico y que nos atiendan ahí.

G: Algo que recuerdo de la Ley es que tenemos derecho a trabajar por igual, como todos en la sociedad, a integrarnos en la sociedad.

D: Es un beneficio para cada uno.

Juan: ¿Para qué sirve la Ley?

N: Para que la respetemos.

C: Y que lo hablemos.

C: Los hospitales psiquiátricos tienen que estar cerrados, así como hicieron en Italia.

A: Los hospitales hacen mal al organismo de a cada uno.

Una vez finalizada la instancia de construcción de los mensajes para los spots, se procedió a la grabación de los mismos. En un primer momento, la idea era que ese espacio fuese una prueba piloto para luego grabar en un estudio de radio.

Pero como en la Facultad resultó difícil conseguir el espacio para realizarlos y desde la organización del Centro también había complicaciones en relación a los horarios para trasladar los usuarios a un estudio, debimos optar por utilizar los audios recogidos en este último encuentro. De esta manera, el encuentro 6 que se había planificado no se llevó a cabo, quedando en nuestra responsabilidad la edición de los spots.<sup>24</sup>



Cabe aclarar que el momento de grabación se dio en un clima ameno en el que todos los usuarios se mostraron bien predispuestos, tanto frente al micrófono como para escuchar sus propias voces. Hacia la finalización del taller muchos preguntaban cuándo se podría escuchar y dónde, lo cual generó una expectativa para con los spots terminados. Los mismos circularon en Radio Estación Sur FM 91.7 en el programa “Gladiadores de la Sonrisa”, espacio que lleva a cabo el taller de Radio del Centro Basaglia y que generó alegría en los participantes del taller de comunicación y ley al escuchar al aire el producto terminado.<sup>25</sup>

## 6 Mirada de la organización

Como se expuso anteriormente, pensamos en la realización de una entrevista a Juan José Gilabert, enfermero del Centro Basaglia, quien como se ha mencionado participó activamente en la mayoría de los encuentros del taller. Es por esa proximidad que decidimos indagarlo con las siguientes preguntas:

1-¿Qué opinión te merece el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental?

2-¿Crees que la metodología de taller fue la indicada para trabajar con usuarios de un dispositivo de salud mental?

3-¿Consideras que la realización del Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental tuvo alguna repercusión en el Centro Basaglia?

Frente a estas preguntas Juan afirmó que el taller fue pionero porque en dicho espacio se comenzó a desarrollar algo que según él, “hacía muchísima falta trabajar sobre un derecho adquirido. Que ellos lo tienen (...) como una abstracción y ustedes ayudaron a bajarlo a la realidad”.<sup>26</sup>

En relación a la metodología que elegimos utilizar vimos que fue la más adecuada ya que permitía un intercambio con los usuarios desde sus experiencias cotidianas, lo cual fue muy valorado por la organización. Se valoró que fuese pensado de una forma dinámica, que atrajera a los participantes y se sintieran cómodos para animarse a hablar. Juan resaltó que las actividades se llevaron a cabo “de una forma un poco lúdica, que es lo que a ellos les puede servir como gancho para no aburrirlos, aparte para atraparlos para que ellos sientan como que a través de un juego o de algo pueden expresarse y que no les resulte pesado, aburrido, agobiante, algo que en realidad tenía otro propósito que era llevarlos al conocimiento de un derecho que ellos tienen”<sup>27</sup>.

25 Escuchar el fragmento del programa con los spots radiales en CD adjunto. / 26 Entrevista de evaluación a Juan Gilabert. Ver anexo. / 27 Ibid. p. 97



De este modo, destacó que el taller tuvo mucha aceptación basándose en la concurrencia al mismo y en la atención y participación que se notaba por parte de los usuarios. “Los veía a ellos que estaban de buen grado, no había que obligarlos a ir sino que iban de motu proprio, que no es poca cosa. Los veía muy animados, que no se aburrían, que no se paraban y se mandaban a mudar. Todos en su conjunto, estaban interviniendo. Se sentían partícipes de algo. Eso era bueno. Y el hecho de haberlo hecho con comparaciones, utilizar una pizarra, también láminas eso es importantísimo”<sup>28</sup>.

