



**Universidad de la República**

**Facultad de Psicología**

**Trabajo Final de Grado**

**Sistematización de tres experiencias en el campo de la salud  
mental comunitaria**

**Producción empírica: Sistematización de experiencias**

**Estudiante:** Hernán de Oliveira Fernandez. CI: 4.608.705-0

**Docente Tutor:** Prof. Asis. Mag. Rossina Machinena.

**Docente Revisor:** Prof. Tit. Dr. Luis Gimenez.

**Montevideo, 2022**

## Índice

<b>1. Introducción</b>	2
<b>2. Contextualización: A.R.A.P.D.I.S</b>	5
2.1 Sistema de Salud Español y Modelo Sanitario Catalán	5
2.2 Rehabilitación Psicosocial en España: ARAPDIS como experiencia pionera	6
2.3 Servicio de Rehabilitación Comunitario (SRC)	8
2.4 Recuperación del proceso vivido	10
2.5 Programa Funcional de Actividades Rehabilitadoras. Tareas y coordinación	10
<b>3. Contextualización: Centro Diurno Sayago</b>	13
3.1 Recuperación del proceso vivido: <i>Plan de acción previsto para el practicante de psicología</i>	17
3.2 <i>Breve descripción de las líneas de acciones desarrolladas</i>	19
3.3 <i>Contextualización del Programa “Un Libro, Un Abrazo”</i>	21
3.4 <i>“Un Libro, Un abrazo” desde la visión del practicante</i>	23
<b>4. Contextualización: Movimientos para las Autonomías</b>	25
4.1 Reconstrucción histórica: Huerta agroecológica del colectivo Compaz	27
4.2 <i>Del Taller artístico y recreativo “Los Compañeros” al patio del consejo vecinal y posterior desembarco en PTI-C</i>	27
4.3 <i>Entre la consolidación, la participación y los reconocimientos</i>	29
4.4 <i>Ampliando la huerta. Momento de marchas, ferias y viajes</i>	30
4.5 <i>Romper con el encierro. Pensando lo laboral desde el deseo</i>	32
4.6 <i>En época de pandemia. Experiencia de huertas en las casas</i>	34
4.7 Pensando la implementación de la Ley de Salud Mental	35
<b>5. Análisis - Diálogo entre las experiencias</b>	36
5.1 El modelo de atención comunitario en salud mental	38
5.2 ¿Qué lugar se le asigna a la inclusión laboral?	44
<b>6. Aprendizajes y elementos a comunicar</b>	48
<b>7. Referencias</b>	52

## Resumen

Este trabajo final de grado se realiza en la modalidad de producción empírica: sistematización de experiencias. Abordan tres experiencias de las que formé parte durante la formación de grado. Las mismas se ubican en el campo de la salud mental e involucran a servicios de distintos niveles de atención. Refiere a un Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASSE, un Servicio de Rehabilitación Comunitaria gestionado por ARAPDIS, en Barcelona - España y la tercera experiencia se desarrolló en la Huerta del Colectivo Compaz en el marco de Movimientos para las Autonomías, como dispositivo promotor de salud colectiva que se desarrolla en el oeste de Montevideo. Tiene como objetivo identificar los modelos de atención de cada una de las experiencias abordadas y el lugar que se le asigna a la inclusión laboral en las mismas. El eje central de sistematización serán las estrategias de abordaje desplegadas por los equipos técnicos referentes en la atención de personas con padecimiento psíquico.

**Palabras Clave:** Modelo de atención, salud mental comunitaria, inclusión laboral, rehabilitación psicosocial.

## 1. Introducción

El presente trabajo se enmarca en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, como Trabajo Final de Grado (TFG) para acceder al título de Licenciado en Psicología. Se realizará bajo la modalidad escogida de producción empírica: sistematización de experiencias.

Como punto de partida tomo tres experiencias vividas en mi formación de grado como estudiante avanzado en psicología. Las mismas se ubican en el campo de la salud mental e involucran a servicios de diferentes niveles de atención, con características, contextos y paradigmas diferentes.

Estas son una pasantía de seis meses realizada como estudiante de intercambio en la Universidad Autónoma de Barcelona, de febrero a julio del 2017, realizando prácticas en los servicios de la Associació per la Rehabilitació i Adaptació de Persones Disminuïdes en la seva Capacitat d'Integració Sociolaboral (ARAPDIS); el practicantado de psicología en el marco del convenio de Facultad de Psicología y ASSE, como práctica anual desarrollada en el Centro Diurno Sayago de febrero del 2018 a enero del 2019; y el trabajo voluntario de tres años en Movimiento para las Autonomías, desde marzo del 2018 a julio de 2020, como referente del espacio de Huerta del Colectivo Compaz.

La Associació per la rehabilitació de persones amb disminució de la seva capacitat d'integració sociolaboral (ARAPDIS) fundada en 1989 por el Dr. Psiq. Ramon Blasi y su equipo, lleva 33 años de trabajo en la rehabilitación psicosocial desde el modelo de

recuperación, siendo una institución pionera en salud mental en Cataluña. En este sentido, siendo España un país reconocido por su trayectoria en la reforma de salud mental y el trabajo en gestión de modelos comunitarios de atención en salud mental es que se considera pertinente compartir la experiencia vivida.

El Centro Diurno Sayago es uno de los primeros centros de rehabilitación psicosocial del país, tiene 22 años de experiencia acumulada al respecto, lo que lo ubica como referencia nacional en la materia. A su vez, es un centro de prácticas para estudiantes de grado de psicología y de posgrado en psiquiatría.

Movimiento para las Autonomías es una de las pocas experiencias alternativas a nivel nacional en la atención integral en salud mental. Específicamente la Huerta del Colectivo Compaz, fue reconocida por la OPS/OMS como una muy buena práctica en capacidad resolutoria en el Primer Nivel de Atención del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

De cada una de las experiencias elegí centrarme en los siguientes objetos de sistematización:

a) El Programa de Actividades Rehabilitadoras del Servicio de Rehabilitación Comunitario (SRC) gestionado por ARAPDIS en el barrio de Gracia de Barcelona.

b) El Programa prelaboral Un Libro Un Abrazo en el marco del Centro Diurno Sayago.

c) La Huerta del Colectivo Compaz implementada en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro en el marco de Movimientos para las Autonomías.

El objetivo que me planteé para esta sistematización es: identificar los modelos de atención en salud mental de cada una de las experiencias abordadas y el lugar que se le asigna a la inclusión laboral en las mismas.

El eje central de sistematización serán las estrategias de abordaje desplegadas por los equipos técnicos referentes en la atención de personas con padecimiento psíquico.

Cada uno de los servicios fueron escogidos por entender que tienen características singulares y que pueden ser referencia para las estructuras alternativas que la Ley de Salud Mental n°19.529 dispone crear como forma de efectivizar el cierre de las estructuras asilares y monovalentes.

La reforma en salud dispuesta en la Ley 18.211 que crea el SNIS, implicó grandes modificaciones que han sido contempladas en el modelo de gestión, financiamiento y atención. En este último, se privilegia la prevención y promoción en base a la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), haciendo énfasis en el Primer Nivel de Atención, con un anclaje en la comunidad (SNIS, 2007). A partir de estas transformaciones, se comenzó a otorgar otro espacio a la salud mental, enmarcada como prestación de salud universal. Se

plantea que "...el concepto de salud mental es inseparable del concepto de salud integral". (Decreto n°305/011, 2011)

En cuanto a la situación político-legal actual de nuestro país en relación a la Ley de salud mental n° 19.529, donde en su artículo n° 2 se define la salud mental como: "un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad." (Ley 19.529, 2017, p.1). Se concibe al trabajo como uno de los aspectos claves que hacen al estado de bienestar. Con lo cual es incompleto pensar la salud mental sin el eje en lo laboral, si se piensa a la persona desde una perspectiva integral.

La actual Ley de salud mental en su artículo n° 8 encomienda al Ministerio de Salud Pública la elaboración y aprobación de un Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). El PNSM tiene como propósito "definir, planificar, ejecutar y evaluar las estrategias más efectivas para promover la salud mental y prevenir los problemas asociados a ella" (Ministerio de Salud Pública, 2020), brindando atención basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario en concordancia con los principios rectores del SNIS.

Para que este nuevo marco normativo y el cambio de modelo de atención que plantea sea efectivo, son necesarias transformaciones en la estructura y organización del sistema, redireccionando recursos económicos y humanos, la creación de estructuras alternativas y cambios significativos en las prácticas asistenciales en donde no se reproduzcan los modelos que se pretenden superar. En esta línea desde la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, 2018) se propone: "la organización de la estructura especializada en SM en un sistema de red integrada de dispositivos diversos, articulada a la red territorial de salud general en los diferentes niveles de complejidad" como forma de asegurar un proceso de atención integral y continuo.

En el contexto actual de Uruguay compartir estas tres experiencias puede ser un aporte para seguir pensando y desarrollando lo que propone la Ley 19.529 y el Plan de Salud Mental (2020-2027).

A través de los capítulos "contextualización" y "recuperación del proceso vivido" se apuesta reconstruir mi paso por las experiencias y compartir los aprendizajes que sucedieron con base en las mismas. A esta modalidad específica de producción de conocimientos Jara (2014), la define como:

aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas (...) produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora. (p. 99)

Se espera poder obtener una producción escrita que pueda dar cuenta del proceso formativo, identificando aprendizajes a transmitir, dejando preguntas planteadas que puedan problematizar conceptos y reflexiones sobre la práctica de cada una de las experiencias.

Es mi intención que pueda ser útil para futuros estudiantes que quieran tener un acercamiento a alguna de estas tres experiencias, para los equipos y las personas que forman parte de las mismas, así como para personas ajenas a la disciplina que busquen un acercamiento a la temática.

En el desarrollo del trabajo final de grado se irán identificando las características más relevantes que se desprenden de las estrategias de abordaje de los objetos de sistematización, para posteriormente en el capítulo de “análisis” generar un diálogo crítico entre las mismas y compartir los aprendizajes que pude identificar.

## **2. Contextualización: A.R.A.P.D.I.S.**

### **2.1 Sistema de Salud Español y Modelo Sanitario Catalán**

El Sistema Nacional de Salud español fue configurado por la Ley General de Sanidad de 1986. Está financiado con impuestos a través de los presupuestos estatales o regionales. El sistema se organiza en tres niveles, el Ministerio de Sanidad, seguido por la organización de las Comunidades Autónomas, que a su vez se dividen en áreas de salud. Se sigue una concepción integral de la salud, los servicios incorporan acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades, así como asistenciales, curativas, rehabilitadoras y de cuidados paliativos. Se caracteriza por la descentralización de la gestión. Es de acceso universal y gratuito, salvo algunos servicios que llevan copagos. (Ministerio de Sanidad, 2022)

En cuanto al modelo sanitario catalán se concretó el 1990 en la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC), que creaba el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) y consolidaba un sistema sanitario mixto, que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sociosanitarios sean o no de titularidad pública. Es el ente planificador, financiador, evaluador y comprador de los servicios sanitarios (Servicio Catalán de Salud [CatSalut], 2022).

En el 2000 se crea el sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT), para integrar todas las redes asistenciales en un solo sistema. Esto permite identificar un marco estable de entidades proveedoras de servicios asistenciales. Posteriormente para avanzar en la concepción integral e integrada del sistema, se reformó el SISCAT incluyendo todas las redes por el tipo de servicios que prestan (internamiento, comunitario, transporte sanitario y otros servicios sanitarios). (CatSalut, 2022)

Actualmente existe una estructura denominada gobiernos territoriales de salud (GTS), su alcance territorial se orienta parcialmente por la delimitación de las áreas básicas de salud (ABS), incluye como mínimo la atención primaria, la hospitalaria y la sociosanitaria. Las funciones básicas son la ordenación, priorización y coordinación de los recursos de sus territorios de referencia para garantizar la prestación de los servicios sanitarios públicos. Cuentan con estatutos propios y reglamentos internos y se guían por los principios de la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña añadiendo los de subsidiariedad, proximidad, territorialización, corresponsabilización, sustitución y participación. (CatSalut, 2022)

## **2.2 Rehabilitación Psicosocial en España: ARAPDIS como experiencia pionera**

A mediados del siglo pasado, en época de institucionalización psiquiátrica se pueden observar algunos antecedentes de lo que actualmente se identifica y define como rehabilitación psicosocial. Dichos antecedentes buscaban dar otro lugar a los usuarios de los servicios, enfocándose en sus potencialidades, pero sin incluir una perspectiva real de reinserción social y laboral, sino más bien se buscaba mantenerlos activos y entretenidos.

En España se pueden identificar dichas prácticas en lo que se denominó terapia ocupacional, terapia moral y la laborterapia. Posteriormente se fueron desarrollando la rehabilitación industrial, la rehabilitación vocacional, con nuevas conceptualizaciones que se acercaban a las necesidades de los usuarios en miras a la reinserción social y laboral.

Siguiendo a Hernandez (2011), cuando hablamos de rehabilitación psicosocial nos referimos a: “un conjunto de estrategias para afrontar las dificultades para el desempeño de la vida diaria (para la tarea del vivir) de las personas que padecen problemas persistentes de salud mental” (p. 295).

En ese sentido, ARAPDIS, la asociación fundada por el Dr. Psiq. Ramon Blasi y su equipo en 1989 fue pionera en salud mental en Cataluña. Esta vela por la atención, la rehabilitación, la normalización y la inserción de las personas afectadas por algún tipo de limitación en su capacidad de integración sociolaboral y comunitaria. Mediante funciones de prevención, promoción, orientación, atención, capacitación, rehabilitación y apoyo en la reinserción en la comunidad y con la comunidad.

ARAPDIS es la Associació per la rehabilitació de persones amb disminució de la seva capacitat de integració sociolaboral. Según lo planteado por su fundador en el prólogo de la memoria del 2019:

Con este nombre, un tanto largo y difícil derivado como sigla de su nombre original, se quería contemplar la extensión y heterogeneidad de las necesidades con que se encuentran las personas con una discapacidad -prioritariamente debida a una problemática de salud mental- y del abanico de intervenciones que se deben llevar a cabo para poder dar respuesta a estas. (p.5)

Dicha asociación lleva 33 años ininterrumpidos de trabajo, consolidándose como una experiencia alternativa de prevención terciaria entendiendo la misma como “acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas” (Vignolo et al., 2011, p.13)

Como se desprende de la memoria anual de la asociación, han pasado más de 5000 usuarios, de los cuales 627 han obtenido un contrato de trabajo en los CETs (Centros Especiales de Trabajo). Cuenta con una estructura de recursos intermedios y comunitarios integrados y coordinados con la Red de Salud Mental Pública y con otros recursos de la red social y comunitaria pública y privada. (Associació per la Rehabilitació i Adaptació de Persones Disminuïdes en la seva Capacitat d’Integració Sociolaboral [ARAPDIS], 2022)

Mediante el Área de Rehabilitación Psicosocial Integral y Comunitaria (ARPIC) se han creado espacios de atención integral y programas específicos de rehabilitación psicosocial, capacitación e inserción sociolaboral y comunitaria, con el fin de facilitar los procesos de rehabilitación e integración de todas las personas.

La asociación lucha contra el estigma, velando por la rehabilitación y la integración con igualdad dentro de la diversidad, desde la convicción que una sociedad más justa e inclusiva es posible. Los valores que se priorizan son la empatía, reconocimiento, diversidad, normalización. (ARAPDIS, 2022)

A modo de síntesis, la asociación se basa en el modelo de recuperación e inclusión comunitaria para la planificación, ejecución y evaluación de las tareas y los servicios. Los distintos programas apuntan a un abordaje integral que se centra en la persona para garantizar el continuum asistencial. Se desarrolla el trabajo con una perspectiva territorial y un fuerte componente de coordinación intersectorial, con enfoque desde la perspectiva de la salud, teniendo en cuenta las capacidades, fortalezas y las expectativas de los usuarios, su familia o vínculos próximos.

Desde su fundación se crea el Área de Rehabilitación Psicosocial Integral y Comunitaria, que a su vez se encuentra conformada por tres sub áreas:

La **sub área de convivencia**, centrada en resolver la problemática habitacional de los usuarios. Dentro de esta cuenta con servicios de Hogar de acogida, programa de prepiso y pisos asistidos. En relación a estas encontramos dos tipos de intervención según el estado psicopatológico y la evolución del paciente. Preventiva, destinada para pacientes que no presentan aún graves consecuencias psicopatológicas y psicosociales pero que han desarrollado la enfermedad y paliativa cuando habiendo deterioro, aún es posible contener las consecuencias psicopatológicas y psicosociales.



En la **sub área sociocultural y de inserción comunitaria** la institución cuenta con club social, con un programa de inserción comunitaria, con recursos comunitarios reglados y no reglados, así como con un ateneo cultural, conformado por un programa de radio y un equipo de fútbol.