A su vez agregó que “ellos fueron (...) protagonistas en lo que ustedes proponían (...) porque sentían que el aporte de ellos era útil”.<sup>29</sup>

Cabe decir que el Taller de Comunicación de Ley y Salud Mental sirvió como basamento para las futuras asambleas de usuarios, coordinadas por Juan Gilabert, en las que se dispuso un momento para charlar y debatir acerca de la nueva normativa. En este sentido, el enfermero nos dijo que se replicaba la modalidad de taller, se hacía hincapié en los puntos más importantes y en lo significativo que es para esta población conocer sus derechos.

Finalmente Juan comentó que “si yo hoy por hoy me pongo a hablar con ellos de la Ley de Salud Mental es como que tienen una base (...) de lo que es la tarea en salud mental y a donde apunta, de por qué se hizo la Ley de Salud Mental por todos esos derechos (...) que nunca fueron escuchados. Los pocos que tenían y no fueron cumplidos. Más o menos creo que ese es el objetivo y está cumplido”.<sup>30</sup>





# Spots radiales







**A modo de cierre**







## 9 A modo de cierre

### 1 Conclusiones

Como conclusión, podemos decir que realizamos un aporte en el Centro Basaglia al proponer una estrategia de comunicación como el taller. A partir de éste, logramos reflexionar y problematizar los conocimientos que los usuarios tenían en torno a la Ley, o en su caso, la ausencia de dichas nociones. En este espacio, que no existía en términos concretos en la organización, se pudo generar un clima de comodidad y confianza, ya que los asistentes pudieron relatar y compartir sus historias con el resto del grupo.

Retomando los objetivos específicos que guiaron nuestro trabajo, a partir de los primeros encuentros planteados como parte de la intervención, pudimos validar el diagnóstico previo al proceso de tesis. En estos encuentros, pudimos ver que los usuarios conocían muy poco de la Ley, o en su caso, no sabían que algunos derechos que les habían nombrado en otros espacios, pertenecían a dicha legislación. A partir de estos dos primeros espacios, validamos la impresión que traíamos de nuestras experiencias previas en el Centro Basaglia, acerca del desconocimiento de la Ley 26.657 o de su poco o confuso conocimiento.

Al avanzar en el taller, yendo a las particularidades de los derechos que otorga la Ley, pudimos notar que ignoraban varios aspectos centrales de este documento jurídico como, por ejemplo: el derecho a la información sobre la medicación, la capacidad de contar con un abogado que los asesore durante el tratamiento, que no sufran trato cruel, inhumano o degradante, etc.

El espacio del Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental, con el correr de los encuentros, propició en los integrantes la pregunta “¿Por qué esa Ley no se cumple?”, lo que sirvió como disparador para generar una actitud más activa frente a esta falla en el sistema de salud.

A partir de esa interrogación, podemos afirmar que los usuarios empezaron a apropiarse de lo que la Ley propone, sino, no se hubiera dado dicho cuestionamiento, ya que directamente no se conocía aquello que se estaba violando. Eso propiciaba la naturalización del problema. De hecho, al principio, se mostraban incapaces de cambiar sus posicionamientos, pero con el correr de los encuentros, esto se modificó rotundamente, ya que son ellos mismos los que dicen que es



importante hacer algo para que la normativa se reglamente y se conozca. Finalmente a partir del 29 de mayo de 2013, la Ley se reglamentó.

Por otro lado, consideramos que el espacio que pudimos generar a partir de planificar una intervención en el Basaglia, logró evidenciar y comenzar a desnaturalizar las atrocidades que han vivido y aún viven; y que deberían dejar de suceder ya que nadie merece ser tratado como un objeto antes que persona. En este sentido, los usuarios pudieron resaltar la diferencia de vivir en un hospital psiquiátrico o en una casa, problematizando todas las cosas que tuvieron que dejar de hacer por estar “encerrados”. Resaltaron, frente a todo, la libertad de elegir. Elegir qué comer, cuándo dormir, qué hacer.

Podemos decir que haber trabajado la nueva Ley desde las experiencias cotidianas de cada uno de los participantes del taller, hizo que ésta se pueda comprender mejor, más rápido y se logre una apropiación de sus letras en poco tiempo. Es así que en el último encuentro, cuando se realizó un repaso de todo lo trabajado hasta ese momento, ellos mismos expresaron la necesidad de defender sus derechos y de difundirlos.

Un ejemplo que consideramos importante destacar, fue el de una participante del taller, que dijo que a partir del recién-

te conocimiento de sus derechos, los quería compartir con sus hijos. Otros expresaron la necesidad de contarles lo trabajado a sus vecinos.

Finalmente, cuando llegó el momento de decidir cómo íbamos a contar los derechos a la comunidad platense, se eligió armar spots. Podemos decir que fue un espacio en el que quedó evidenciado todo lo reflexionado y discutido con anterioridad, ya que no dudaron un minuto en la importancia que tenía conocer y dar conocer la Ley.

Realmente se dio un trabajo ameno, cómodo y alegre, en el que los usuarios pudieron poner a jugar sus capacidades logrando armar frases claras, teniendo en cuenta cada una de las palabras, como también a los destinatarios. Fueron ellos los que decidieron qué decir y cómo resaltar que sus derechos deben respetarse, porque todos merecemos estar en igualdad de condiciones.

A partir del recorrido de esta tesis, podemos afirmar que el lugar que debe ocupar el comunicador social en el campo de la salud mental no puede reducirse sólo a la difusión o a la utilización de los medios de comunicación, sino que también debe prestar su conocimiento para propiciar instancias de reflexión, problematización y desnaturalización de las condi-



ciones, muchas veces terribles, a las que están expuestos estos hombres y mujeres debido a sus problemáticas en salud mental.

En base a la realización del presente trabajo, no podemos hacer otra cosa más que motivar la réplica de este tipo de actividades en otros espacios y con diferentes grupos. Consideramos que la información otorga poder; en este caso, es posible que el usuario por sí mismo pueda denunciar cualquiera de los atropellos que realiza la psiquiatría en sus cuerpos y en sus vidas. La comunidad, entonces, debe estar preparada para escuchar dicha queja.

Para que se hagan efectivas las intervenciones que propone la Ley 26.657, es necesario que se conozcan los derechos de las personas con padecimiento mental, eso asegurará que desde todos los ámbitos de la comunidad se pueda garantizar el libre desenvolvimiento de estos colectivos, no así su aislamiento.

### *Una nueva forma de trabajo*

La Ley de Salud Mental 26.657 dispone un capítulo especial para explicar cómo debe ser el abordaje de las problemáticas de salud desde diferentes puntos. El capítulo V, con sus incisos 8, 9 y 10 resulta un punto de partida para el rol del comunicador

dentro del campo de la salud mental. Estos artículos plantean el trabajo interdisciplinario, incluyendo no sólo áreas naturalmente relacionadas con salud como la medicina, psiquiatría o enfermería, sino que también se incluyen disciplinas como trabajo social y “otros campos pertinentes” (Art.8, cap V) en los que podemos incluir a la comunicación social.

Como expresa Raúl “Pinky” Simón, integrante de la organización Basaglia, “muchas de estas cosas están dentro de la Ley que habla de equipos multidisciplinarios, cuando antes no era así, está bien que el sentido de la multidisciplinariedad que te demuestra es muy chiquito porque te dice: psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. Yo hasta te digo: tiene que formar parte del equipo de salud el ama de casa, el artista, un ingeniero, qué se yo, alguien que mínimamente se sienta comprometido y que pueda accionar algo de su disciplina”<sup>31</sup>.

Dicho capítulo de la nueva normativa, también funciona como un amparo del rol del comunicador en tanto expone que la atención de las problemáticas de salud mental se orientará a reforzar, restituir o promocionar los lazos sociales, trabajo en el que un comunicador puede aportar en la construcción de espacios colectivos de diálogo entre los usuarios y la comunidad. Asimismo se plantea que las personas con discapacidad

31 Entrevista a Pinky. Ver anexo.



tienen derecho a estar informados sobre sus tratamientos y para esto se deberán utilizar los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión, otro claro espacio en el que el comunicador puede aportar su mirada y sus herramientas.

La licenciada en Psicología, Dolores García, explica claramente que trabajar en salud mental comunitaria tiene que ver con poder incluir a las otras disciplinas, no sólo a lo interno sino también en y con la comunidad; y la propuesta de la salud mental comunitaria tiene que ver con poder asistir y recibir un tratamiento adecuado y personalizado en la comunidad.

Por otro lado, el capítulo VI de la Ley deja en claro que: “Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas” (Artículo 13).