En la **sub área de rehabilitación, capacitación y integración sociolaboral** se encuentran el servicio prelaboral y los servicios de inserción sociolaboral en Centros especiales de trabajo (CET's). El servicio prelaboral está destinado a usuarios que presentan un diagnóstico incluido dentro de la definición de Trastorno Mental Severo, estabilizados y compensados. Se busca la preparación para la integración laboral. Por otro lado, los CET'S tienen el objetivo de lograr la integración laboral de las personas con discapacidad a las empresas normalizadas. Alguno de los CET'S con los que cuenta la fundación son Jardinería, Mantenimiento y Reformas, Copistería, papelería e imprenta, Encuadernación artesanal, Restauración de muebles y tapicería, Lavanderías industriales, Restaurant y Cafetería Ateneu. Finalmente, dentro de esta sub área se encuentra el Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC), en donde centré gran parte de mis actividades durante la pasantía. (ARAPDIS, 2022)

Cada una de estas sub áreas trabajan coordinadamente para lograr una atención integral de los usuarios/as.

### **2.3 Servicio de Rehabilitación Comunitario (SRC)**

El Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC), es una prestación del sistema público que es gestionado por la entidad ARAPDIS. Forma parte de los recursos terciarios de la red asistencial de Catalunya, concretamente como el SRC de referencia del distrito de Gracia. Es un servicio asistencial que integra las diferentes acciones orientadas a la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales graves o severos, mediante el diseño y la aplicación de planes individualizados, integra los niveles de atención individual, grupal, familiar y comunitario, para dar respuesta a las necesidades y adaptarse a las características psicosociales. Estructura y coordina la red de recursos comunitarios de rehabilitación psicosocial (inserción social, inserción laboral, habitacional, etc).

El objetivo principal del SRC es cumplir con los objetivos generales de la rehabilitación psicosocial: promoción de la autonomía, integración y normalización mediante el soporte mínimo que requiera la persona.

El servicio cuenta con una diversidad de modalidades que permite intervenir y dar soporte a las diversas necesidades de los usuarios atendidos, tomando en cuenta la intensidad de la vinculación (parcial, completa y compartida con otros servicios) y el perfil clínico y momento evolutivo. Cuenta con un programa de acogimiento, un programa

individual de atención, un programa de integración socio-comunitario y un programa funcional de actividades rehabilitadoras.

El horario de funcionamiento es de lunes a viernes de 9 a 13, en el cual se potencia el programa funcional de actividades y las específicas de 15:30 a 18, donde se potencia el programa de inserción sociocultural y sociocomunitarias. El tiempo máximo recomendable de vinculación es de dos años, pudiendo existir una prórroga si el equipo lo considera necesario.

El equipo se encuentra conformado por una psicóloga coordinadora, una psicóloga clínica, una trabajadora social, y dos monitores, quienes realizan tareas asistenciales y además un conserje y un personal de servicio y limpieza.

El perfil de usuario que atiende el SRC son personas de ambos sexos, entre los 18 y 65 años que tienen dificultades en la inserción sociolaboral y la integración comunitaria en su entorno natural y que cuenten con un diagnóstico de Trastorno Mental Severo.

El proceso de atención al usuario que se lleva adelante en el SRC consta de cuatro fases. La primera es la valoración previa a la incorporación al recurso, realizada por el equipo de orientación y acogida de la asociación. Consta de la recepción de la demanda. Entrevista con el usuario y/o familiar o persona de referencia. Se valora la demanda, perfil y el cumplimiento de los requisitos para acceder al servicio. Se informa del funcionamiento, actividades, horarios y objetivos del centro. Se realiza una devolución al usuario, familiar y/o derivante. La segunda fase es de acogida. Se realiza por parte del equipo del SRC en las primeras cuatro semanas en las que se incorpora el usuario al servicio. El primer día se formaliza la incorporación, se le muestran las instalaciones, se le presenta a los profesionales y compañeros y se le asigna un profesional de referencia. El usuario participa de las actividades acordadas en su programa provisional. Se comienza a realizar una valoración integral, mediante entrevistas con el usuario, familiar, aplicación de diferentes instrumentos de valoración. La misma consta de una valoración social, del estado de salud, psicológica, funcional, familiar, de riesgos y laboral. Se confecciona el Plan integral de rehabilitación y reinserción (PIRR), donde se identifican las necesidades de atención del usuario detectadas y los objetivos prioritarios de rehabilitación. Este proceso determina las intervenciones que se realizarán a través de los diferentes programas del servicio. La tercera fase es la intervención, consiste en la integración del usuario a las actividades acordadas y la aplicación del programa que se especifican en el PIRR. El mismo se revisará y ajustará según las modificaciones necesarias en función de la evolución de la persona, los progresos y dificultades identificadas. Cada 6 meses se actualiza la valoración integral y se ajusta de acuerdo a los objetivos específicos. La cuarta y última fase es la de salida, ya que el tiempo en el servicio es limitado en función de las necesidades de la persona. Siempre

que sea posible, al inicio de la vinculación del usuario al servicio conviene definir un proyecto de alta orientativo. El alta asistencial puede ser propuesta por el usuario, familiar o tutor o por el equipo del servicio.

Los usuarios del servicio cuentan con un sistema de información y representación: El consejo asesor o comisión de representación (conformado por usuarios, personal del SRC y dirección de la asociación), la Asamblea Informativa, de carácter semanal, la Asamblea General, de carácter mensual y un buzón de sugerencia.

## **2.4 Recuperación del proceso vivido**

Para la reconstrucción del proceso me basé en los documentos internos de la asociación, la descripción de cada programa y servicio, la información actualizada de la página web, así como los trabajos intermedio y final que tuve que presentar en el marco del intercambio estudiantil con la Universidad Autónoma de Barcelona. También conté con un cuaderno de campo y una bitácora personal de las tareas realizadas.

Si bien la asociación cuenta con múltiples servicios, tanto en la red asistencial, como en lo social y comunitario opté por centrarme en el programa funcional de actividades rehabilitadoras, ya que fue en donde desarrollé la mayor cantidad de tareas, pudiendo compartir más directamente con los usuarios del servicio. A su vez, es desde este programa que se puede dar seguimiento cotidiano a la evolución y desarrollo del Plan integral de rehabilitación y reinserción (PIRR). Esto si bien se realiza en coordinación intersectorial, es el equipo del SRC quien coordina la red de recursos comunitarios (inserción social, inserción laboral, habitacional, etc).

Desde la concepción de la asociación, se apunta en todo momento a la inserción plena en la comunidad, teniendo la inclusión en el mercado abierto de trabajo en empresas normalizadas una relevancia significativa, siempre que el usuario se lo plantee como meta en su proceso de rehabilitación. En este sentido realizare una breve presentación del programa, para luego describir las tareas realizadas en mismo en el marco del SRC, con énfasis en los mecanismos de coordinación consensuados tanto internos como externos al servicio y con las demás redes asistenciales y sociocomunitarias.

## **2.5 Programa Funcional de Actividades Rehabilitadoras. Tareas y coordinación**

Los programas incluidos en la atención de los usuarios del servicio están fundamentados en el principio de autodeterminación y mejora de la autonomía. Pretenden dotar a los usuarios de los recursos necesarios para alcanzar un nivel de calidad de vida ajustado a sus potencialidades. Este programa es concebido en el marco SRC como un medio para la rehabilitación psicosocial y no como una finalidad en sí mismo.

Para la aplicación del programa se realizan intervenciones individuales e intervenciones grupales. Para la valoración, seguimiento y apoyo del proceso de rehabilitación se realizan entrevistas con psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, educador - monitor referente, que son quienes están cotidianamente más presente en el proceso. Son las intervenciones grupales las que suelen centrar el trabajo.

En el programa se pueden identificar dos áreas diferenciadas: el Área pragmático - conductual y el Área emocional. En esta última se ubican los talleres expresivos - creativos: Manualidad, Lecto-Escritura, Creación Libre, Video-Documental y Radio. Se trabaja sobre alternativas a la comunicación verbal como medio de expresión y canalización de sintomatología utilizando como medio un canal - código físico mediante diversos materiales. Así como también los talleres expresivos - corporales - musicales: Acondicionamiento físico, Reflexión y relajación, Polideportivo, Expresión musical, Cuerpo y movimiento, y Fútbol. Se trabaja sobre alternativas a la comunicación verbal como medio de expresión y canalización de sintomatología utilizando como medio el propio cuerpo.

El Área pragmático - conductual se conforma por los siguientes espacios: Asamblea Informativa, Organización y Autonomía, Cocina, Tecnología, Informática, Jardín Botánico, Huerta Urbana, Huerta de L'Avi. En cuanto a la Asamblea Informativa, es un espacio semanal de transmisión de información sobre aspectos generales del servicio, del barrio y la ciudad. Permite trabajar la iniciativa, aclarar dudas y preguntas, tomar decisiones, así como también promover fiestas del barrio y la ciudad, etc.

Es importante destacar que gran parte de estas actividades se realizan en equipamientos, servicios y con grupos sociales, comunitarios no asistenciales, localizados en el entorno próximo donde viven los usuarios. Lo que redundará en un contacto directo con la comunidad. La atención comunitaria es desarrollada desde una perspectiva de cambio y mejora de la situación social del colectivo.

Con respecto a mi inserción en ARAPDIS, pude conocer las tres sub áreas, si bien centré mi actividad en el SRC. Participo semanalmente de los talleres que ahí se realizan, y de los diferentes espacios de coordinación. Todos los días comenzaba la jornada con las reuniones de coordinación en la que se trataban la evolución de los usuarios, así como la puesta al día de cuestiones organizativas. Una vez a la semana se realizaba la discusión de casos y sesiones clínicas en la que se elabora el PIRR (Plan individualizado de Reinserción y Rehabilitación).

Semanalmente asistía a los siguientes talleres; Activat, Estimulación Cognitiva, psicomotricidad, Fem Salut, Actualitat, Poliesportiu, Asamblea informativa, Huerto Urbano y Spai creatiu. En la mayoría de los talleres mi función era de soporte del técnico referente del taller. En el caso de Fem salut, Activat y Poliesportiu participaba en la planificación y coordinación de las actividades. En el caso del Espai Creatiu participaba como encargado

de la actividad. En 10 ocasiones suministre las escalas GENTCAT a diferentes usuarios con los cuales compartía actividades. El equipo técnico del servicio me asignó una usuaria para realizar la entrevista de valoración integral inicial y actualización de la historia clínica. En este caso tuve que administrar las siguientes escalas de valoración: GENTCAT, EuroQol-5D, Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), HoNos. Posteriormente realice el seguimiento de la usuaria en su ingreso al servicio.

También pude asistir a las reuniones en las que se articula con el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA). Las mismas se llevaban a cabo el tercer viernes de cada mes, es una instancia de coordinación entre la psiquiatría y la trabajadora social del CSMA y diferentes profesionales de distintos dispositivos de la red de salud mental del distrito. En las mismas se intercambia sobre los casos que lleva la psiquiatra del CSMA. En estas instancias participe como acompañante de los profesionales del SRC. A su vez asistía de las reuniones de circuito, en la que participan todos los dispositivos de salud mental que dependen de CatSalut de referencia al Distrito de Gracia.

Uno de los aspectos clave de los procesos de atención integral que asegura el continuum asistencial y la articulación entre los programas y los servicios de los diferentes niveles de atención, son los mecanismos de coordinación consensuados, tanto internos a los programas y servicios, como externos, del servicio con los demás actores de la red de salud mental. Así como también, con los recursos de la red sanitaria, social y sociosanitaria. Este es un aspecto indispensable en cualquier proceso de rehabilitación - reinserción comunitaria de las personas usuarias de los servicios de salud mental. En este punto quisiera detenerme, ya que encuentro en este aspecto una relevancia para pensar la implementación de la Ley de salud mental.

Cada jornada en el SRC comenzaba con una reunión de equipo, en donde se intercambiaba sobre aspectos organizativos y de seguimiento de los procesos individuales. A su vez, una vez por semana se realizaban reuniones de PIRR, en donde se realizan revisiones del programa para consensuar líneas de intervención, compartir estrategias de intervención y seguir la evolución de los usuarios. También se contaba con un espacio diario de coordinación al finalizar la jornada laboral para contrastar asistencia y posibles incidencias del día. Estas eran instancias de coordinación interna. En cuanto a las coordinaciones con otro recurso del ARPIC, se realizan de forma presencial o telefónica y mediante la red informática interna. Todos los viernes se realiza una reunión de PIRR general, en la que participan los coordinadores de las subáreas, una trabajadora social y la coordinadora asistencial del ARPIC. Se coordinan los objetivos generales de rehabilitación de los usuarios que comparten dos o más recursos de la asociación. Para esto se cuenta con un expediente único compartido con los recursos en donde asiste el usuario, implica la generación de consensos sobre el PIRR y la gestión del caso. A su vez existe una reunión

de coordinación inter recursos, asisten cada coordinador de las subáreas y la coordinadora asistencial, periódicamente participa la coordinadora general de la asociación y el director médico. También se realizan coordinaciones diarias, presenciales o telefónicas entre los técnicos de los diferentes servicios.

En cuanto a las coordinaciones externas que se realizan desde el SRC, de forma regular con el CSMA (Centro de Salud Mental de Adultos), psiquiatra y/o psicólogo privado de referencia y con el Centro de Atención Primaria (CAP). A su vez la trabajadora social del área de convivencia de la asociación participa en la comisión de Servicios Sociales y de Salud del Distrito de Gracia, es la que se encarga de trasladar la información actualizada al SRC.

Las coordinaciones con servicios comunitarios no asistenciales tienen como objetivo servir de conexión entre los usuarios y la comunidad. Las mismas se realizan con una amplia gama de entidades que buscan mejorar la calidad de vida del barrio y fomentar el barrio como un espacio de conocimiento mutuo. Buscan dar a conocer la asociación y la población con la que se trabaja para que sea tenida en cuenta a la hora de detectar necesidades y hacer mejoras en el entorno, de cara a reducir el estigma social y la producción de ciudadanía.

### **3. Contextualización: Centro Diurno Sayago**

El Centro Diurno Sayago (CDS) está ubicado en el barrio de Sayago en la ciudad de Montevideo, Uruguay. Es un centro de rehabilitación psicosocial que está integrado al SNIS por ser una institución de ASSE, depende técnicamente de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, administrativamente de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, se integra a la red de Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM), dentro de la que se ubica en la Regional Noroeste.

De acuerdo al grado de complejidad, es decir, las tareas diferenciadas y los procedimientos complejos que se realizan en el Centro Diurno Sayago, el mismo corresponde a un tercer nivel de atención. “El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología” (Vignolo et al., 2011, p.12).

El CDS comenzó a funcionar en el año 2000. Se inició como proyecto de hogar alternativo para personas con trastornos mentales graves y persistentes, con eje en el trabajo sobre lo cotidiano y eventualmente en la evolución, la posibilidad de permanencia nocturna ocasional, que no llegó a instrumentarse. En esos años para el ingreso se realizaban entrevistas individuales llevadas adelante por el psiquiatra y psicóloga con el

posible usuario/a y con algún familiar preferentemente. Los equipos comunitarios de salud mental de Montevideo eran los principales derivantes, principalmente desde el centro diurno del Hospital Vilardebó y Regional Noroeste. Según se desprende de los informes internos el 15% de las mismas fueron realizadas por otros centros de rehabilitación. Entre el 60% y 70% del total de las derivaciones las realizaban los/las psiquiatras tratantes. Las personas derivadas en su gran mayoría tenían un diagnóstico de psicosis, en particular esquizofrenia. (Centro Diurno Sayago, 2003)

En abril del 2003 cambia la coordinación del centro, se realiza un diagnóstico de situación, se comienza a reorganizar el funcionamiento y se comienzan a proyectar algunas modificaciones. Ese año el equipo estaba integrado por una psiquiatra, quien coordinaba el equipo, contaba con 20 horas semanales, concurrendo las tardes y una mañana. Un administrativo que a su vez realizaba el taller de dibujo y pintura, con una carga horaria de 36 horas semanales, de lunes a viernes de 9 am a 16 pm, quien cubría todo el horario en el que funcionaba el centro. Tres talleristas con 10 horas semanales cada una. Realizaban dos talleres por semana y participaban de la reunión de equipo. Una tallerista honoraria que cumplía 6 horas semanales y una auxiliar de servicio.

El objetivo institucional era “mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por enfermedades mentales, promover su autonomía y su participación espontánea y lo más plena posible en la sociedad” (Centro Diurno Sayago, 2003)

Con ese propósito institucional se realizaban las siguientes actividades: una reunión de equipo semanal, una asamblea de usuarios en donde tenían que concurrir todos/as, se trabajaba los temas emergentes, los asuntos grupales, de dificultad vinculares y de desempeño de roles. Se realizaban dos veces por semana los siguientes talleres: Pintura y Dibujo, Música, Experiencia Creativa, Plástica. A su vez se realizaban actividades de coordinación interinstitucional, difusión y recreativas con los/las usuarios/as. Hasta ese momento los talleres funcionaban como grupo único, lo que fue evaluado como una dificultad, ya que la heterogeneidad, en cuanto a edades y nivel, no permitían desarrollar propuestas más específicas a las características y perfiles de los usuarios. En cuanto al trabajo con las familias, se centraba en entrevistas individuales solicitadas por la familia o a instancia del equipo.

Como base en el diagnóstico de situación realizado se identificaron dificultades y alternativas. Una de las dificultades observadas era la discontinuidad en la asistencia los meses de verano. Se tardaba dos meses en recuperar la normal concurrencia luego del corte de fin de año. En cuanto a la conformación del equipo, se hacía necesario contar con otros perfiles, formados en salud mental para trabajar sobre lo cotidiano. Las instancias de taller no eran suficientes para trabajar aspectos de autocuidado y la autogestión. También se identifica dificultad para planificar proyectos de egreso, ya que no había etapas

específicas de salida del dispositivo, ni se contaba a nivel nacional con los dispositivos alternativos suficientes. Algunas de las alternativas que se orientaron fue la creación de un grupo de ingreso por cuatrimestre, ya que el ingreso permanente no permite configurar las etapas de desarrollo como grupo. Se armaron comisiones para gestionar algunas de las necesidades de la institución, como forma de trabajar aspectos de lo cotidiano (gestión de alimentos, materiales, etc). Para la planificación institucional se redimensiona el espacio en donde no hay actividades establecidas, para trabajar lo cotidiano y el tiempo libre, en los mismos. Se previó la conformación de un grupo de egreso y se armó un plan de verano que incorporaba salidas a la playa una vez por semana, así como también recorridas por el barrio, tres veces a la semana, para identificar recursos territoriales.

Progresivamente se desarrollan cambios en la organización del equipo, de la institución y de los grupos de usuarios, jerarquizando los espacios colectivos como ámbitos de interacción y creación con potencial terapéutico y de socialización. El trabajo sobre aspectos de la vida cotidiana y comunitaria fue cada vez más presente. Progresivamente se fue conformando como una comunidad terapéutica, organizada en torno a espacios de interacción, convivencia y aprendizaje social.

A partir de 2005 la extensión de actividades fuera del local del centro ocupan un espacio relevante en la planificación institucional, incorporando el territorio del barrio y la ciudad como escenario claves en los procesos singulares de los usuarios, habilitando vínculos y desempeño de roles, propiciando instancias novedosas y diferentes para los usuarios y técnicos. (Centro Diurno Sayago,2010)

A partir del 2008 se extiende el horario del centro, comienza a funcionar de lunes a viernes de 9 am a 17 pm y dos días se extiende hasta las 19 pm. Progresivamente se extiende la actividad a diferentes espacios físicos, más allá del local en donde se ubica el centro. Se hace uso del local del Ccz 13, el jardín botánico, centros culturales, plazas y parques aledaños al barrio, museos y lugares de recreación. Durante los meses de verano se prioriza el contacto con la naturaleza, asistiendo de forma regular a playa pocitos. Para el desarrollo del proyecto institucional se requirió definiciones en cuanto a los roles, funciones y responsabilidades.

En la actualidad el centro permanece abierto todo el año, adecuando las actividades en el periodo de verano. Actualmente cuenta con 120 usuarios inscritos, de los que regularmente asisten 100, con variados niveles de regularidad. La gran mayoría reside en Montevideo, pero también asisten usuarios de Canelones. Los beneficiarios son personas mayores de 15 años, usuarios de ASSE o instituciones en convenio con ASSE (Hospital Policial, Militar, etc), que cuenten con un diagnóstico de trastorno mental grave y persistente que implique una alteración en su desarrollo autónomo. Deben estar cursando un tratamiento psiquiátrico y ser derivado por un psiquiatra y/o equipo para la evaluación de



ingreso. Se solicita un breve resumen clínico y una nota de derivación. Posteriormente se pauta una entrevista con el postulante y algún familiar o allegado. Son criterios de no ingresos la presencia de trastornos de conducta antisocial importante, retardo mental moderado o grave, el consumo de sustancias psicoactivas como principal patología al momento de la valoración de ingreso.

Si bien se privilegia el trabajo grupal, también se realizan intervenciones individuales y familiares. Se pueden identificar 5 áreas de acción bien definidas, las mismas son: Área terapéutica (Asambleas grupales de Pre ingreso, Grupo estable y Pre egreso y egresados, Asambleas de familiares, entrevista de ingreso individuales y familiares, entrevista puntuales y de seguimiento y los espacios informales). Área Creativa- expresiva (talleres de plástica, música, dibujo y pintura, escritura y actualidad). Área de Cuidado de la salud (taller de salud, taller de deporte). Área de gestión de lo cotidiano (taller de planificación, de cocina, de reparación y mantenimiento, comisión de alimentación). Espacio en Comunidad (taller de deporte y recreación, taller de tiempo libre, espacio cultural Kalima, Programa Un Libro Un Abrazo).

Con respecto a la integración del equipo, el centro cuenta con dos psicólogas, tres psiquiatras (una de las cuales es la directora de centro), una licenciada en enfermería, un licenciado en educación física, una tallerista de música, un auxiliar de mantenimiento, un administrativo, estos dos últimos también realizan talleres y una auxiliar de servicio. Existe una reunión de coordinación semanal, los días lunes, de 14:30 a 17 hs, en la misma se planifica la semana, se debaten algunos casos particulares y se pone en común diferente información relevante para el funcionamiento.

Existen intervenciones en espacios formales, como pueden ser talleres, asambleas, entrevistas individuales o familiares. Estos espacios cuentan con un encuadre temporario espacial y metodológico específico. Cada disciplina imprime su especificidad, así como también cada técnico su perfil particular para el desarrollo del proyecto institucional consensuado. Los espacios informales, patio y pasillo, son asumidos como espacios fundamentales por todo el equipo técnico, en el entendido que son instancias en donde también se despliegan roles complementarios, se produce interacción, convivencia y aprendizaje social.

Según las instancias los grupos pueden variar en cuanto a su conformación, de 5 a 15 personas, habiendo grupos heterogéneos y homogéneos en posibilidades de comprensión y creación.

Todas las interacciones y acciones tienden a la revinculación del individuo, con otros y con el medio social y familiar. Se coloca en el centro del proceso a la persona, integrando el hacer cotidiano al grupo. Se entiende al grupo como organización social y como dispositivo terapéutico. La construcción en conjunto de un plan individualizado de

rehabilitación se inscribe en el proyecto terapéutico de cada usuario en etapas sucesivas que se pueden ir adaptando. Las mismas son: Recepción de la demanda, evaluación inicial, preingreso, grupo estable, pre egreso y seguimiento de egresados. Esta modalidad de abordaje va en conjunción con lo que se propone desde el Ministerio de Salud Pública, es decir:

El tránsito por estructuras progresivas y complementarias de atención le permite a la persona encontrar, según su momento evolutivo, la estructura que le sea más apropiada a sus necesidades y le permita desarrollar su potencial. Se vuelve necesario elaborar un proyecto terapéutico, que oficie de instrumento de referencia y que integre diferentes objetivos que se irán construyendo entre la persona con TMS y su familia, contando con el apoyo del equipo (Del Castillo et al., 2011, p.86)

La institución jerarquiza el funcionamiento en red como estrategia de trabajo, participando en redes formales e informales en la articulación interinstitucional de acciones y estrategias y a nivel local en redes barriales.

Tomando de referencia los informes internos que regularmente se envían a ASSE, se desprende que la organización y funcionamiento del centro cuenta con ejes conceptuales, metodológicos y deontológicos que estructuran el desarrollo de la institución. La enfermedad mental se ubica en el proceso de rehabilitación como una situación que condiciona el existir del individuo en varias dimensiones: como enfermedad persistente, como situación de vulnerabilidad, como estigma social, como sufrimiento, cómo discapacidad y desventaja social y como complejidad que requiere conocimiento técnico actualizado y basado en evidencia para acompañar en el proceso terapéutico. Centro Diurno Sayago(2010)

### **3.1 Recuperación del proceso vivido**

#### ***Plan de acción previsto para el practicante de psicología.***

Para esta reconstrucción del proceso vivido se contó con los informes periódicos realizados por el equipo del centro, un diario de campo individual, las bitácoras de los practicantes que han pasado por el CDS, los diferentes informes elaborados en el transcurso del practicantado y documentos de uso interno del centro los cuales están a disposición de los practicantes, así como también material fotográfico, audiovisual y bibliografía específica en relación a la temática abordada. En esta parte de recuperación del proceso vivido, se compartirá el plan de acción previsto para el practicante y una breve descripción de las líneas de acción desarrollada durante la pasantía, para posteriormente centrarnos en el programa prelaboral del que forma parte el CDS, "Un libro, Un abrazo".

Desde el año 2010 el CDS recibe un/una practicantes en psicología, en el marco del convenio de Facultad de Psicología y ASSE. Es una práctica remunerada que se desarrolla durante un año, con una carga semanal de 25 horas en el servicio y 15 horas de formación académica. En base a esa experiencia acumulada con la que cuenta el equipo, se piensa el ingreso de forma gradual. Generando una estrategia que cuyo centro se justifica en el cuidado del otro (practicante, usuarios, equipo). Actualmente se hace entrega a cada practicante de un plan de acción en donde se expresa la necesaria “construcción de un rol técnico que permita la interacción en los diferentes espacios que constituyen el dispositivo de trabajo específico de la comunidad terapéutica” (Centro Diurno Sayago, 2017).

En el mismo se plantea que el primer mes sea de observación y familiarización con la metodología de trabajo, con los diferentes espacios de la comunidad terapéutica y con los/las usuarios/as. Se pone a disposición diferentes informes de actividades, trabajos, publicaciones y bibliografía que maneja el equipo técnico. Este primer mes se piensa para compartir y consultar con cualquier miembro del equipo, trasladar dudas e impresiones, siendo cualquier integrante referencia y guía para el practicante que ingresa. También se dispone de cuadernos (bitácoras) de practicantes anteriores. Se participa de las reuniones semanales de equipo. Se interactúa de forma gradual y progresiva con los usuarios en los espacios informales (patio y pasillo), se tiene un espacio mensual de reflexión con los referentes.

El segundo mes se propone al practicante que conozca cada una de las actividades de taller y asambleas, presentándose en cada espacio, acompañando al referente o tallerista de los mismos. Esto permite conocer las diferentes metodologías, estilos de coordinación, y al mismo tiempo integrarse progresivamente a los grupos de usuarios. Se selecciona con el equipo a cuáles efectivamente se integrará. También se participa en entrevistas de grupo de ingreso o alguna entrevista individual acompañado por el equipo técnico.

En el tercer mes en acuerdo con el equipo, se definen espacios en los que el practicante en forma estable participará acompañando al técnico referente. Se da la posibilidad de comenzar a intervenir en espacios informales. Se promueve que participe en actividades de taller y terapéuticas correspondientes a las diferentes etapas del proceso de rehabilitación.

Hasta el cierre de la pasantía se sigue participando de las instancias pautadas, pudiendo existir algunos cambios por la dinámica institucional o interés del practicante. El último mes se trabaja el cierre con cada uno de los espacios en los que estuvo inserto el practicante.

### **3.2 Breve descripción de las líneas de acciones desarrolladas**

Cada área y sus respectivas instancias tienen una metodología, objetivos, actividades e historia en el desarrollo del proyecto institucional, por lo que solo me detendré a mencionar la participación en cada una, sin desarrollar mayormente para orientar más en profundidad la descripción en la experiencia del programa prelaboral 'Un Libro Un Abrazo'. Este recorte es una decisión metodológica para centrar el análisis en los ejes del plan de sistematización acordado.

#### Área terapéutica

Participé de la coordinación de la asamblea del grupo de pre-egreso y egresados en conjunto con la licenciada en enfermería. Se desarrolló los días miércoles de 10 a 11.30 hrs con una concurrencia promedio de 5 usuarios.

Además, participé de la asamblea de grupo estable los miércoles de 13.30 a 15 horas, coordinando la actividad junto con una psicóloga y una psiquiatra. A dicho espacio asistían alrededor de 15 usuarios/as.

Co-coordiné la asamblea de pre-egreso y egresados de los días jueves de 17 a 18 hrs en conjunto con una psicóloga y una psiquiatra en donde participaban un promedio de 5 usuarios.

De forma ocasional participe en la asamblea de grupo estable de los jueves de 15 a 16.30 hrs, coordinada por una psiquiatra.

Por otra parte, de forma esporádica formé parte de la asamblea de familiares que se desarrollaba los segundos lunes de cada mes de 17 a 18 hrs, siendo la asistencia de los familiares muy variable.

Participé en diversas entrevistas puntuales y de seguimiento, con usuarios y familiares y en espacios informales, que dentro de la estructura del centro son ámbitos centrales del proceso terapéutico.

Es importante aclarar que los espacios de esta área se organizan con metodología específica para abordar aspectos individuales, interpersonales y grupales, al centro ser una comunidad terapéutica, los efectos terapéuticos de las acciones e interacciones no se centran solo en lo realizado en la misma.

La participación en las asambleas logró afianzar un vínculo que se fortaleció posteriormente en los espacios informales del centro con algunos usuarios. La asamblea también permitió generar continuidad en los procesos terapéuticos. Considero además que estos espacios me han dado herramientas para comprender de forma más cabal la complejidad del sufrimiento psíquico y su contexto social y familiar. Además de adquirir

herramientas que serán útiles en mi futura práctica profesional, desde una perspectiva de derechos humanos, que apunte a la autonomía progresiva de los usuarios.

#### Área de gestión de lo cotidiano y deporte.

Concurrí desde el inicio del practicantado al taller de deporte los martes de 15 a 16.30 hrs junto al licenciado en educación física y un tallerista, apoyando la coordinación. Del mismo participaban entre 15 a 20 usuarios.

Participé del Grupo de Corredores, colaborando en algunos talleres al comienzo del practicantado junto con el profesor, los días miércoles, en donde asistían 7 usuarios.

De forma esporádica formé parte del taller de mantenimiento junto al tallerista referente, en donde la participación de los usuarios era variable.

Se aportó a la concreción de los objetivos de los diferentes talleres. Se visualizaron avances y mejoras en cuanto a las técnicas en los deportes que se practicaron.

#### Área creativa-expresiva.

Esta área comprende los talleres de plástica, dibujo y pintura, música, literatura y actualidad.

Colaboré en la coordinación del taller de plástica junto con la psicóloga y tallerista referente. Dicho taller funcionaba los días jueves de 15 a 16.30 hrs, participan 6 usuarios regularmente.

Participé de forma sistemática en taller de dibujo y pintura con el tallerista coordinador, en donde se trabajó con 7 usuarios aproximadamente. El mismo funcionaba los días viernes 13 a 15 hrs.

De forma esporádica participé del taller de Literatura, coordinado por una de las Psicólogas y del taller de música coordinado por la tallerista.

Se comprenden estos talleres como medios para la creación de un grupo de interacción e integración, conformado por usuarios que de forma progresiva adquieran autonomía en la resolución de diversas situaciones que se transitan. Son talleres que se realizan mayoritariamente en la institución, pero en preven actividades en la comunidad.

#### Espacio en comunidad.

De forma mensual concurría al espacio cultural Kalima, el mismo se desarrollaba extra horario del centro. Dicho espacio era coordinado por una psicóloga y una psiquiatra. El total de usuarios que participan del mismo es variable.

Por otra parte, co-coordiné el taller de tiempo libre junto a la licenciada en enfermería, los días miércoles de 12 a 13 hrs, y una vez cada mes y medio, luego de trabajar en el taller se concretaba una salida extra horario del centro a los lugares que se acordaron en conjunto.

Formé parte del proyecto prelaboral “Un libro Un Abrazo”, del que participaron 4 usuarios ese año. Co-coordiné junto a ambas psicólogas del centro la reunión semanal. Este es un espacio de contención y orientación para los usuarios participantes del proyecto, se desarrolla los días jueves de 14 a 15 hrs.

### **3.3 Contextualización del Programa “Un Libro, Un Abrazo”**

#### *“Leer es un Boleto”: preámbulo de “Un libro, Un Abrazo”*

El programa “Leer es un boleto” inicia en el año 2008, coordinado por la secretaría de discapacidad de la IM, la editorial Banda Oriental, la Biblioteca Nacional y el Grupo Labora (Colectivo de instituciones que trabajan en torno a la problemática de la discapacidad y/o vulnerabilidad social) y el Ministerio de Educación y Cultura (MEC). Para el mismo fueron donados los derechos de autor tanto por los autores mismos como por sus familiares, como aporte para el desarrollo del proyecto social. El nombre del proyecto tenía su origen en que el precio de los libros era el mismo que el del boleto. Durante el año 2008 y 2009 se vendieron un total de 30 mil ejemplares de autores y compositores uruguayos. En la actualidad la colección cuenta con más de 15 títulos. (Centro Diurno Sayago, 2019)

En el año 2010 el proyecto pasa a denominarse “Un Libro, Un Abrazo”. Dicho proyecto se plantea como objetivo facilitar la inserción laboral de personas con discapacidad y difundir la cultura a través de ediciones económicas de alta calidad de autores nacionales.