Este punto que funciona como marco jurídico para que otras disciplinas como la nuestra puedan aportar, conducir y gestio-

nar procesos de tratamiento de salud mental, acompaña y se complementa con lo que garantiza la Ley 26.522 de Servicios de Comunicación Audiovisual. Esta Ley ampara al comunicador para trabajar en favor de la pluralidad de voces y poder utilizar diversos medios para que organizaciones sociales como la del Centro Basaglia, por ejemplo, puedan expresarse y tener la posibilidad de contar su realidad a toda la comunidad.

De esta manera, como dijimos anteriormente, el rol de la comunicación en el campo de la salud mental va más allá de realizar campañas de difusión o prensa de eventos relacionados a la temática. La comunicación no sólo puede trabajar en función de incrementar el conocimiento de la comunidad sobre algún tema de salud; sino que también puede, a través de diversas herramientas y métodos: reforzar o cambiar percepciones o actitudes sociales, motivar la realización de acciones saludables, fortalecer las relaciones entre diversas organizaciones y con la sociedad, desnaturalizar y problematizar discursos hegemónicos acerca de problemáticas de salud, generar espacios de participación y apropiación de herramientas comunicacionales.

La comunicación entonces resulta fundamental para diseñar y gestionar políticas interdisciplinarias que trabajen la



problemática de salud mental. Entendiendo que todos somos de alguna forma productores de salud, “(...) es necesario promover procesos de diálogo y articulación entre diferentes áreas de gestión, para alcanzar miradas comunes que permitan intervenir de forma sinérgica sobre la realidad. En ese sentido, la comunicación actúa en la construcción de una perspectiva integradora”(Díaz, H. 2012, p 45-46)

Como explica Díaz, la comunicación es una dimensión más en el complejo entramado de elementos que determinan y condicionan la salud individual y colectiva, sin embargo como venimos desarrollando es central y necesario que “se incorpore como una dimensión más en el proceso de gestión de las políticas de salud pública, de forma integral (a lo largo de todo el proceso) y transversal (en todas las relaciones entre estamentos y actores)” (Díaz, 2012, p.2)

## 2 Reflexiones finales

Dentro de las reflexiones a las que logramos arribar con la presente tesis, como ya se dijo, fue el reconocimiento de un nuevo campo de intervención para los comunicadores sociales.

Nuestro trabajo con el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental funcionó como ratificación de lo anteriormente

expuesto, ya que se pudo llevar a cabo un espacio de reflexión, debate y producción en base a los temas abordados. Es decir, que se pudo trabajar más allá de la difusión, la labor de prensa y la creación de campañas, los “lugares comunes” de acción de los comunicadores.

En este sentido, se torna indispensable hacer mención a la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual (26522) que en el artículo nº 3 propone:

“ARTICULO 3º — Objetivos. Se establecen para los servicios de comunicación audiovisual y los contenidos de sus emisiones, los siguientes objetivos:

- a) La promoción y garantía del libre ejercicio del derecho de toda persona a investigar, buscar, recibir y difundir informaciones, opiniones e ideas, sin censura, en el marco del respeto al Estado de Derecho democrático y los derechos humanos, conforme las obligaciones emergentes de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y demás tratados incorporados o que sean incorporados en el futuro a la Constitución Nacional;
- c) La difusión de las garantías y derechos fundamentales consagrados en la Constitución Nacional;
- d) La defensa de la persona humana y el respeto a los derechos personalísimos;





(...)

n) El derecho de acceso a la información y a los contenidos de las personas con discapacidad” (Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual, 2009 .

Esta normativa hace mención al derecho al acceso a la información que tienen universalmente las personas. Esto también sirve como sostén a lo que fue nuestra práctica que tuvo el siguiente objetivo:

“Aportar al campo de la salud mental mediante diferentes herramientas de comunicación para posibilitar el debate, la reflexión y la difusión de la nueva Ley de Salud Mental.”.<sup>32</sup>

La Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual, entonces, supone un conocimiento fuerte donde se debe apoyar la labor de comunicador social en el campo de la salud mental ya que reconoce “que la educación, el conocimiento, la información y la comunicación son esenciales para el progreso, la iniciativa y el bienestar de los seres humanos”. En complemento con la Ley que motiva la presente tesis, estamos frente a un contexto que posibilita, propicia y acompaña la labor de los comunicadores sociales en el campo de la salud mental.