#### *De “Libros en el Hall” a “Un Libro, Un Abrazo”. Apuntando a la inserción laboral*

El grupo de usuario del CDS que finalmente se incorpora al proyecto venía realizando desde el año 2009 una experiencia de inserción sociocomunitaria denominada “Libros en el Hall”. El mismo tenía como objetivo la promoción de la lectura a nivel comunitario y trabajaba mediante un acuerdo con la biblioteca barrial de la IM, el BPS y CDS. Del proyecto participaron 6 usuarios durante un transcurso de 3 años. Estaba coordinado por 2 psicólogas. Contaba a su vez con el apoyo de una asistente social en vínculo con el BPS. De esta forma se instrumentó una “Biblioteca Ambulante” que visitaba diferentes edificios del BPS en el Barrio Sayago, generando un espacio social de intercambio, con préstamos de libros, recomendación de lectura, lecturas compartidas, “tés literarios” entre otros. Para que el mismo pudiera llevarse adelante se realizaron una serie de espacios que permitieron preparar al grupo para la tarea, dentro de los que se destacan talleres de atención al público, que les permitiera la resolución de quejas y que contarán con elementos de bibliotecología básicas, como el manejo de fichas, literatura y autores. Finalmente, en el año 2011 se dio por finalizado el proyecto dada la baja participación de los vecinos del barrio.(Centro Diurno Sayago, 2019)

En el año 2012 surge la posibilidad de que el CDS se incorpore al Grupo Labora, quien coordina el proyecto “Un libro, Un abrazo” y de esta forma comenzar a participar nuevamente junto con la IM en un proyecto de difusión de la cultura apuntando a la inserción laboral. El aprendizaje del rol y fortalecimiento grupal logrado en el proyecto “Libros en el Hall” posibilitó dar continuidad al grupo que se había formado durante los años anteriores, pero ahora con perfil pre laboral. Esto fue pertinente ya que los usuarios transitaban la etapa de pre egreso, habiendo ya realizado procesos de rehabilitación importante, lo que prepara para asumir nuevos desafíos en la comunidad, favoreciendo así la inclusión social y su autonomía.

Para que se lograra la integración plena al proyecto se tuvo que hacer un fuerte trabajo interinstitucional, así como la incorporación por parte de los usuarios de nuevos aprendizajes, sobre todo vinculados al rol de vendedor. Requirió la integración con actores que venían trabajando previamente. De esta forma se incorporó al trabajo del Grupo Labora las psicólogas del CDS, participando de reuniones periódicas de coordinación con referentes de las otras instituciones en la secretaría de discapacidad de la IM, así como coordinar con la editorial Banda Oriental para planificar nuevas ediciones.

Se realizaron jornadas de integración en IM para los usuarios que iban a participar del proyecto, cursillo de ventas al público dirigido a los participantes del grupo La Bahía, Grupo la Esperanza y CDS.

Se definió la colocación de un stand en el atrio de la IM para la venta de libros, así como la distribución de material editado por el colectivo de personas con discapacidad para dar a conocer sus derechos y temáticas de interés comunitarios relacionado con la discapacidad y la integración social. El stand es atendido y gestionado por usuarios del Centro Montevideo, Grupo de la Esperanza y Centro Diurno Sayago. Los usuarios de CDS concurren todos los viernes desde las 10 am a las 15 pm realizando actividades de venta al público y posteriormente desde las 15 a las 16 horas realizan el cierre de caja y el depósito bancario. Dicha actividad se complementa con ventas en liceos, escuelas o particulares, autogestionadas por diferentes grupos. La tarea implica la venta y trato con el público, la organización, el registro administrativo, el manejo y cierre de caja y el depósito bancario.

En un primer momento la actividad implicó la adecuación del grupo a la tarea, que se fue realizando en forma gradual, con acompañamiento de un técnico para apoyar en la resolución de problemas y especialmente en el abordaje a los posibles clientes. En cuanto a la asiduidad del acompañamiento técnico, los primeros tres meses el mismo era semanal, durante tres meses más se realizó en forma quincenal y se completó el primer año acompañándolos solo una vez al mes. Posteriormente el grupo logra adecuarse a los cambios que van surgiendo, desarrollando la tarea en forma autónoma, gestionando en

forma total lo que esta implica. Actualmente se mantiene una reunión semanal de una hora, en el centro diurno, se brinda apoyo a los usuarios del CDS que forman parte del proyecto.

El proyecto tiene definido que, en cuanto a las ganancias por las ventas, las mismas se distribuyen en un 50% para próximas ediciones y el otro 50% para los vendedores. A su vez los usuarios del CDS definieron colectivamente que ese porcentaje se iba a distribuir equitativamente entre todos los participantes, independientemente del número de ventas de cada uno. De forma puntual participan de eventos, como Montevideo Integra y Feria del Libro de IM. En el comienzo de mi experiencia en el practicantado en este espacio participaban dos usuarios, posteriormente se incorporaron dos usuarios más.

### **3.4 “Un libro, Un abrazo” desde la visión del practicante**

Me incorporé al trabajo en esta experiencia el tercer mes del practicantado. Mi inserción se vio motivada, luego de que un usuario que no formaba parte del programa tuvo una entrevista para una experiencia pre-laboral la cual fue vivenciada como negativa. A raíz de esto el equipo técnico consideró oportuno invitar a formar parte del programa. Durante el primer mes concurrí semanalmente al espacio de ventas para dar soporte al usuario que se estaba incorporando.

Vivenciar el funcionamiento cotidiano del programa me permitió valorar ciertos elementos del vínculo entre los centros y la intendencia, así como entre los diferentes centros. La participación de la intendencia se limita a poner a disposición de los centros el uso del Atrio y permitir la venta en este espacio. Actualmente la articulación entre centros es un área a reforzar.

Un elemento a destacar, que visualicé a instancias de los integrantes del equipo técnico del CDS son las diferencias en el funcionamiento de cada centro, que responden a diferentes abordajes de la temática. De los centros que participan, los usuarios del CDS son los únicos que realizan el proceso completo de forma autónoma, mientras que el trabajo del resto de los usuarios es tutelado por técnicos o familiares. Si bien para algunos de los centros esta experiencia es tomada como una inserción laboral, para los técnicos del CDS es un taller prelaboral. Esto tiene como trasfondo diferentes concepciones en relación a la inclusión laboral y los modelos de implementación de la misma.

El ingreso de un nuevo integrante al programa generó un movimiento en los demás usuarios del centro. Las características personales del usuario que ingresaba llevaron a que este quisiera compartir en espacios como asambleas, talleres y pasillos su experiencia en el programa. Lo que generó en el resto de los usuarios del centro interés y motivación en sumarse. Por otra parte, con el ingreso y su desempeño en el nuevo rol que estaba



asumiendo, mejoraron las ventas, es decir, el dinero que percibe cada uno de los usuarios aumento.

Por la escasez de dispositivos comunitarios que trabajen la inclusión laboral, se dificulta planificar estrategias de egreso que tomen en cuenta esta área. A lo largo de todos los años en los que el proyecto se ha desarrollado ha ido variando las dinámicas de funcionamiento, observándose un mejor funcionamiento en años anteriores. De todas formas, se destaca que es un programa con gran potencialidad en lo que hace a la inserción de los usuarios a una experiencia prelaboral. Dentro de estas potencialidades visualizamos la apertura al diálogo de la secretaría de discapacidad de la intendencia, quienes se muestran predispuestos a la valoración de alternativas que permitan la ampliación de puntos de venta y a través de estos la incorporación de nuevos usuarios al mismo. Otra potencialidad a tener en cuenta es que el grupo estable del proyecto presentaba una buena predisposición a recibir nuevos usuarios en el programa.

El equipo técnico del CDS realizó una evaluación interna en la que valora que los usuarios participantes en el programa han logrado estabilidad en la tarea, logrando enfrentar y superar dificultades como momentos de poca venta, inasistencias de alguno de los compañeros, desencuentro con otros grupos que en cuanto a los espacios de trabajo. Además, valoran que por las múltiples exigencias que supone formar parte del programa, resulta difícil encontrar usuarios con posibilidades de integrarlo, pero el grupo que se ha conformado tiene capacidad como para acoger y acompañar a nuevos integrantes. Hasta finalizada mi inserción, no se contaba con una evaluación realizada por los participantes. Valorar cómo es percibido el desarrollo del programa, cuáles son las problemáticas más sentidas y que visualizan los participantes como fortalezas o posibilidades que el mismo brinda sería un elemento sustancial para posterior planificación del programa. Me consta que esto es una idea que si bien aún no se había concretado, se piensa realizar.

A raíz de la participación en este espacio y profundizando en la lectura de los procesos regionales e internacionales de reforma psiquiátrica que se han suscitado en el último siglo, se puede visualizar que la inclusión laboral ha tenido un papel central para la efectiva inclusión de las personas con las que se trabajó. En este sentido es esclarecedor lo que plantea Rotelli (1995) al respecto “En los procesos de reforma psiquiátrica, el trabajo ha tenido un papel central y condicionante en la inserción social, considerado como emancipador” (p.248).

#### **4. Contextualización: Movimientos para las Autonomías**

Movimientos para las Autonomías es una experiencia inclusiva con enclave en un dispositivo promotor de salud colectiva que está integrado por el colectivo Compaz, colectivo Carancho y Juntas Podemos. Se articula con una red de espacios socio-educativos, productivos-laborales y culturales que se desarrollan en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro (PTI-C / IM) el Parque Público “Punta Yeguas” (PPPY), con proyección al Parque de Actividades Agropecuarias (PAGRO - IM). Participan vecinos-as de la zona, personas con padecimiento psíquico, principalmente referenciados por Equipos de Salud Mental (ESM) y policlínicas de la zona. También lo integra la Organización de Usuarios de Salud del Oeste (OUSO), el Programa APEX - UdelaR a través de diferentes espacios de prácticas, equipo sociales de diversos programas y organizaciones que trabajan en el territorio. Los diferentes espacios del dispositivo se ubican en el municipio A (Zona Oeste de Montevideo).

Esta experiencia emerge en el proceso de pensar alternativas a la lógica manicomial. Tras la incorporación de la psicóloga Lorena Noya al equipo de salud mental comunitario (ESMC) en su rol de psicóloga de área, elabora un diagnóstico comunitario, identificándose “como una de las principales problemáticas en la zona oeste de Montevideo, la alta prevalencia de personas en situación de desempleo y pobreza extrema, que presentan en forma asociada, un padecimiento psíquico” (Noya, L., 2019. p.86). En base al diagnóstico se elabora el Plan de Inclusión Sociolaboral de enclave territorial Oeste para personas con discapacidad psicosocial, se presenta al Centro de Salud del Cerro (RAP-Metropolitana), la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables – ASSE y a la dirección PTI del Cerro. Uno de sus objetivos era concretar en el PTI-C un emprendimiento socioproductivo de huerta agroecológica.

A fines del 2018 la psicóloga Marcela Jubin presenta el proyecto “Movimientos para las Autonomías” a las autoridades de ASSE - RAP Metropolitana. En los primeros meses del 2019 se integra efectivamente al equipo referente del dispositivo. El proyecto presentado efectiviza articulaciones en el ámbito comunitario que ya se venían realizando en diferentes espacios de participación territorial. Tiene el propósito de apoyar y ampliar el fortalecimiento del Programa de Integración Socio Cultural y Productivo que se desarrolla con base en PTI-C. Implicó la inclusión de un eje cultural ambiental, que se despliega en el Parque Público Punta Yeguas y otros espacios circundantes. Implicó el trabajo en tres aspectos: la creación de una instancia para el primer encuentro con las personas que se acercan al proyecto, el trabajo de articulación indispensable para trabajar en intersectorialidad y el acompañamiento multidimensional de las personas que se integran a los distintos espacios que propone el dispositivo.

Actualmente se configura como un dispositivo multidimensional:

que refiere a la integración de las personas en diversas áreas (académica, artística, deportivas, recreativas, ambiental, productivas, laborales, etc). Se basa en una concepción integral y comunitaria de la salud. Con un fuerte anclaje territorial y funcionamiento en red. Posibilita la intervención de todos los niveles de atención. Requiere del trabajo interdisciplinario. Es altamente participativo en la toma de decisiones. Se sostiene en la intersectorialidad y es abierto a toda la comunidad. (Jubin, 2019, p.1)

Este dispositivo se ubica en el nuevo paradigma de salud mental de base comunitaria y tiene como horizonte contribuir al pleno ejercicio y/o restitución de derechos vulnerados de las personas con padecimiento psíquico, desarrolla la atención con abordaje interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial enmarcada en el primer nivel de atención (PNA), involucra a las redes zonales y diversas organizaciones de la sociedad civil organizada. La misma concibe a la persona en su integralidad, contribuyendo a dar resolución a problemáticas emergentes vinculadas a las/los usuarias/os de salud mental en múltiples dimensiones. En este sentido se entiende que “Las formas singulares de padecer de los sujetos se hallan determinadas por factores biopsicosociales, políticos, económicos, históricos y antropológicos. No es posible entonces el abordaje desde el modelo médico hegemónico, sino desde una mirada interdisciplinaria e integral” (Noya, 2019, p. 89).

Se basa en el modelo comunitario de atención en salud mental, se orienta al modelo de recuperación, el cual se centra en la persona como verdadera protagonista de su proceso terapéutico y tiene como propósito la integración de personas que están construyendo autonomía en experiencias territoriales.

Se entiende la recuperación como un proceso diacrónico, que cuenta con una evolución no lineal, continua, en los cuales pueden devenir avances y retrocesos, de ahí que sea necesario pensar en la singularidad y un plan individualizado. Se entiende que “la mejoría de los síntomas sigue siendo importante, y puede jugar un papel clave en la recuperación de la persona. Pero la calidad de vida, según la valore el propio afectado, es central” (Sheperd et al., 2008, p. 5).

Los integrantes del dispositivo se reconocen como parte del movimiento de desmanicomialización, que en el plano nacional ha retomado notoriedad pública en el proceso de construcción y debate de la Ley 19.529.

El 30 de junio del 2016 en la antesala de la cámara de senadores, la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental, realiza su presentación y lanzamiento público. Es en ese espacio de participación social que nos conocemos algunos de los actores con los cuales posteriormente vamos a trabajar en conjunto para el desarrollo de la experiencia que hoy se da en llamar Movimientos para las Autonomías. Este fue el marco de articulación

que propició que a fines del 2017 nos acercáramos dos estudiantes avanzados de psicología a los plenarios de la Organización de Usuarios de Salud del Oeste. En este espacio se nos comparte la existencia del dispositivo de Huerta que incipientemente se está gestando en el predio del PTI-C. Nos sumamos en el mes de marzo a participar de los diferentes espacios que formaban parte del dispositivo de huerta.

#### **4.1 Reconstrucción histórica: Huerta agroecológica del colectivo Compaz**

Si bien este dispositivo es multidimensional, y para transmitir su desarrollo y posibilidades de ampliación es necesario hacerlo en interjuego con las distintas dimensiones, para su análisis nos enfocaremos en el eje socio productivo con miras al desarrollo laboral. Específicamente en lo que refiere al proyecto de huerta agroecológica del colectivo Compaz que desde el 2017 se viene desarrollando de forma ininterrumpida, siendo originariamente una línea de acción del Equipo de Salud Mental (ESM) de la policlínica Maracaná Sur, que posteriormente se amplía con y para la comunidad.

Para la recuperación del proceso vivido conté con las actas de las asambleas del dispositivo, trabajos presentados en los llamados donde se presentó la experiencia, informes intermedios enviados a la sectorial de extensión, mi bitácora personal del proyecto y ambos planes de trabajo presentados por las psicólogas referentes.

#### **4.2 Del Taller artístico y recreativo “Los Compañeros” al patio del consejo vecinal y posterior desembarco en PTI-C**

El taller artístico y recreativo “Los Compañeros” se enmarca en el trabajo desarrollado por el Equipo de Salud Mental Comunitario (ESMC) en una policlínica de la Red de Atención Primaria (RAP-ASSE), Maracaná Sur, en el barrio de Maracaná, se ubica en la el municipio A, en el oeste de Montevideo.

El taller comienza su actividad en el mes de noviembre del 2008 con el objetivo de constituirse en un espacio de promoción de salud y de estimulación del desarrollo socio-emocional y cognitivo de los usuarios/as con algún diagnóstico psiquiátrico del servicio de salud mental de Maracaná Sur. Funciona desde entonces de forma sostenida, participando alrededor de veinte usuarios/as en los talleres y algunos/as vecinos/as. El espacio lo coordina una Licenciada en trabajo social, quien a su vez es coordinadora de la policlínica Maracaná Sur.

La idea de generar una huerta surge desde los propios participantes del taller y es viabilizado por el ESMC. En un primer momento se dispone del patio de la comisión vecinal del barrio Jardines de las Torres. El equipo que participa de la iniciativa estaba conformado

por una psicóloga de área, una practicante de psicología (convenio entre ASSE y Facultad de Psicología - UdelaR) y una trabajadora social. En este momento la totalidad de los participantes del espacio de huerta participaban a su vez del taller artístico y recreativo. Este espacio es un antecedente directo de lo que posteriormente se configuraría como la Huerta “Los Compañeros”.

A nivel nacional se identifican dos producciones relevantes que antecedieron a la creación de la Huerta “Los Compañeros”, las mismas fueron en cierta manera impulsoras de este dispositivo que se estaba gestando.

Por un lado, la propuesta “Emprendimientos Socioproductivos, Desmanicomialización y Ciudadanía” presentada en el Espacio Interdisciplinario UdelaR: Semillero de Iniciativas Interdisciplinarias que se presenta y aprueba en 2015. El objetivo general del proyecto fue:

Generar las condiciones para la construcción de un núcleo interdisciplinario sobre la temática de emprendimientos socioproductivos integrados por personas con padecimiento psiquiátrico, en el marco de la Economía Social y Solidaria, que incida en el proceso de desmanicomialización y en el ejercicio de los derechos ciudadanos en el Uruguay. (Baroni et al., 2015, p. 2)

Se llevó a cabo de agosto a diciembre del 2015, fue elaborado por las psicólogas Cecilia Baroni, Dulcinea Cardozo y Lorena Noya, la abogada Rosario Lagarmilla y el sociólogo Pablo Hein. Contó con el aval de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables – ASSE y Dirección Provincial de Santa Fe – Ministerio de Salud (Argentina).

Por otro lado, el proyecto presentado ante la CSIC-UdelaR con el nombre Diseño de dispositivos sociolaborales desde la perspectiva de desmanicomialización en el Uruguay: tensiones entre la asistencia y la producción. Contó con el aval del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud (MS), la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe (Argentina) y la Comisión Administradora del PTI-C.

En ambos proyectos presentados participa la psicóloga Lorena Noya, que a su vez desde su rol de psicóloga de área, articula con la dirección del Parque Tecnológico Industrial del Cerro (PTI-C), actor territorial fundamental para el desarrollo y consolidación de la huerta desde sus inicios. Desde la dirección se ofrece en un primer momento un predio en donde desplegar la experiencia. Es necesario dimensionar la pertinencia y potencia que posee por tener anclaje en el Polo Tecnológico Industrial del Cerro como un instrumento creado con el fin de promover la inclusión social, particularmente de aquellas poblaciones más vulnerables. El PTI-C tiene como misión “comprender y transformar la realidad del territorio en el que está inserto. Para este fin se articula una dimensión educativa, cultural, social, patrimonial, ambiental y productiva industrial”. (PTI-C, 2022)

En el 2016 comienza a funcionar incipientemente la Mesa Social del PTI-C, pero es en el 2017 que se presenta como tal y comienza el despliegue de su accionar. En este año conjuntamente desembarca la Huerta ‘Los Compañeros’ en el predio del PTI-C.

Desde los primeros momentos se comparten los espacios físicos del área verde del PTI-C con otros emprendimientos que hacían uso de las instalaciones. Los mismos eran: Lombricultivo “La yerba no es basura” (CUI - LATU), Vivero “El Ombú” (Cooperativa de trabajo). En este momento se compartía el invernáculo con la cooperativa que gestiona el vivero.

La huerta funcionaba tres días a la semana, cada jornada era de tres horas. Participaban de la misma diez personas usuarias/os del taller los “Compañeros”. El equipo técnico estaba compuesto por una psicóloga de área, dos psiquiatras de adultos/as, una trabajadora social y una practicante de psicología (convenio Facultad de Psicología - ASSE). Si bien esta iniciativa como objetivo inicial tenía la idea de ser un espacio de inclusión sociolaboral, en sus comienzos lo producido fue destinado para autoconsumo de las/los usuarias/os participantes. Visualizándose dificultades para el traspaso de un dispositivo socioproductivo a uno sociolaboral.

#### ***4.3 Entre la consolidación, la participación y los reconocimientos***

En marzo del 2018 nos sumamos al equipo referente, dos estudiantes de psicología y un integrante de la OUSO, recientemente también se había incorporado una practicante de psicología por el convenio de Facultad de Psicología y ASSE y a mediados del año se suma una estudiante de antropología que vivía en la zona del Cerro.

En abril se dan las primeras integraciones de usuarios de la huerta a servicios externos al dispositivo. Las mismas se realizan a los siguientes espacios: apoyo educativo (Programa de Fortalecimiento Educativo - ANEP), aquellas personas que quisieron acreditar primaria, informática (UTU - ANTEL - PTI-C), canto y guitarra (ANEP - PTI-C) y al espacio de cultura corporal (ISEF). Con cada equipo se realizan coordinaciones sistemáticas para el apuntalamiento de los procesos inclusivos.

A medida que se afianzaron los vínculos entre los participantes entre sí, con el equipo referente y a la interna del mismo, se comenzaron a visualizar el despliegue de nuevas situaciones, configurando nuevos roles que permitieron el surgimiento de nuevas subjetividades. Desde vínculos de noviazgos, relaciones de amistad que se instalaron, así como estrategias colectivas para sostener en situaciones vitales difíciles, como una enfermedad de algún familiar, participantes que no sabían realizar el recorrido desde su casa a la huerta solos, etc.

Durante el 2018 se comienzan a producir derivaciones al espacio de huerta por actores nuevos, organizaciones sociales del territorio, desde el ámbito de salud pública y privada, así como la participación de vecinos con interés y expertís en huerta.

En el mes de octubre de 2018 se participó en el Segundo Encuentro Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental, se realizó del 9 al 11, teniendo como sede la ciudad de Montevideo. Se integró una mesa panel, exponiendo lo realizado hasta el momento y se formó parte de una feria de emprendimientos realizada en la explanada de la UdelaR. Para este encuentro se decide armar un logo que identifique a los participantes de la experiencia.

En diciembre se incorporan al equipo de referentes una pasante de facultad de agronomía (UdelaR), en convenio con la PTI-C y una estudiante de educación social del Instituto de educación social en carácter de militante social, ambas se suman al equipo de referentes con tareas asignadas de acompañamiento de los procesos singulares.

Durante el 2018 y 2019 en el Centro de Capacitación de PTI-C en marcado en la mesa social, espacio de construcción colectiva del cual participan referentes de la huerta, se instaura un Espacio de Formación Integral (EFI) “Prácticas Colectivas de Participación”. Es llevado adelante por docentes de varios servicios de la UdelaR. Se tiene una aproximación a la concepción metodológica planificación-gestión integrada y participativa. Luego de la formación en esta metodología, la misma es tomada como referencia para el desarrollo en los diferentes espacios del dispositivo de huerta.

Como punto de partida en las nuevas incorporaciones al espacio de huerta, la problematización a la interna del equipo de referente, los intercambios en las asambleas, la identidad del grupo que se sigue conformando y fortaleciendo, los debates en el encuentro, las distintas instancias de las que se formó parte, se comienza a identificar que la forma de denominación a quienes participaban de la experiencia no era la que más estaba representando al grupo. Si bien la experiencia desde un principio se originó como una línea de trabajo específica del equipo comunitario de salud mental, estaba tomando otras dimensiones y complejidades. Se dejó de denominar usuarios/as del espacio de huerta, para pasar a denominar participantes a todos/as quienes se integraban concretamente a la huerta “Los Compañeros”.

#### **4.4 Ampliando la huerta. Momento de marchas, ferias y viajes**

Del trabajo en conjunto con la administración del PTI-C, la participación en la mesa social y la sinergia que venía en amplio desarrollo entre diferentes actores, se concreta la idea del armado de un Área Agroecológica en el área verde. Alineados con la idea del parque como instrumento de desarrollo, de inclusión social y transformación territorial, es

que se fortalece la dimensión ambiental del mismo, con una perspectiva de base agroecológica, aportada por los colectivos que hacen uso de dicho espacio. Implicó sumar canteros a los ya existentes, la construcción de dos salones de bioconstrucción, la colocación de riego, la compra y colocación de tanques para juntar el agua, colocación de una carpa para la producción de hongos comestibles y otros fines. Esta infraestructura se sumaría al invernáculo que compartían una cooperativa de trabajo y el grupo de huerta los compañeros.

Esto fue utilizado para centrar la tarea en la producción de plantas con fines de proyectar la venta en distintas ferias. Si bien en el 2018 se había tenido alguna experiencia concreta al respecto, durante el 2019 se sostuvo algunos meses un stand todos los domingos en la feria vecinal del Cerro. Se armó un grupo estable para dicha tarea contando con 4 o 5 participantes y 1 o 2 referentes por jornada. Los lugares en la avenida principal de la feria ya estaban reservados, se escogió una de las avenidas laterales, utilizando el frente de la casa del referente de la OUSO, se priorizó ese lugar por la facilidad de traslado de las plantas y demás materiales. El stand se colocaba de 9 am a 15 pm. Se vendían plantas con macetas en su mayoría realizadas para la ocasión en un taller de reciclaje al cual asistían algunas de las participantes. La reproducción de plantas, la planificación del armado del stand, la venta y el manejo del dinero eran tareas ejecutadas por los/las participantes con la orientación mínima posible por el equipo referente. Esto también requirió una planificación en la colocación y retiro de los apoyos necesarios para el desarrollo progresivo de autonomía.

Paralelamente a esta línea de acción del dispositivo y en el marco del cronograma del proyecto de extensión se realizaron múltiples visitas a huertas y emprendimientos tanto en Montevideo como en otros departamentos. Para las visitas se hizo hincapié en la participación de los familiares de cada participante, la dirección del PTI-C así como también de referentes de ASSE.

En diciembre del 2019 se inauguró el Área Agroecológica del PTI-C y una planta de clasificación pegado al invernáculo. Se aumentó considerablemente la extensión de los canteros para plantar y se incorporaron otros actores en el uso del espacio. Se comenzó a realizar una ampliación de las articulaciones con diferentes centros educativos del territorio que comenzaron a realizar visitas y trabajo en huerta en el marco de los programas de ANEP.

El 12, 13 y 14 de septiembre de 2019 se realizó en Rosario - Argentina el 3er Encuentro Latinoamericano y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental. Desde Montevideo salieron tres ómnibus integrados por estudiantes y docentes de Facultad de Psicología (UdelaR), participantes de diversos colectivos y emprendimientos relacionados con la temática del encuentro y dos integrantes de la dirección de ASSE. Desde el oeste de



Montevideo participaron los tres colectivos que constituyen Movimientos para las Autonomías.

Junto al colectivo Radio Vilardevoz se completó un ómnibus entero. Para la gran mayoría de los participantes significó la primera vez que salieron del país. Esto se pudo concretar en lo económico por el apoyo recibido desde ASSE y el trabajo en la feria y aportes personales de algunos integrantes que autofinanciaron su pasaje. Para concretar el viaje se realizaron encuentros intercolectivos y se participó en la coordinación con el resto de las personas que iban a viajar realizando reuniones en la Facultad de Psicología. Esto permitió que la experiencia del viaje, la convivencia y la participación del encuentro y la marcha que se realizó, fueran experiencias que se evaluaran muy positivamente por las/los participantes.

#### **4.5 Romper con el encierro. Pensando lo laboral desde el deseo**

Luego de un año de participación como referentes del dispositivo, los tres estudiantes avanzados en psicología, con el apoyo y orientación del resto del equipo que conforma esta experiencia alternativa en salud mental, decidimos presentar un proyecto de extensión universitaria. Se buscó centrar el trabajo en uno de los ejes iniciales del mismo, lo productivo laboral.

Si bien el dispositivo en sus inicios, posterior a la presentación del Plan de Inclusión sociolaboral de enclave territorial oeste para personas con discapacidad psicosocial el trabajo era una de las dimensiones a abordar, el desarrollo se vio ampliado a otras dimensiones, produciendo inclusiones en diferentes ámbitos, lo educativo, lo cultural, la salud en general, entre otros. Esto en cierta medida produjo un descentramiento de la dimensión laboral que busco retomar el proyecto de extensión presentado.

En este momento el equipo estaba conformado de la siguiente manera: una médica de familia, dos psicólogas, un psicólogo, una pasante de agronomía, una estudiante avanzada de educación social, una de antropología, un integrante de la OUSO y los tres estudiantes de psicología. A su vez se contaba con el apoyo del ECSM de la policlínica de Maracaná Sur, a través del abordaje individual de los usuarios/as y de sus familiares llevadas adelante por dos psiquiatras de adultos/as y una licenciada en trabajo social, coordinadora de la policlínica anteriormente mencionada.

En este momento el colectivo Compaz siguiendo a Viera (2020): formaba parte del dispositivo promotor de salud territorial, el cual, a lo largo del tiempo se ha ido ampliando y consolidando, desde un quehacer desmanicomializante que se sustenta y moviliza en la lucha por los derechos humanos y por la convivencia en la diversidad de subjetividades. (p. 12-13 )

En el mes de septiembre se presenta y aprueba en el marco del llamado a proyectos de extensión universitaria, de la comisión sectorial de extensión y actividades en el medio (CSEAM) de la Universidad de la República el proyecto, "Romper con el encierro: Experiencia socioproductiva en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro (PTI-C), Huerta "Los Compañeros". El objetivo general fue "Fortalecer y potenciar el dispositivo socio-productivo Huerta orgánica "Los Compañeros", tanto en el funcionamiento interno como su desarrollo hacia un emprendimiento laboral, desde un enfoque de derechos humanos" (De Oliveira et al., 2018, p.7)

Tuvo como orientador académico del proyecto al Prof. Agdo. Dr Luis Giménez, integrante del programa "Concepciones, determinantes y políticas en salud" del Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, UdelaR. El proyecto se desarrolló de marzo a diciembre del 2019.

En cuanto a los objetivos específicos fueron: Contribuir a la resignificación del rol de trabajador/a en los usuarios/as participantes de la huerta. Potenciar la toma de decisiones, planificación y ejecución de las tareas, para la mejora en el funcionamiento de la huerta en articulación con las redes territoriales y conocer otros dispositivos socio productivos y laborales ya existentes en el territorio nacional, estimulando la conformación de redes y el fortalecimiento del espacio de huerta.

Para el cumplimiento de dichos objetivos se identificaron líneas de acciones que en sinergia con los anteriores apuntaban al cumplimiento de los mismos. Se buscó promover el desarrollo de las potencialidades e intereses de los/las usuarios/as en cuanto al ámbito laboral, problematizando la desestigmatización entre los propios participantes, sus familias y la comunidad. Propiciar capacitaciones sobre herramientas técnicas vinculadas a la huerta y a las diversas formas colectivas de organización articulando los recursos comunitarios existentes. A su vez se priorizo el intercambio con otros emprendimientos socio productivos y laborales.

Se partió de la consideración que los centros de atención y rehabilitación se encuentran con dificultades para elaborar, llevar a cabo y sostener programas de egreso que trabajen articuladamente y en red con los recursos presentes en el territorio. A su vez, los programas de egreso se ven limitados por la falta de alternativas extra institucionales, no se cuenta con los recursos ni con los dispositivos inclusivos necesarios para abordar y atender de forma integral las dificultades por las cuales atraviesa una persona con discapacidad psicosocial (Del Castillo et al., 2011,p. 12).

Por esta razón potenciar los dispositivos sustitutos que apuesten a un cambio de paradigma en salud mental, en el que se trabaje desde una perspectiva inclusiva, comunitaria, de redes y en clave de derechos se considera fundamental para la concreción

del cambio de modelo de atención y desinstitucionalización de las personas con padecimiento psíquico.

Si bien el proyecto de extensión en un comienzo se centró en el desarrollo de la experiencia en huerta, a medida que se instauraron espacios de intercambio sobre el deseo de algunos/as participantes, surgieron otros intereses y expertís que fueron configurando la intervención. Se concretó un emprendimiento incipiente en tejido, denominado “Tramas del Oeste”, un programa radial llamado Espacio H, en el marco de la radio comunitaria La Cotorra, un grupo de producción de papas, boniatos y calabazas en el predio del Parque de Actividades Agropecuarias (PAGRO - IM) y un grupo de reciclaje y producción de macetas para huerta.

#### **4.6 En época de pandemia. Experiencia de huertas en las casas**

Con la llegada de la pandemia en marzo del 2020 y posteriores restricciones en la movilidad, el dispositivo tuvo que indagar en otras maneras de llegar a los/las participantes, manteniendo el contacto, la atención y el acompañamiento en los procesos singulares. La experiencia que se viene desarrollando cuenta con distintas dimensiones a las que los participantes se integran dependiendo de sus deseos, intereses y procesos personales en pos de la construcción de autonomía, ampliando lo común, en busca del desarrollo de vidas dignas.

A medida que las restricciones de contacto social se profundizaron, los servicios de atención permanecían cerrados, se hacía presente la crisis sanitaria, económica y social. Desde el oeste, específicamente desde la dirección del PTI-C en articulación con la mesa social y los diferentes colectivos, organizaciones, instituciones, programas y vecinas/os que la integran, se fueron generando propuestas concretas para hacer frente a la difícil realidad que se presentaba. Movimientos para las Autonomías como parte de este entramado de relaciones también se vio afectado en el desarrollo de sus actividades.

Desde un primer momento se trabajó para llegar con canastas de hortalizas a los colectivos que ya venían funcionando, así como también con los insumos necesarios para que se pudieran generar huertas en las casas. Esto se amplió luego a personas que hicieron llegar el interés de formar o fortalecer sus huertas. En cada caso se relevó las necesidades y posibilidades para el desarrollo de la experiencia en cada casa. Se generaron lo que se le dio en llamar “kit huerteros”, que se armaban y entregaban casa por casa.

Complementariamente a esto se siguieron realizando encuentros y actividades por los medios virtuales con los que se contaban. Se armó un grupo de whatsapp entre los participantes, los referentes directos y se amplió a los referentes de los demás recursos

comunitarios en los cuales los participantes circulaban cotidianamente. Diariamente se compartían diferentes consignas en horas preestablecidas. Durante ese tiempo, en su mayoría con una duración de dos a tres horas, cada dupla de referentes estábamos “del otro lado”. Por lo general se iniciaba compartiendo el estado de situación de cada uno/una, se consultaba si alguien quería compartir algo sobre la actividad del día anterior, se anticipa la pauta para ese día y se desarrollaba la misma. Las propuestas versaron sobre diferentes temáticas y actividades. La maestra de apoyo compartía tareas en las que venían trabajando, el profesor de educación física daba recomendaciones y propone actividades deportivas que se pudieran desarrollar en los hogares, alguna psicóloga manejaba recursos artísticos, la pasante en agronomía daba seguimiento a la producción de las huertas en casas y daba recomendaciones al respecto. Entre otros muchos aportes que fueron muy necesarios para esa tarea de sostenernos. Pero lo más significativo y difícil de transmitir se generaba en el propio intercambio de las experiencias de cada participante.