## 1 Lo que falta

Si bien podemos observar un avance en cuanto a la inserción del comunicador social en el campo de la salud mental y especialmente, una apertura de derechos para quienes sufren padecimientos mentales, es necesario decir que la Ley de Salud Mental, que fue sancionada el 25 de noviembre de 2010, ha sido reglamentada recién el 29 de mayo de 2013, cuando estamos finalizando el proceso de investigación. Esto indica que hay un paso legal que es básico y obligatorio que tardó tres años en llevarse a cabo.

La normativa en cuestión establece un nuevo régimen de internaciones voluntarias e involuntarias, pautando plazos y requisitos, como así también, prohíbe la apertura de nuevos monovalentes y obliga a reemplazar a dichas instituciones por dispositivos alternativos. A su vez, es de “orden público”, por lo que tiene implicancias jurídicas de cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional. Actualmente, estos cambios no son visibles y los números no indican lo contrario: sólo a nivel estatal existen “54 instituciones con internamiento crónico, con un universo aproximado de 21.000 personas internadas (14.000 en colonias y 7.000 en hospitales monovalentes).

32 Ver: 1.3 Objetivos.



Entre las instituciones, una sola es de jurisdicción nacional, 11 son colonias provinciales y 42 son hospitales monovalentes provinciales” (Barraco, 2013).

Con todo esto, queremos decir que si bien la reglamentación era un paso obligatorio y necesario, que tardó tanto tiempo en concretarse, supone un beneficio para la protección de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental por parte del Estado y de toda la comunidad. Si bien celebramos este paso legal, consideramos que todavía queda mucho trabajo por realizar en relación a la Ley, principalmente porque hablamos de prácticas e imaginarios instalados en la sociedad durante mucho tiempo.

Esto nos lleva a pensar que la Ley de Salud Mental fue sólo un punto de partida para el cambio en el tratamiento de los padecimientos mentales. No fue un lugar de llegada, pese a las titánicas luchas que se llevaron adelante para lograr la concreción de esta Ley, a las que reivindicamos.

Todavía queda mucho camino por recorrer: se necesita, en primera instancia, otorgarle al problema el lugar que los hombres y mujeres implicados merecen. Es preciso contar con presupuesto estatal, con políticas públicas acordes a cada

región en particular y que éstas sean cumplidas; se requiere de más nombramientos de profesionales, ya que sin recursos humanos el cambio es imposible; también de espacios de información y capacitación para los trabajadores que ya forman parte de las instituciones psiquiátricas.

El cambio no es más que el pago de una deuda que el estado tiene históricamente con quienes sufren padecimientos mentales, la Ley de Salud Mental existe como soporte para que estos cambios puedan sucederse y para garantizar el respeto por los derechos humanos de miles de personas en nuestro país.

## 2 Las obligaciones de todos

La desmanicomialización, en tanto sitio al que se espera llegar, no representa un cambio que pueda darse de un día para el otro y tampoco puede llevarse a cabo con el accionar de una sola persona. Para lograr la desmanicomialización se tienen que dar diferentes situaciones previas.

En primer lugar, es necesario ubicar a la salud mental como parte de la salud y no disociarlas. El entorno, la historia y las condiciones socioeconómicas, entre tantos otros factores, inciden en las personas de manera variada y compleja, es



por ello que las intervenciones deben ser lo más abarcativas posibles, sin favorecer la diferenciación entre cuerpo y mente como lugares compartimentados.

En segundo lugar, es preciso que existan más espacios como el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental que pongan en conocimiento a los beneficiarios de dicha normativa sobre la legislación actualmente vigente en nuestro país. Teniendo en cuenta los resultados favorables que arrojó la evaluación de nuestra práctica, no podemos más que aconsejar y motivar la realización de este tipo de intervenciones en el futuro.

En tercer lugar, insistimos en que la reinserción social de las personas institucionalizadas en monovalentes no funciona si no van a poder contar con la comunidad que los reciba y los albergue. En este sentido, consideramos de vital importancia la creación de políticas públicas y de campañas de concientización sobre la temática, que hagan repensar el rol que cada uno tiene que adoptar para lograr este cambio. Aquí, la desnaturalización del prejuicio acerca de la “locura peligrosa” se torna elemental.