El “quédate en casa” no era para todas/todos una posibilidad real en su cotidianeidad. También se hicieron presentes las situaciones conflictivas intrafamiliar, la violencia de género, el abuso de sustancias, entre otras situaciones que también son parte de la vida de las personas participantes del dispositivo. Este periodo de pandemia, las herramientas utilizadas para asegurar la continuidad en la atención y desarrollo de la experiencia requeriría un apartado específico, pero no es el objetivo de este trabajo.

Retomar la actividad fue todo un desafío, cuando las medidas sanitarias se flexibilizaron, se pudo arrancar a asistir en grupos reducidos a la huerta. Huerta que necesito mucho tiempo y trabajo para retomar su “normalidad”.

#### **4.7 Pensando la implementación de la Ley de Salud Mental**

Movimiento para las Autonomías está caracterizada como una experiencia alternativa efectiva en el campo de la salud mental a nivel nacional. Así se desprende de los múltiples reconocimientos que recibió por parte de la institucionalidad, ASSE, OPS/OMS, Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), así como también el reconocimiento como un actor referente en el oeste de Montevideo. Uno de los ejes que se puede identificar en la experiencia es la organización del trabajo en red. Siendo algunos de los espacios de trabajo cotidianos en los que se participa:

- Mesa social del Oeste (ex mesa social del PTI-C)
- Mesa Local de Salud Mental (MLSM)
- Grupo Intersectorial de Salud
- Espacio de Gestión del Parque Público Punta Yeguas

En cada uno de ellos Movimiento para las Autonomías ha tenido una participación activa, propositiva y en mucho de los casos en primera persona, siendo no solo los referentes quienes hablan por el colectivo, sino los mismos participantes, en un ejercicio de roles complementarios, de construcción de ciudadanía. Es de destacar que actualmente uno de los participantes integra en carácter de representante de los usuarios, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental (art 39, Ley 19.529).

Para cerrar esta parte de reconstrucción vamos a mencionar uno de los espacios de participación y articulación territorial, la Mesa Local de Salud Mental del oeste. La MLSM y su Equipo Operativo están impulsando acciones hacia el conjunto del Municipio A, que se expresan en especial en un Programa de Salud Mental Comunitaria del Oeste, que aglutina distintas estrategias y líneas de trabajo. Actualmente existen líneas de trabajo en marcha y con cierta consolidación, como el dispositivo Sentidos: Espacio Integral de Atención en Salud Mental para las Adolescencias y la línea de trabajo hacia la prevención y posvención de las conductas suicidas. Así como también intervenciones articuladas con actores que trabajan temas específicos como primera infancia, personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, etc.

## **5. Análisis - Diálogo entre las experiencias**

Para comenzar este capítulo del trabajo final de grado entiendo pertinente hacer algunas aclaraciones previas. En los capítulos de contextualización y reconstrucción de cada una de las experiencias abordadas se optó metodológicamente por utilizar la terminología que se maneja por cada uno de los equipos técnicos para nombrar las personas usuarias del servicio.

De la forma de denominación de la población con la que se trabajó se desprenden marcos teóricos y epistemológicos que son base de sustentación, configurando roles de técnicos, usuarios y demás actores del proceso de atención.

Las concepciones de los modelos sanitarios, los abordajes que subyacen a los mismos y los conceptos de salud y enfermedad están determinados por los contextos socio históricos y políticos en donde se producen.

Cómo nos relacionamos y entendemos el sufrimiento humano y específicamente las manifestaciones mentales de una realidad subjetiva y objetiva, está condicionada por esas ideas que en cierto momento de la historia conceptualizamos como normales o anormales.

Siguiendo a Najmanovich (2001) entendemos que el sujeto “no es una sumatoria de capacidades, propiedades o constituyentes elementales, es una organización emergente. El sujeto sólo adviene como tal en la trama relacional de su sociedad” (p. 110). Desde esta

visión entendemos que las formas singulares de padecer de los sujetos se hallan determinadas por factores biopsicosociales, políticos, económicos e históricos, en donde el ambiente y su trama de relaciones cumplen una función estructurante.

El campo en donde se inscribe este trabajo final de grado es por esencia complejo, en tensión, por lo que es necesario identificar los marcos referenciales desde donde pensamos, sentimos y hacemos.

Una de las tensiones que podemos identificar que están presente tanto en la Ley de salud mental y se reproducen en las prácticas, hacen referencia a las formas de concebir lo que es una enfermedad mental y por ende como debería ser su abordaje.

A simple vista podemos pensar que la mayoría de las personas estamos sanas, somos normales y un pequeño grupo de esa mayoría presenta algún tipo de patología que lo inhabilita para el normal desarrollo de las funciones que nos exige la vida en sociedad. El problema se dispara cuando consideramos a la enfermedad mental desde un punto de vista histórico y cultural. (Techera y Apud, 2013, p. 32)

A grandes rasgos hay dos posiciones opuestas de entender lo que se denomina enfermedad mental, de la que se desprenden abordajes distintos. Siguiendo esta línea de pensamiento, encontramos que lo que está de base son diferentes concepciones del ser humano, que responden a paradigmas concretos.

En términos epistemológicos podemos ubicar al paradigma positivista, el cual ha hegemonizado el campo de la salud mental desde el advenimiento de la modernidad. Centra su accionar en encontrar relaciones causales, constantes y universales, en donde toma relevancia los aspectos biológicos, por lo que la enfermedad mental se asocia a enfermedades del cerebro. En este caso los procesos socio-culturales e históricos son subsidiarios a los aspectos de orden biológico (Perez, 2013, p. 153). Un aspecto que se ve profundizado en la actualidad a raíz del avance de las neurociencias, la farmacología y la genética, que al decir de Stolkiner (2001) “es transformado en una ideología objetivante que reduciría los padecimientos a disfunciones orgánicas individuales” (p. 6).

Con el advenimiento del paradigma de la complejidad y la propuesta del pensamiento complejo de Edgar Morin se cuestiona fuertemente algunos planteamientos epistémicos en el campo científico en general.

Las ciencias humanas y/o sociales se vieron permeadas por esta propuesta, que como centro podemos destacar la evitación de descripciones, explicaciones y concepciones simplificadoras y reduccionistas de los fenómenos. Posicionados desde este paradigma, podríamos decir que el ser humano siempre es singular e histórico, con múltiples fuentes para la construcción de su conducta y el desarrollo de su subjetividad. En este caso, la salud y la enfermedad es un proceso continuo que, para entenderlo, es necesario hacerlo

siempre en relación con la historia del sujeto, en un tiempo- espacio determinado, en donde toma relevancia la producción de sentido (Galende, 2008).

En las construcciones teóricas técnicas que se desprenden de los paradigmas antes mencionados, se pueden identificar abordajes y prácticas específicas que se despliegan en los servicios y dispositivos.

Partimos de la base de observar en la realidad nacional como estos dos paradigmas y sus derivados coexisten y se plasmaron en la ley de salud mental que está vigente en Uruguay. Por esta vigencia es que consideramos importante precisar el desarrollo de servicios que se ubican en un mismo modelo de atención, pero que cuentan con bases paradigmáticas distintas.

Este es uno de los aspectos que podemos observar en las tres experiencias abordadas, así como también está presente el diálogo entre los mismos, ya que ninguno de los modelos se presenta por sí solo aisladamente, existiendo cierto grado de permeabilidad en la práctica concreta. En este aspecto radica parte de la tensión del “campo de problema” en donde se desarrolla esta producción.

Al hablar de campo de problema tomamos los aportes de Fernández (1993) quien plantea:

Un "campo" de problemas supone una resistencia activa a reducirse a alguno de los elementos heterogéneos que lo componen. Su producción de conocimientos se inscribe no sólo en sus historicidades de hecho, sino en la indagación crítica de las mismas. Se compone de estrategias discursivas y extradiscursivas en un campo o constelación de sentido determinada. (p. 260)

En este sentido, nos interesa indagar cómo las bases paradigmáticas de cada experiencia interactúan en este campo, generando sentidos, delimitando roles y funciones en los distintos actores que se plasman en los abordajes.

## **5.1 El modelo de atención comunitario en salud mental**

Partimos de identificar en el plano nacional la coexistencia de tres modelos de atención diferentes, el modelo asilar, el modelo hospitalocéntrico y el modelo comunitario. Al hablar de modelo de atención nos referimos a un instrumento que ordena y orienta las prácticas, en base a un marco teórico. En este apartado nos centraremos en el modelo de atención comunitario, entendiendo necesario hacer algunas breves apreciaciones sobre los otros dos modelos.

En cuanto al modelo asilar-manicomial a nivel nacional se pueden rastrear sus antecedentes en el siglo XVIII, en el Hospital de la Caridad, pero el punto inaugural es la

apertura del Manicomio Nacional en 1880, que posteriormente se denominó Hospital Vilardebó. (Techera et. al, 2013, p. 18)

La base jurídica de asistencia psiquiátrica fue la Ley 9581 “Ley del Psicópata” de 1936. Posteriormente hubo otras reglamentaciones que se sumaron a complementar jurídicamente la asistencia y la hospitalización.

Este modelo se basa en instituciones de carácter custodial, de contención y de asistencia a la enfermedad. Se desprenden prácticas y abordajes restrictivos, centrados en los aspectos biológicos de la enfermedad, que no tienen en cuenta en la mayoría de los casos a la familia, ni el entorno de la persona con sufrimiento psíquico. Cuando existen actividades, las mismas no se centran en los aspectos terapéuticos, sino en entretener, priorizando la organización del tiempo institucional. Las personas usuarias no cuentan con espacios en donde tomar decisiones en cuanto a su cotidianeidad.

En el caso del modelo hospitalocéntrico, nos referimos a una forma de organizar la atención en donde toma relevancia el hospital. Las prácticas toman como eje de acción lo sanitario, en donde predomina la intervención médica psiquiátrica, jerarquizando la atención intensiva del momento crítico, en donde la perspectiva biopsicosocial tiene una práctica restringida y no siempre se concibe la respuesta en términos de proceso de atención.

Como se desprende del PNSM (2020), la distribución actual del gasto público en salud, centra parte importante de su financiamiento en estructuras que refuerzan los dos modelos anteriores, en desmedro del fortalecimiento del modelo comunitario.

La intersectorialidad, el trabajo en red, el abordaje interdisciplinario y la inclusión de la familia o allegados en los procesos, son algunos de los elementos que desde una práctica clínica, asistencial y tradicional desde el hospital no se pueden realizar, teniendo poca eficiencia y eficacia en cuanto al uso público de los recursos económicos. Es necesaria la profundización de la estrategia de atención primaria en salud con priorización del primer nivel de atención.

En cuanto al modelo de atención comunitaria en salud mental, podemos rastrear sus antecedentes en grupos de usuarios y familiares que históricamente se organizaron para reivindicar una necesaria transformación de las condiciones deplorables de atención que sufrían las personas recluidas en los manicomios y en la conformación de los diferentes movimientos de reforma psiquiátrica que se multiplicaron en todo el mundo en la década del 60 principalmente. Movimientos de reforma que tuvieron diferentes características de acuerdo al país, en muchos casos se concretaron en nuevas leyes de salud mental y transformaciones de la atención psiquiátrica. Si bien algunas de las reivindicaciones eran concretar el cambio de modelo mediante nuevas leyes, plantean que no son suficientes las mismas, y que las lógicas manicomiales se pueden reproducir en las estructuras



alternativas que proponen, si las transformaciones no son acompañadas por un cambio cultural.

Para cambiar las modalidades de atención de los llamados trastornos mentales con énfasis en el respeto de los derechos humanos y atención integral en la comunidad, Perez (2013) identifica tres hechos fundamentales que fortalecieron el surgimiento de este modelo: “a) el desarrollo de diferentes movimientos contra-culturales de la pos guerra; b) El surgimiento de los neurolépticos en el año 1953; c) un fuerte impulso a partir de la declaración de Alma Ata del año 1978 sobre la atención primaria de salud” (p.157)

A nivel nacional podemos rastrear el primer intento de acercamiento al modelo comunitario de atención en salud mental como estrategia, modelo organizativo, asistencial y teórico en el Plan de Salud Mental de 1972, que no se llegó a concretar por la irrupción de la dictadura cívico militar que sacudió la realidad nacional hasta el 1985, y paralizó este avance que se venía gestando. Luego de la apertura democrática se retoman las líneas del anterior plan y desde el Ministerio de Salud Pública se aprueba en el 1986 el Plan Nacional de Salud Mental, que contó con los aportes de diversas organizaciones, la academia, sociedades científicas y gremios. Permitted ciertos avances en la implementación del modelo comunitario, con la creación de equipos de salud mental en hospitales generales, la creación de centros de rehabilitación, descentralización de los servicios hacia el interior del país, la creación de equipos comunitarios en salud mental, etc. (Gines, 2013)

Estas modificaciones se fueron acompañando de declaraciones, conferencias, pactos en diferentes organismos internacionales que Uruguay ratificó, siendo algunas de las más significativas la Declaración de Caracas (1990), los Principios de Brasilia (2005), Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (2006).

La Ley 19.529 de Salud Mental desde una perspectiva de derechos humanos en el marco del SNIS, el Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027) y la Ley 18.211 configuran los instrumentos jurídicos más significativos desde los cuales desplegar las acciones para el cambio de modelo de atención de base comunitaria.

El PNSM pone énfasis en la participación de la población usuaria y sus familiares, reconociendo a las personas con problemas de salud mental como sujetos de derechos. Se centra en la inclusión socio comunitaria e implica el ejercicio de derechos en un enfoque integral. En ese sentido el plan expresa que “El estigma, la marginación social o laboral afecta derechos ciudadanos, sumándose factores como la pérdida de redes y/o vínculos, así como la falta de autonomía para tomar decisiones, todo lo que complejiza los procesos de recuperación”. (MSP, 2020)

El hecho de territorializar los servicios no define el modelo, se refiere principalmente a que la atención de salud mental está inmersa y activa, en relación con la realidad comunitaria. Si bien el espacio físico en donde se desarrolla la atención es importante, ya

que se relaciona con la accesibilidad, son las prácticas que se despliegan lo más determinante en el desarrollo del mismo. Existe un amplio consenso en considerar que la atención se debe concretar a través de estructuras de salud general como forma de mejorar el acceso, y al realizarse de forma integrada tiende a minimizar el estigma. También son necesarias estructuras especializadas de diversas características que tomen como base las necesidades de la población. El modelo debe desplegarse en todos los niveles de atención, con mecanismos claros de articulación para garantizar el continuum asistencial y la integralidad.

Consideramos importante cuestionarnos sobre las ideas que tenemos sobre el trabajo comunitario, cómo lo entendemos, qué significa desarrollar un trabajo en y con la comunidad, cuáles son nuestras ideas sobre la producción de salud en los espacios colectivos, cómo se toman las decisiones y con qué herramientas metodológicas. Para el efectivo cambio de modelo de atención entiendo necesario reflexionar sobre estas interrogantes y otras, que necesariamente suelen surgir al trabajar, compartir y construir colectivamente. Encuentro en este modelo la posibilidad de ir desarrollando otra forma de relacionarnos con lo distinto, lo diverso, en donde podamos producir con ese “otro”, la posibilidad de un “nosotros”, y porque no, otra forma de entender el padecimiento.

Como expresa Amarante (2015) “si rechazamos conceptos arcaicos... y nos dirigimos a las personas y no a sus enfermedades, podemos vislumbrar espacios terapéuticos en los que sea posible escuchar y acoger sus angustias y experiencias vividas, espacios de cuidado y de contención afectiva” (p. 39).

Una característica que se destaca del modelo de atención comunitario es la necesaria construcción de autonomía en los procesos singulares, y comunitarios. La autonomía, según explican Rebellato y Gimenez (1997):

no significa independencia total, sino protagonismo, constitución de sujetos, en dependencia con el entorno y el mundo. A la vez, la autonomía no puede pensarse como una situación en soledad, sino como condición humana necesariamente intersubjetiva. Las subjetividades se construyen en el diálogo con los demás, lo que, asimismo requiere redescubrir la autenticidad como exigencia del reconocimiento de la propia identidad y de la identidad de los demás. (p.19)

En este sentido, la entendemos como una condición humana que está en constante construcción, que no está dada, es en situación, por lo que toma relevancia el contexto socio histórico y político para su producción. Se hace necesario entonces reflexionar esta construcción en el marco de nuestro sistema civilizatorio hegemónico actual, en el que predominan valores como el individualismo y la competencia, desde una racionalidad instrumental predominante.

Las tres experiencias presentadas se ubican en el modelo de atención comunitario, desarrollado de forma particular, con distintos grados de avance en cuanto a las articulaciones intersectoriales, el trabajo en red, la articulación comunitaria, los abordajes para el desarrollo de autonomía y el ejercicio de derechos. En este sentido, es importante aclarar que dos de las experiencias se desarrollan en el marco del SNIS, en cambio la experiencia desarrollada en ARAPDIS, tiene como referencia otro marco jurídico. A su vez, un desarrollo histórico político específico que se enmarca en la realidad española y específicamente en la comunidad autónoma de Catalunya, en donde se destaca la coordinación en la configuración de la red de atención en salud mental.