Y en cuarto lugar, aunque no fue un espacio abordado por la presente tesis, es fundamental la reflexión acerca de

la desmanicomialización con los trabajadores de la salud, no sólo de la salud mental. Para que se conozca esta problemática y para que se sepa cómo actuar en estos casos.

Si bien el cambio parece complejo, debe ir desarrollándose en todos los frentes posibles, al unísono, abarcando la mayor cantidad de población: con *capacitación, educación e información*.

### 3 El Proceso de tesis

Como tesistas nos parece fundamental relatar algunas cuestiones importantes que surgieron del trabajo de tesis y que hacen a la intervención de los comunicadores sociales en el campo de la salud mental.

Durante la ejecución del Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental pudimos ver que resulta importante generar espacios donde se evidencie el conocimiento práctico que puede resultar de la labor en esta temática. A partir de la experiencia de los hombres y mujeres con los que trabajamos, en un ámbito que es cotidiano para ellos –el Centro Basaglia–, logramos poner de manifiesto que las vivencias para estas personas eran el soporte del taller, así como la realidad en la que nos encontrábamos y el lugar que deseábamos –ellos



y nosotras- transformar. Y que a su vez, esas historias personales tenían un correlato en lo que decía la Ley 26.657, ya que en varias oportunidades se denuncian maltratos, desinformación, internaciones demasiado prolongadas, entre otros atropellos a sus derechos.

Entonces, se puede decir que el trabajo en territorio genera conocimientos prácticos sobre una temática, donde los principales actores, los usuarios, son quienes hablan del tema. No se recurre al psiquiatra ni al teórico sobre la “locura” para abordar esta cuestión, sino que se toman las voces de quienes día a día viven, padecen e intentan paliar esta problemática.

Es por ello, que también merece ser destacada la necesidad de participación de este grupo, que se podría pensar en otros grupos también. No es menor la intención de relatar sus propias vivencias para evitar que otros hablen por ellos. Especialmente cuando esos otros se ubican en un lugar privilegiado de la hegemonía disponiendo quién tiene la palabra y quién no.

Es por ello, que generar espacios que lleven a la acción concreta resulta la mejor manera de encarar la labor con personas con padecimiento mental, ya que se le da lugar a que

todos cuenten los sucesos traumáticos que han sufrido antes, durante o después de una internación, pero sin caer en la terapia grupal. Sino, lo que se intentó fue pensar un método de acción –la creación de una serie de spots radiales- que pueda aportar a la transformación de esas situaciones tan terribles. Algo que los beneficia a ellos y a los pacientes futuros.

Por otro lado, cabe destacar que el trabajo detallado anteriormente, como se basa en una experiencia práctica, resulta de un lugar preponderante la organización y sus tiempos. A partir del trabajo en el Centro Basaglia tuvimos que poner en tensión los tiempos de nuestra tesis y de la planificación. Es decir, como tesistas nos adaptamos a las urgencias de la organización y a los cambios permanentes de su cotidianidad.

En el transcurso de la carrera hemos visto diversas concepciones acerca del trabajo en territorio desde nuestra disciplina y en todos los casos se aconsejaba abordar acciones que necesitan de un tiempo considerable para su planeamiento y posterior ejecución.

A la hora de llevar a cabo el Taller de Comunicación y Ley de Salud Mental se hizo evidente que los tiempos de una planificación se deben adaptar a la realidad de la organización más



que a los deseos de quien planifica. Es por este motivo que como se mencionó antes, llevamos a cabo el taller con menos tiempo del que hubiéramos preferido ya que el Centro Basaglia sólo podía destinar nos esas cinco semanas entre Marzo y Abril, a pesar de considerar el taller como una necesidad.

Entendemos que es necesario pensar el proceso de planificación como un lugar dinámico, en el que sus momentos pueden superponerse o darse de manera simultánea de acuerdo al contexto donde se desarrolle el trabajo. Por eso destacamos que nuestro proceso se dio de manera particular en relación a la realidad con la que trabajamos.