En los tres ejemplos que se describieron, la atención se lleva adelante por equipos multidisciplinarios, trabajando interdisciplinariamente, teniendo a la persona como centro del proyecto terapéutico para la construcción de su proyecto de vida. Ponen el foco en la atención integral de la salud, en donde se prioriza la inclusión sociocomunitaria y el desarrollo de la autonomía y la autodeterminación. Con estos objetivos cada experiencia elabora en conjunto con la persona, su familia o allegados un plan de atención individual o en el caso del SRC un Plan individual de Rehabilitación y Reinserción. Las áreas, necesidades y requerimientos de cada sujeto se van actualizando en el proceso de atención a medida que se desarrollan las potencialidades, habilidades y deseos de cada persona. Se piensa en un proceso progresivo, en etapas que aumentan en complejidad. Se puede reconocer la intención de desarrollar prácticas con una perspectiva de derechos humanos, en donde el sujeto es activo creador del proceso.

Se reconoce que todo proceso de recuperación puede estar signado por avances y retrocesos, que responden en parte a las características intrínsecas de inestabilidad y dinamismo de la realidad humana, así como lo multifactorial que se interrelaciona para la producción del estado de bienestar. Se reconoce la incidencia de los determinantes sociales de la salud, y se tienen en cuenta a la hora de plantear las estrategias de atención, con mayor o menor referencia a los mismos.

Identifico en las tres experiencias la necesidad de asegurar el continuum asistencial para la mejora de la calidad de vida de las personas asistidas, no solo centrando las acciones en aspectos mentales de la salud, sino entendiendo la misma de forma integral.

Cada experiencia prioriza el trabajo grupal, pudiendo existir intervenciones individuales. Las acciones no solo se realizan en los recursos asistenciales, sino que se opta por la vinculación con recursos comunitarios. En el caso del SRC y la huerta por entornos próximos a donde viven los usuarios. Las tres experiencias parten del área de salud y se articulan con el área social, en y con la comunidad. En este sentido identificamos en la Huerta del colectivo Compaz un mayor énfasis del ámbito social.

En cuanto a la población que va dirigido el servicio o dispositivo, encontramos una mayor coincidencia entre el SRC y CDS.

En la formación de los profesionales, se visualizó un mayor desarrollo formativo específico en rehabilitación psicosocial en los técnicos intervinientes en el SRC, esto puede responder a que tiene un desarrollo mayor en ese país, existiendo la orientación en la formación en grado, posgrado y especializaciones en la mayoría de las disciplinas que comúnmente se encuentran en la atención en salud mental. A su vez, en el caso de la psicología, se orienta mayormente desde la corriente cognitivo conductual, aunque están presentes enfoques psicodinámicos también. En el caso de los técnicos del SRC cuentan con formación específica en psicología clínica con un enfoque integral en los servicios de salud.

En el caso de Catalunya se puede observar el desarrollo de un modelo comunitario de atención que cuenta con diferentes estructuras progresivas, con modalidades de articulación y coordinación consensuadas que tienden a la complementación de los recursos públicos y privados para asegurar el continuum asistencial y el despliegue de los procesos singulares de rehabilitación e inserción comunitaria. Sin embargo, el gasto público en salud sigue estando mayormente destinado a estructuras que refuerzan otros modelos de atención. A su vez, los servicios de rehabilitación psicosocial siguen sin cubrir una gran parte de la población que se podría beneficiar con este tipo de estrategia e intervenciones.

Se identifica que desde la década del 90 ha habido un cambio en la forma de entender la prevención de la discapacidad y la rehabilitación psicosocial que ha marcado un tránsito desde una mirada que las considera “como objetivos finales de una intervención adecuada en salud mental; hacia otra que, influida por la perspectiva de derechos humanos y de apoyo al ejercicio de estos, busca la recuperación e inclusión sociocomunitaria como metas”. (Ministerio de salud de Chile [minsal], 2018, p. 31)

Tanto en el CDS como en el SRC se visualiza que los usuarios llegan a este tipo de servicios luego de años de presentarse las primeras manifestaciones de sufrimiento psíquico, con las consecuencias que se desprenden de los mismos tanto en el área formativa, social y por consiguiente laboral. A esto se le suma los años de estigma padecidos por la persona y su familia, lo que repercute fuertemente en los procesos de recuperación y resignificación de las experiencias. El estigma que la sociedad reproduce da paso en muchos casos al autoestigma, siendo este uno de los aspectos más negativos para los sujetos con padecimientos psíquicos, en donde identifico que más trabajo hay para desarrollar al respecto desde este modelo.

Podemos encontrar en las tres experiencias presentadas características que se orientan en el modelo de recuperación. En este sentido, entiendo necesario hacer una aclaración al respecto. Este modelo no se nombra en la Ley 19.529, pero se toma en

distintos documentos del MSP. A nivel nacional encontramos referencia al mismo, pero se tiende a utilizar de forma indistinta, asociando la rehabilitación psicosocial al modelo de recuperación. Si bien comparten algunas características, el modelo de recuperación tiene una construcción histórica paralela a la rehabilitación psicosocial. En cuanto a sus orígenes como movimiento de recuperación, se remontan a distintos colectivos que reivindicaban por derechos civiles, y movimientos que se autodenominan supervivientes de la psiquiatría, críticos con la vulneración de derechos humanos. Dentro de las reivindicaciones, se identifica la necesidad de cambiar el sistema actual de diagnóstico categoriales por sistemas dimensionales, como por ejemplo los usados desde el 2018 por la British Psychological Society.

Podemos identificar un desarrollo teórico en primera persona que pone énfasis más allá de los tratamientos y la asistencia, priorizando los recursos de cada persona, la inclusión social, el ejercicio de derechos para fortalecer las capacidades singulares. Siguiendo a Sampietro (2020) que señala sobre la experiencia en países anglosajones cuando el modelo de recuperación “se intenta aplicar sin una perspectiva de derechos humanos, se generan distorsiones que terminan siendo barreras para los procesos de recuperación de las personas y, a menudo, agravan los sufrimientos y los problemas de salud mental” (párr. 5). En este sentido me pregunto si la adopción del modelo de recuperación a nivel nacional responde a una demanda sentida y expresada por los usuarios de los servicios, o una “innovación” técnica. En ambos casos, el eje central de la participación, va ocupar un lugar distinto en los abordajes de los servicios, así como también las necesidades individuales y colectivas de las personas en recuperación en la organización de los mismos.

## **5.2 ¿Qué lugar se le asigna a la inclusión laboral?**

Como hemos querido reflejar en los capítulos anteriores, en los distintos momentos de la historia, y a modo que avanzaba el conocimiento científico, las teorías se fueron modificando y con ellas los abordajes, en un proceso no exento de conflictos y contradicciones con diferencias significativas dependiendo de las realidades nacionales. En los distintos procesos de reforma, el trabajo ha tenido un papel central, como marco para la desinstitucionalización.

Según se plantea en el Plan Nacional de Salud Mental (2020), el modelo comunitario implica el ejercicio de los derechos “abordando las necesidades de esta población con un enfoque integral. El estigma, la marginalización social o laboral afecta derechos ciudadanos, sumándose factores como la pérdida de redes y/o vínculos así como la falta de autonomía para tomar decisiones”. (MPS, 2020). Siendo el trabajo uno de los derechos que

frecuentemente están vulnerados, nos interesa centrarnos en identificar cómo es abordada esta área desde las experiencias presentadas, que previamente ubicamos dentro del modelo comunitario de atención.

Para esto tomamos los aportes de Andrade (2013, citado por Cardozo, 2018) quien plantea que el encuentro del trabajo y la locura ha tenido distintas características: “el trabajo como recurso terapéutico sometido a la autoridad médica; el trabajo como recurso terapéutico, pero no disciplinar sino como instrumento de rehabilitación e inserción social; y el trabajo colectivo como emancipador (el trabajo como derecho)” (pp. 40).

En cuanto al lugar que se le asigna a la inclusión laboral en cada una de las experiencias, encontramos algunas diferencias que se desprenden de la ubicación en el organigrama institucional del que forman parte. Es necesario precisar que dos de las experiencias se desarrollan en el tercer nivel de atención y una en el primer nivel.

En el caso de ARAPDIS, como se desprende de sus estatutos de fundación, el área laboral ha sido uno de los ejes de trabajo para la inclusión plena de los individuos en la sociedad. Si bien en el tiempo el organigrama ha tenido modificaciones, se puede visibilizar en el desarrollo de propuestas de carácter prelaboral, de trabajo protegido y asistido en los Centro Especiales de Trabajo (CET), así como también los resultados en la inclusión en empresas ordinarias, tanto públicas como privadas. Se utiliza la metodología de empleo con apoyo, donde el abordaje se despliega en etapas sucesivas que avanzan en complejidad, existiendo una red de recursos articulados para ese fin. Además, si bien se reconoce que no todos los usuarios tienen la inclusión laboral como principal objetivo en su proceso de rehabilitación y reinserción, si se tiene como posibilidad para aquellos que sí se lo plantean.

Se concibe el trabajo como derecho, no sujeto a las lógicas disciplinarias, pero se destaca como recurso terapéutico en el marco de un proceso de rehabilitación e inserción, en la mayoría de los casos como una etapa avanzada del mismo. La evaluación clínica tiene relevancia para la efectivización en las formas de realizar la inclusión.

No se visualizan en el transcurso de la pasantía el desarrollo de emprendimientos sociolaborales que apunten a la inclusión económica bajo formas autogestivas.

Algunas de las dificultades que se desprenden de esta experiencia, tiene relación con la fuente de financiación. A lo largo de los años, han pasado por periodos en que la inversión pública en salud se vio resentida a nivel de la Comunidad Autónoma. Las diferentes crisis económicas, así como los sucesivos cambios de gobiernos han hecho que distintas áreas de la asociación tengan avances y retrocesos en el despliegue de los distintos servicios.

El desarrollo del modelo sanitario y la asistencia integral en salud ha tenido en las diferentes regiones de España un desarrollo dispar. Existiendo regiones donde lo privado ha cooptado gran parte de la estructura sanitaria a desmedro de la estructura pública en salud.

Identificándose con el rótulo de rehabilitación psicosocial una diversidad de prácticas, que difieren en sus abordajes.

En cuanto al Centro Diurno Sayago, no cuento con datos actualizados donde se realice un seguimiento específico de esta área. Se considera que la reinserción laboral puede ser parte del plan terapéutico, principalmente para aquellos que se ubican en la etapa de pre-egreso y egresados, pero se identifica a grandes rasgos que hay una exclusión del mundo del trabajo en la gran mayoría de los usuarios del centro. Hasta el momento de finalizada mi pasantía la única experiencia pre laboral en la que formaba parte el CDS era la del programa “Un Libro Un Abrazo”.

La creación de una experiencia de inclusión laboral que se desarrolle con los recursos técnicos del centro no es un objetivo institucional identificable actualmente. Lo que hace el CDS es articular con programas externos que apunten a la inclusión laboral y en los cuales tienen prioridad de ingreso los usuarios del centro. Las iniciativas con las que se tiene mayor contacto son las siguientes: pasantías en cocina y huerta en el Hospital Vilardebo, Taller de Empleabilidad del Programa Ceibo y Cooperativa Social Águila Blanca. También se tiene prioridad para cursos que se realizan en la órbita de INEFOP, que tienden a la empleabilidad.

En estos casos, cuando llegan las propuestas o se abre algún cupo en algunas de los programas, se debate en reunión de equipo quienes serían los que se pudieran beneficiar, teniendo en cuenta, entre otras cosas, el tránsito en su proceso de rehabilitación. Se realiza una reunión con el usuario/a y se le comparte en detalle la propuesta. Posteriormente se realizan las coordinaciones con los equipos técnicos de los programas.

El ingreso a estas iniciativas, según el equipo técnico, no solo tiene una implicación individual para la persona que se integra, sino que por lo general tiene una incidencia a nivel familiar, grupal e institucional.

A raíz de esto, en mi tránsito por la pasantía este eje fue de especial interés, y me llevó a reflexionar si dentro de los objetivos institucionales no debería ser este eje reforzado.

Como fue mencionado anteriormente, a nivel nacional los centros de rehabilitación encuentran mucha dificultad en planificar programas de egreso. Los usuarios y sus familias se encuentran durante años transitando por un proceso que llegando a las últimas etapas se restringe mucho en sus posibilidades para una inclusión plena en la sociedad. Uno de los elementos que pude identificar fue la exclusión del mundo del trabajo, como factor determinante para la generación de proyectos de vidas dignas. El CDS se conformó como una comunidad terapéutica, que prioriza el grupo, el trabajo sobre lo cotidiano y la generación de nuevos roles, en ese sentido me pregunto si no debiera ser el pasaje de usuarios a trabajador uno de esos nuevos roles que se debieran fortalecer. A nivel nacional

tenemos la experiencia del Centro Martínez Visca a través del Programa Ceibo que son una referencia que se pudiera replicar.

En cuanto a la huerta del Colectivo Compaz, desde sus inicios surgió como propuesta de los participantes, con objetivo inicial de ser un espacio de inclusión sociolaboral. En sus comienzos lo producido fue destinado para autoconsumo, visualizándose dificultades para el traspaso de un dispositivo socioproductivo a uno sociolaboral.

Algunas de las dificultades identificadas se desprenden de los propios recorridos singulares de los participantes, que en el marco del plan de atención individualizado no se proponen, al menos en ese momento inicial, el objetivo manifiesto de la inclusión al mundo del trabajo como meta en sí. Este es un aspecto que da cuenta del dispositivo en general y quienes se integran a la experiencia de huerta del Colectivo Compaz específicamente, lo hacen desde sus propios intereses y motivaciones.

En este sentido es importante comentar que una parte de los participantes cuentan con pensión por incapacidad, lo que entiendo que es un aspecto a problematizar en este tipo de dispositivo, qué significado se les da, cómo se ubica singularmente frente a esa prestación y qué relaciones se generan.

Durante estos años el eje formativo-educativo de Movimiento para las Autonomías fue uno de los que más se pudo fortalecer, lo que llevó a que muchos de los participantes optarán por formaciones en otras áreas, como la panadería, la carpintería, el tejido entre otras. Esto si bien es valorado muy positivamente, también produjo que sean menos quienes de forma sistematizada se formen, participen y exploren por el lado de la huerta como posible salida laboral.

Si bien actualmente no se tiene la información de la ficha técnica actualizada se proyecta un trabajo de sistematización de la información que arroja la ficha en las distintas áreas. Para esta tarea se va a contar con el apoyo de la coordinadora de la maestría de Psicología Social de la Facultad de Psicología, Adriana Molas. Ese trabajo de sistematización puede ser una fuente importante para pensar la temática de la inclusión laboral, tanto del estado de situación como para proyectar un trabajo al respecto con eje en lo laboral y la inclusión económica.

La organización del trabajo en red es uno de los potenciales que se visualiza en esta experiencia. El estar en contacto y contar con el asesoramiento de los dispositivos que se viene desarrollando en esta área en la provincia de Santa Fe, Argentina es un aspecto que permite seguir trabajando el desarrollo de los emprendimientos productivos laborales.

La viabilidad económica necesaria para el paso de un proyecto socioproductivo a uno sociolaboral sigue en tensión. Dejando al descubierto la necesidad de pensar la asistencia y la producción en emprendimientos con similares características. A nivel



nacional existen pocos trabajos sistematizados sobre dispositivos de inclusión laboral que puedan aportar marcos de referencia para el desarrollo de este tipo de iniciativa, que contemplen la especificidad de las personas con padecimientos psíquicos. Pensar políticas públicas laborales e intersectoriales es una necesidad que se desprende de la realidad de exclusión que vive la población con la que se trabajó. Si bien existe la figura de cooperativas sociales, la misma no fue pensada con la especificidad de esta población para el desarrollo de proyectos que sean sustentables y viables. Al respecto se identifica la necesidad de que las personas usuarias de los servicios de salud mental y sus familias, puedan formar parte de todo el proceso de elaboración de políticas al respecto.

En la medida que siga presente la exclusión al mundo del trabajo, entendemos que se sigue reproduciendo a nivel social la imagen estigmatizante del loco como improductivo, incapaz, persona al que hay que darle cosas. Lo que atenta y vulnera los derechos, restringe los procesos de autonomía, no permite el desarrollo de otros roles socialmente valorados, limita la generación de proyectos de vida digna y restringe el desarrollo de un modelo de atención comunitario.

## **6. Aprendizajes y elementos a comunicar**

El tránsito por estas tres experiencias compartidas significaron en mi formación de grado un punto de inflexión en cuanto a mi postura ética y política sobre la temática de la salud mental. El contacto directo con servicios, dispositivos, equipos técnicos, instituciones, comunidades pero principalmente con familiares y usuarios - participantes, fueron determinantes en cuanto a mi deseo de desarrollo profesional y humano. La instancia de elaboración del trabajo final de grado y la necesaria reflexión sobre mi recorrido por las mismas, fue una posibilidad de profundizar teóricamente, así como también, de resignificar cada una de las experiencias en mi recorrido personal. En este apartado voy a retomar algunos de los aprendizajes que entiendo puedo compartir en este momento, sabiendo que los mismos no se restringen a esta elaboración, y que el proceso de elaboración y resignificación de las experiencias, internamente continua.

Algunas de las preguntas y motivaciones que me empujaron a vivir estas experiencias, entiendo que se fueron respondiendo en el desarrollo del TFG, otras, necesariamente siguen abiertas, siendo motivos de contradicción, de tensión y de búsqueda.

El apartado de análisis y diálogo entre las experiencias realizó afirmaciones, optando por ciertas posiciones en relación al tema, por lo que intentaré no ser reiterativo, y retomar aristas que entiendo que están más implícitas que explicitadas en esta producción escrita.

Si bien la formación teórica y académica en el campo de la salud mental es de crucial importancia, el componente práctico es determinante para el desarrollo del saber-hacer. Siendo este un aspecto de relevancia durante el transcurso de la formación de grado.

Las tres experiencias se ubican en el modelo de atención comunitario en salud mental, se desarrollan en diferentes niveles de atención, siendo el SRC y el CDS de tercer nivel y Movimientos para las Autonomías del primer nivel. Si bien la ubicación en el organigrama institucional en donde se ubican cada una de ellas, delimitan el campo de acción y el desarrollo más concreto, a grandes rasgos podemos afirmar que el trabajo en red, en y con la comunidad es un eje central en cada una de ellas. Siguiendo la bibliografía consultada, específicamente en lo que respecta a la experiencia española en rehabilitación psicosocial, encontramos algunas salvedades que pueden ser de utilidad para nuestra realidad nacional. El desarrollo del trabajo comunitario desde los centro de rehabilitación, ubicados en el tercer nivel de atención no debieran ir en desmedro del necesario trabajo comunitario de los equipos básicos del primer nivel. Esto es un tema a tener en cuenta, ya que la dinámica asistencial en consultorio, puede cooptar a los equipos comunitarios de salud mental, y a los equipos básicos de salud, casi siempre sobreexigidos por la demanda creciente de ese tipo de modalidades. Desde una mirada restringida de los procesos de salud, se suele priorizar la atención directa, quitándole importancia, que se traduce en tiempo, para la articulación y coordinación con la red de salud y otras. Esta situación la pude identificar cuando me sumé al equipo referente de la huerta. Siendo que al comienzo de la experiencia, habían dos psiquiatras y una trabajadora social con horas asignadas al desarrollo de la misma, pero prontamente desde la institucionalidad se priorizo la atención individual, en consultorio.

Otro tema que pude identificar como dificultad en cuanto a la organización de los servicios a nivel nacional, es la fragmentación en cuanto a la dependencia administrativa, de gestión y asistencial. Los equipos comunitarios en salud mental dependen asistencialmente de las unidades ejecutoras y si bien la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables (ASSE) se encarga de las orientaciones técnicas, no tiene incidencia en la administración de recursos, así como tampoco en la gestión administrativa (ASSE, 2018). Siguiendo el diagnóstico de situación del 2018 de ASSE, se desprende que para identificar y responder a las diferentes necesidades de la población “se requiere una red de estructuras diversas distribuidas en territorio según las realidades locales, que funcionen en forma articulada, en los diferentes niveles de decisión y de intervención”.(ASSE, 2018, p. 3)

El trabajo con las familias es un elemento fundante de la rehabilitación psicosocial, así como de la atención comunitaria. Siendo un eje en cada una de las experiencias, que requeriría un abordaje específico para identificar las distintas estrategias desplegadas para

incluirlas en los procesos singulares y en la elaboración del plan de atención individual de cada persona. A grandes rasgos podemos afirmar que la familia siempre está presente, acompañando o no los distintos procesos. Suele recaer sobre las mismas el papel central de cuidado y soporte. Necesitando también información, orientación, apoyo, y el desarrollo de distintas estrategias durante el proceso. Como se entienda el rol de la misma en el proceso de rehabilitación y reinserción social, serán las estrategias desplegadas por los equipos y el posible trabajo a desarrollar en conjunto.

Un aspecto que no fue desarrollado específicamente en esta producción, pero sí estuvo presente con diferente grado de alusión a los mismos, durante el transcurso de las experiencias, es el tema de los determinantes sociales en salud (DSS). El trabajo sobre los determinantes estructurales y secundarios, son un compromiso que el estado uruguayo ha asumido en los diferentes organismos internacionales. La distribución del poder, los ingresos, los bienes y servicios, así como el acceso a la atención sanitaria, la educación, la vivienda y las condiciones de trabajo y ocio son aspectos que ejercen gran influencia en el estado de salud de la población. Es necesario implementar estrategias específicas en cada territorio y comunidad.

En este sentido, siendo la inclusión laboral uno de los objetivos abordados en esta producción, entiendo pertinente visibilizar que al hablar de inclusión laboral, nos referimos a trabajo digno. No solo que produzca la necesaria retribución económica, y el respeto a los Derechos conquistados, sino que teniendo en cuenta los DSS, no produzca daños. Actualmente este es un aspecto que es necesario seguir problematizando, ya que las condiciones en las que se desempeñan las actividades laborales, también pueden ser fuente de malestar y sufrimiento. Siendo particularmente las poblaciones más vulneradas las que habitualmente se ven afectadas en su salud.

En lo que refiere a salud mental, y teniendo como referencia la pandemia de COVID 19, quedó reflejado la necesidad imperiosa de transversalizar la implementación de políticas públicas en salud mental, teniendo en cuenta la perspectiva de los DDS. Por lo que la estrategia de APS, y el trabajo centrado en el primer nivel de atención son la mejor vía para incidir en las inequidades sanitarias persistentes y en las condiciones para el desarrollo de vidas dignas.

En este sentido Saraceno (2018, citado por Leiva et al. 2021) plantea que “en la cultura occidental se han consolidado estilos de vida que incrementan la probabilidad de enfermar psíquica y físicamente” (p. 2). Esto permite abrir una reflexión sobre los estilos de vida que hemos ido adoptando como sociedad. A nivel latinoamericano tenemos experiencias que se vienen desarrollando y que interpelan nuestro estar en el mundo, principalmente con gran influencia en países como Bolivia y Ecuador que desde una visión intercultural toman los aportes ancestrales de los pueblos originarios y su cosmovisión.

Ampliando y resignificando los conceptos de salud y enfermedad, enfermedad mental, bienestar, desarrollo, entre otros.

Retomando la perspectiva de los DDS, en relación con nuestra realidad nacional, entiendo que implica necesariamente reflexionar sobre las políticas neoliberales, que se traducen, entre otras cosas, en los recortes del gasto público en salud y las políticas sociales y su implicancia en las condiciones de vida de la población más vulnerada. En este marco, me cuestiono la posibilidad de implementación de una Ley de salud mental que requiere para su efectivización, la redirección de recursos existentes, así como también, la asignación de nuevos recursos para el desarrollo de las estructuras alternativas, entre otros cambios consignados en la normativa vigente.

Toma relevancia el necesario empoderamiento de la ciudadanía en cuanto a reivindicar la implementación de la Ley y políticas intersectoriales que apunten a una mejora en la calidad de vida. Siendo la organización de familiares y usuarios de los servicios, uno de los principales puntos a seguir fortaleciendo, involucrándose en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios y las políticas. Para promover el desarrollo del modelo comunitario en salud mental, los procesos de autonomía y la construcción de ciudadanía desde una perspectiva de derechos humanos, entiendo necesario que los profesionales nos repensemos e identifiquemos en nuestras prácticas qué aporte podemos realizar para que lo que está escrito en la Ley pueda trasladarse a la vida cotidiana de las personas.

## 7. Referencias

- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2018). Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE. Diagnóstico de situación en Abril/ 2018. <https://www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencia-Ley-de-Salud-Mental-10377>
- Almeida Filho, N., y Paim, J. (1999). *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica* [Ensayo exploratorio; Universidade Federal da Bahía]. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6060>
- Amarante, P. (2015). *Salud Mental y Atención Psicosocial*. Fiocruz.
- Araujo, A. y Castagnetto, P. [ca. 2014]. Una mirada desde la esperanza y el trabajo en la red: Proyecto Institucional. Curso sobre Modelo de Recuperación. [Reporte Interno]. Centro Diurno Sayago
- Asociación por la Rehabilitación y Adaptación de Personas Disminuidas en su Capacidad de Integración Sociolaboral, Area de Rehabilitacion Psicosocial Integral. (2009). Coordinacions del Servei de Rehabilitació Comunitaria amb la Xarxa de Salut Mental. [Reporte interno]. Area de Rehabilitacion Psicosocial Integral.
- Asociación por la Rehabilitación y Adaptación de Personas Disminuidas en su Capacidad de Integración Sociolaboral, Area de Rehabilitacion Psicosocial Integral Comunitaria: Servei Rehabilitació Comunitària. (2014). Cartera de Serveis 2014. [Reporte Interno]. Area de Rehabilitacion Psicosocial Integral Comunitaria.
- Associació per la Rehabilitació i Adaptació de Persones Disminuïdes en la seva Capacitat d'Integració Sociolaboral (2022). L' Associació ARAPDIS. <https://www.arapdis.org/qui-som/#associacio-arapdis>
- Associació per la Rehabilitació i Adaptació de Persones Disminuïdes en la seva Capacitat d'Integració Sociolaboral (2022). Serveis de Rehabilitació Psicosocial Comunitària. <https://www.arapdis.org/que-fem/#serveis-rehabilitacio>
- Associació per la Rehabilitació i Adaptació de Persones Disminuïdes en la seva Capacitat d'Integració Sociolaboral (2022). Estatuts de l'a associació ARAPDIS. <https://www.arapdis.org/wp-content/uploads/pdfs/ESTATUTS.pdf>
- Associació per la Rehabilitació i Adaptació de Persones Disminuïdes en la seva Capacitat d'Integració Sociolaboral (2020). Memoria 2019/2020. <https://www.arapdis.org/wp-content/uploads/pdfs/Memoria-2019-2020-Lin-eas-de-actuacion.pdf>
- Baroni, C., Cardozo, D., Hein, P., Lagarmilla, R., Noya, L. (2015) *Emprendimientos Socioproductivos, Desmanicomialización y Ciudadanía. Semillero de iniciativas*

- interdisciplinarias*. Universidad de la República.  
<https://ei.udelar.edu.uy/grupos-financiados/sigla-acronimo/emprendimientos-socioproductivos-desmanicomializacion-y>
- Cano, A. (2013). Algunos desafíos para la desmanicomialización en el Uruguay. En N. de León (Coord.), *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 107-124). Levy.
- Cardozo, D. (2018.). *Desmanicomialización en el Uruguay: experiencias de gestión colectiva en dos emprendimientos de trabajo-acogida-vida* [Tesis de maestría. Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/28492>
- Centro Diurno Sayago. [ca. 2019]. Informe de Actividades: "Un libro, un abrazo". [Reporte Interno]. Centro Diurno Sayago - ASSE.
- Centro Diurno Sayago. [ca. 2017]. Plan de Acción del practicante de psicología. [Documento Interno]. Centro Diurno Sayago.
- De Oliveira, H, Quintana, N, Viera, V. (2018). *Romper con el encierro: Experiencia socioproductiva en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro (PTI-C), Huerta "Los Compañeros"*. [Proyecto de Extensión Universitaria, Universidad de la República]. Inédito.  
[https://docs.google.com/document/d/10n-QF-uyTHs1cDpCKJt9gkoMjel6G\\_WZZxsTy\\_GAIBOI/edit](https://docs.google.com/document/d/10n-QF-uyTHs1cDpCKJt9gkoMjel6G_WZZxsTy_GAIBOI/edit)
- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83 - 96.  
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>
- Fernandez, A. (1993). Pensar de otro modo. En A. M. Fernandez (Comp.), *Instituciones estalladas* (pp. 259-262). Eudeba
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Lugar
- Gines, A. (2013). Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud. En N. De León (coord), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (pp. 37-50). Psicolibros Waslala.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/9581-1936>
- Jara, O. (2018). La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano - CINDE.  
<https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/wp-content/uploads/2019/09/La-Sistematizaci%C3%B3n-de-Experiencias-pr%C3%A1ctica-y-teor%C3%ADa-para-otros-mundos-posibles.pdf>
- Jones, M. (1970). *Más allá de la Comunidad Terapéutica: Aprendizaje Social y Psiquiatría Social*. Genitor.

- Jubin, M. (2019). *Movimientos para las Autonomías: Proyecto de apoyo y ampliación del Programa de Integración Socio Cultural y Productivo PTI- Cerro*.
- Leiva Peña, V., Rubí González, P., y Vicente Parada, B. (2021) Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Publica*, 45(158).  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). Modelo de gestión: Centro de salud comunitaria.  
[https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28\\_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA\\_DIGITAL.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf)
- Ministerio de Sanidad (2022). CC.AA y Ciudades Autónomas.  
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/ccaa/home.htm>
- Ministerio de Salud Pública (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*.  
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Najmanovich, D. (2001). Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 6(14), 106-111.  
[https://www.researchgate.net/publication/28233746\\_Pensar\\_la\\_subjetividad\\_complejidad\\_vinculos\\_y\\_emergencias](https://www.researchgate.net/publication/28233746_Pensar_la_subjetividad_complejidad_vinculos_y_emergencias)
- Noya, L (2016). *Proyecto de Intervención en la zona oeste de Montevideo. Plan de Inclusión Sociolaboral de enclave territorial oeste para personas con discapacidad psicosocial*. Inédito.
- Noya, L.(2019).Entramando. Dispositivo de inclusión socioproductiva dirigido a personas con padecimiento psíquico en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro. En W. Benia y S. Moresino (Coord.), *Buenas prácticas en capacidad resolutive. Primer nivel de atención del SNIS. 2018* (pp. 86-97). Ministerio de Salud Pública.  
<https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Buenaspraticas.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas.  
[https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es](https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es)
- Parque Tecnológico Industrial del Cerro (2022). Institucional: Misión y visión.  
<https://pti.montevideo.gub.uy/institucional/mision-y-vision>
- Perez Fernandez, R. (2013). Demencias, salud mental y exclusión social. En N. De León (coord), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (pp. 151-166). Psicolibros Waslala.

- Rebellato, J. y Giménez, L. (1997). *Ética de la autonomía*. Roca Viva.  
[http://eifi.one/onewebmedia/kupdf.net\\_rebellato-1997-etica-de-la-autonomia-con-gimenez%20%281%29.pdf](http://eifi.one/onewebmedia/kupdf.net_rebellato-1997-etica-de-la-autonomia-con-gimenez%20%281%29.pdf)
- Romano, S y Araujo, A (Coord.)(2010). Memoria de actividades 2010: Centro Diurno Sayago – Administracion de los Servicios de Salud del Estado. [Reporte interno]. Centro Diurno Sayago.
- Romano, S. (2003). Centro Diurno Sayago: Informe 2003. [Reporte interno]. Centro Diurno Sayago.
- Sampietro, M. (2020). El modelo de recuperación, un cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental.  
<https://www.som360.org/es/monografico/recuperacion-salud-mental/articulo/modelo-recuperacion-cambio-paradigma-abordaje-salud>
- Servicio Catalán de Salud (2022), El CatSalut y el modelo sanitario catalán.  
<https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/model-sanitari-catala/>
- Servicio Catalán de Salud (2022), El SISCAT: sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña.  
<https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/model-sanitari-catala/sisca>
- Servicio Catalán de Salud (2022). El sistema d'atenció a la Salut a Catalunya: evolució i orientacions estratègiques des de la perspectiva del Servei Català de la Salut.  
[https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix\\_catsalut/presentacio/historia/sistema\\_atencio\\_catala.pdf](https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/presentacio/historia/sistema_atencio_catala.pdf)
- Shepherd, G., Boardman, J., y Slade, M. (2008). Hacer de la recuperación una realidad. Sainsbury Center for Mental health.  
<https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?11966.82627>
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Revista Actualidad Psicológica*, XXVI (239).  
[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_2/stolkiner\\_subjetividades\\_de\\_epoca.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkiner_subjetividades_de_epoca.pdf)
- Techera, A., de León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez, L., Miniño, A., Sánchez, C. (2013). Pasado, Presente y Futuro de las políticas en salud mental. En N. De León (coord), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (pp. 15-24). Psicolibros Waslala.
- Techera, A., y Apud, I. (2013). Políticas de Salud Mental en Uruguay. En N. De León (coord), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (pp. 25-35). Psicolibros Waslala.



- Uruguay (1936, agosto 24). Ley n° 9581: Regulación de los establecimientos psiquiátricos.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9581-1936>
- Uruguay (2017, setiembre 19). Ley n° 19529: Ley de salud mental.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Uruguay (2011, setiembre 9). Decreto N° 305/011: Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud.  
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/305-2011>
- Verdugo Alonso, M. Ángel, Schalock, R. L., & Gómez Sánchez, L. E. (2021). El modelo de calidad de vida y apoyos: la unión tras veinticinco años de caminos paralelos. *Siglo Cero Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 52(3), 9–28.  
<https://doi.org/10.14201/scero2021523928>
- Viera, V. (2020). *Sistematización de la experiencia del “Colectivo Compaz”, en el marco de un dispositivo promotor de salud territorial*. [Trabajo Final de Grado, Universidad de la República]. Colibrí.  
[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/27476/1/tfg\\_valentina\\_viera.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/27476/1/tfg_valentina_viera.pdf)

Anexos:

JUNTAS PODEMOS

<https://apex.edu.uy/archivos/3052> (Video Juntas Podemos)

<https://apex.edu.uy/wp-content/uploads/2020/08/Recetas-de-la-Huerta-Juntas-podemos.pdf>

(Recetario)