## Bibliografía

- Aubel, J. (2000). Manual de Evaluación Participativa del Programa. Publicación conjunta de Catholic Relief Services y Child Survival Technical Support.
- Bártoli, S. & Vallejos, M. (2009). Problemáticas de ingresos a la Universidad. Escuela Media y Universidad. Representaciones de los alumnos ingresantes. Lecto-comprensión y abordaje de textos universitarios. Enseñar a leer y escribir en la Universidad. La Plata: Primer encuentro de línea de escritura.
- Barraco, Á. (febrero de 2013). Salud Mental, leyes y desmanicomialización. Avances y resistencias. Recuperado el 2 de abril de 2013, de <http://www.topia.com.ar/articulos/salud-mental-leyes-y-desmanicomializaci%C3%B3n-avances-y-resistencias>
- Basaglia, F. (2007). La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Topía.
- Basaglia, F. (15 de octubre de 2009). El manicomio liberado. Recuperado el 24 de junio de 2012, de <http://www.pagina12.com.ar>, de: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-133467-2009-10-15.html><http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-133467-2009-10-15.html>
- Bertagni, J.J. (2011) La Perspectiva del Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario.
- Bruno, Daniela y otros. (2013). El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud. Revista de Comunicación y Salud. Vol. 3, nº 1, pp. 51-65.
- Bruno, D., Uranga, W., & Vargas, T. (2012). Diseño estratégico. UNLP: Cuadernos de Cátedra nº 7.
- Carpintero, E. (abril de 2010). Topía. Recuperado el 1 de diciembre de 2012, de <http://www.topia.com.ar/articulos/argentina-del-bicentenario-poder-campo-salud-mental><http://www.topia.com.ar/articulos/argentina-del-bicentenario-poder-campo-salud-mental>
- Carvalho, S.R (2008) Promoción de la Salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud Colectiva: Buenos Aires.
- Choque Larrauri, R. (2005) Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima, Perú.



- Declaración de Caracas (1990) 14 de noviembre de 1990. Recuperado el 4 de octubre de 2012, de: [http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf)[http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf)
- Díaz, Hernán. (2012). La Comunicación en todas las políticas de salud. *Revista de Comunicación y salud*. Vol. 2, nº 2, pp. 45-46.
- Documento de cátedra del Taller de planificación de procesos comunicacionales (2009) El sentido de las técnicas en el diagnóstico desde la comunicación. Algunos ejemplos y propuestas para trabajar. Buenos Aires. Taller de planificación de procesos comunicacionales. Facultad de Periodismo y Comunicación Social. Universidad Nacional de La Plata
- Dore, A. & Bonavetti, V. (2009) La Comunicación como medio construcción de subjetividades en el ámbito psiquiátrico y social. Facultad de Periodismo y Comunicación Social. Universidad Nacional de La Plata.
- Eizagirre, M. & Zabala, N. (s.f.). *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Recuperado el 2 de diciembre de 2012, de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132><http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132>
- Fernández Carral, S. & Villa, A. (2012). *Comunicación y salud en la escuela*. La Plata: Edulp.
- Fernández Carral, S. (18 de noviembre de 2009). Página 12. Recuperado el 2 de marzo de 2013, de <http://www.pagina12.com.ar/diario/laventana/26-135465-2009-11-18.html>
- Foro Latinoamérica. (s.f.). Recuperado el 1 de diciembre de 2012, de <http://forolatinoamerica.desarrollosocial.gov.ar/galardon/docs/Investigaci%C3%B3n%20Acci%C3%B3n%20Participativa.pdf>
- Foucault, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. & Kraut, J.A. (2006) *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Gramsci, A. (1998). *La política y el estado moderno*. Distribuciones Fontamara.
- Lipovich, P. (22 de enero de 2013). *La ley de salud mental lleva más de dos años sin reglamentar*. Recuperado el 2 de abril de 2013, de <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-212315-2013-01-22.html>
- Ley de Salud Mental sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 3 de diciembre de 2010. Ley 26.657.

- Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual sancionada y promulgada el 10 de octubre de 2009. Ley 26.522.
- Lonigro, S. Ficha de Cátedra: Una aproximación al imaginario social. Psicología Social. Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP).
- Martín Barbero, J. (1987). De los medios a las mediaciones, comunicación, cultura y hegemonía. México: FELAFACS.
- Mauro, C. (s.f.). El movimiento de desmanicomialización en la Provincia de Río Negro -Argentina. . Recuperado el 15 de septiembre de 2012, de [http://www.arteysalud.itgo.com/index\\_3.html](http://www.arteysalud.itgo.com/index_3.html)
- MinisteriodeDesarrolloSocialdeLaNación<http://forolatinoamerica.desarrollosocial.gov.ar/galardon/docs/Investigaci%C3%B3n%20Acci%C3%B3n%20Participativa.pdf><http://forolatinoamerica.desarrollosocial.gov.ar/galardon/docs/Investigaci%C3%B3nAcci%C3%B3nParticipativa.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (10 de noviembre de 2010). Comunicación y Salud desde una perspectiva de Derechos. Recuperado el 2 de marzo de 2013, de <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/guia-comunicacion.pdf>
- Napolitano, G. (2004). Nacimiento de la Psicopatología en la historia de la Psiquiatría. La Plata: De la campana.
- Negrete, A., Inchaurredo, M. & Rosa, N. (2005). El sentido estratégico de la comunicación en la promoción de la salud. Revista Trampas, páginas de la 48 a 54.
- Niremborg, O. (S/f) evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Buenos Aires, Paidós.
- Pasquale, E. (2000). Psiquiatría y Salud Mental. Trieste: Asterios Editoriale.
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991) 17 de diciembre de 1991. Recuperado el 4 de octubre de 2012: <http://www.cidh.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm><http://www.cidh.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>
- PROAPS. (2007). MANUAL DE COMUNICACIÓN PARA LA SALUD. Recuperado el 2 de marzo de 2013, de <http://www.anep.edu.uy/documentos/herramientas.pdf>
- Raimondi, P. & Alcoba, M. (2012) Inclusión social en salud mental: la concepción y el rol de los trabajadores en salud mental. Marzo de 2012. recuperado el 4 de octubre de 2012, de: <http://www.margen.org/suscri/margen64/raimondi.pdf><http://www.margen.org/suscri/margen64/raimondi.pdf>

-Retola, G. (s.f.). Conocer para transformar. Revista Trampas, página 16.

-Rodríguez Cebeiro, M. (1998). Italia y el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica. Recuperado el 10 de septiembre de 2012, de *Perspectivas Sistémicas*, de: <http://www.redsistemica.com.ar/articulo1-10.htm><http://www.redsistemica.com.ar/articulo1-10.htm>

-Saintout, F. (1998). Los estudios de recepción en América Latina. La Plata: Ediciones de Periodismo y Comunicación Social.

-Schmucler, H. (1984). Un proyecto de comunicación y cultura. *Comunicación y cultura*, 13.

-Sirvent M. T., Natanson N., Vazquez M., FontanaA. (2009). Recuperado el 1 de diciembre de 2012, de <http://www.riargentina.org/Memoria%20web/PON16%20SIRVENT%20FONTANA%20VAZQUEZ%20NATANSON.pdf><http://www.riargentina.org/Memoria%20web/PON16%20SIRVENT%20FONTANA%20VAZQUEZ%20NATANSON.pdf>

-The Communication Initiative Network (1 de junio de 2004). *Comunicación y educación en salud, una alianza necesaria*. Recuperado el 29 de mayo de 2013, de <http://www.comminit.com/node/150764>

-Uranga, W. Iglesias, M. Pagola, C. (2012). Enfoques de planificación. Cuadernos de cátedra n° 5. Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales. Recuperado el 26 de marzo de 2013, de [https://40e65d57-a-62cb3a1a-s-sites.googlegroups.com/site/procesoscomunicacionales/mi-repositor/Cuaderno%205%20Enfoques%20de%20planificaci%C3%B3n.pdf?attachauth=ANoY7cpIuln0SEVbpnFYF\\_PhqqD-sHwJiBbGBCGR\\_yNUc1i1QNVQEXie1f-qhvsWtj1bmbTxxE8yNGMShk11qdOSkFVwqb](https://40e65d57-a-62cb3a1a-s-sites.googlegroups.com/site/procesoscomunicacionales/mi-repositor/Cuaderno%205%20Enfoques%20de%20planificaci%C3%B3n.pdf?attachauth=ANoY7cpIuln0SEVbpnFYF_PhqqD-sHwJiBbGBCGR_yNUc1i1QNVQEXie1f-qhvsWtj1bmbTxxE8yNGMShk11qdOSkFVwqb)

-Vainer, A. (agosto de 2007). De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental. Recuperado el 5 de agosto de 2012, de <http://www.topia.com.ar/articulos/de-que%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental>





**Material anexo**





