

Club Terapéutico: análisis de un dispositivo intermedio para la continuidad de cuidados en salud mental de un hospital general del conurbano sur de la provincia de Buenos Aires, Argentina

Therapeutic Club: analysis of an intermediate device for continuity of mental health care in a general hospital in the southern greater Buenos Aires area, Argentina

Au

Yesica Gutiérrez ¹

Carolina Chenlo ¹

Matías Ficarra ¹

Verónica Rodríguez Leigue ¹

Pablo Parisi ¹

Magíster en Metodología de la Investigación Científica

<https://orcid.org/0009-0005-1154-3988>

Médica

Médico

Médica

Licenciado en Psicología

¹ Hospital Interzonal General de Agudos "Evita" de Lanús, Argentina

yesikgm@gmail.com

Rs

RESUMEN

Introducción: El Club Terapéutico es un dispositivo intermedio perteneciente a un hospital general, dirigido a la inclusión socio comunitaria de personas con padecimientos psíquicos graves. Como supuesto, la implementación de los principios del modelo de salud mental comunitaria en el mismo contribuye al proceso de transformación en salud mental fortaleciendo modalidades alternativas de atención ambulatoria. **Objetivos:** Analizar las características del Club Terapéutico Amanecer del Archivo Histórico del Servicio de Salud Mental del Hospital "Evita" de Lanús y describir su aporte al proceso de transformación en salud mental en relación con los principios del paradigma vigente.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, de enfoque mixto, transversal, de diseño multivariado a muestra intencional y heterogénea. Las categorías de análisis se establecieron acorde a los principios del modelo de salud mental comunitaria. Los datos fueron recolectados durante el año 2024 mediante entrevistas en profundidad a personas usuarias, familiares y profesionales, y guías de relevamiento y lectura analítica documental, procesados mediante soporte Excel y tratados a través de estadísticas de posición y análisis de contenido.

Resultados: La muestra quedó conformada por 57 unidades: 38 textos del Archivo Histórico del Club Terapéutico, 10 técnicos/profesionales y 9 usuarios/familiares. Los años referidos abarcan un período de seis décadas de funcionamiento ininterrumpido. El perfil de la población que asiste al dispositivo evidencia un promedio histórico de 15 jóvenes adultos con discapacidad psicosocial, de zona sur del conurbano bonaerense, con derivación interna del Servicio de Salud Mental (57,8%). La problemática más prevalente referida es la de orden social (77,1%). El 84,3% expresa programación orientada a la inclusión social y el 82,4% abordaje principalmente grupal. El 66,7%, señala articulación intersectorial, el 82,4% alude acciones dirigidas a la disminución del estigma y el 100% hacia la protección de derechos. Se destacan como principales beneficios las oportunidades de inclusión social, el sostén de los cuidados y el sentido de pertenencia, acorde a los modelos de Club Social y Clubhouse. **Conclusiones:** El Club Terapéutico constituyó el primer dispositivo intermedio del Servicio destinado a este grupo vulnerable. Su trayectoria evidencia un aporte sostenido a la inclusión social mediante una programación acorde a las problemáticas sociales, la desestigmatización y el ejercicio de derechos. Paradójicamente, pese a su carácter pionero y adecuación al paradigma vigente, persisten lógicas tradicionalistas que obstaculizan su fortalecimiento y desplazan hacia los márgenes la potencia de las propuestas alternativas.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental; Atención Ambulatoria; Hospitales Generales; Sistemas de Apoyo Psicosocial

Ab

ABSTRACT

Introduction: The Therapeutic Club is an intermediate service belonging to a general hospital, aimed at the social and community inclusion of people with severe mental conditions. The underlying assumption is that the implementation of the principles of the community mental health model within the Club contributes to the mental health transformation process by strengthening alternative outpatient care modalities.

Objectives: To analyze the characteristics of the Therapeutic Club Amanecer of the Historical Archive of the Mental Health Service of "Evita" Hospital in Lanús, and to describe its contribution to the mental health transformation process in relation to the principles of the prevailing paradigm. **Materials and methods:** An observational, descriptive, mixed-methods, cross-sectional, multivariate study with a purposive and heterogeneous sample was conducted. The categories of analysis were established according to the principles of the community mental health model. Data were collected during 2024 through in-depth interviews with service users, family members, and professionals, as well as data collection guides and analytical documentary reviews. The data were processed using Excel and analyzed using basic descriptive statistics and content analysis. **Results:** The sample consisted of 57 units: 38 texts from the Therapeutic Club's Historical Archive, 10 technical/professionals staff members, and 9 service users/family members. The period covered span six decades of uninterrupted operation. The profile of the population attending the service shows a historical average of 15 young adults with psychosocial disabilities from the southern Greater Buenos Aires area, internally referred by the Mental Health Service (57.8%). The most prevalent problem reported is social in nature (77.1%). In 84.3%, programming is oriented toward social inclusion, while 82.4% involve a predominantly group-based approach. Intersectoral collaboration is reported in 66.7%, while 82.4% refer to actions aimed at reducing stigma, and 100% to actions aimed at protecting rights. The main benefits highlighted are opportunities for social inclusion, ongoing care, and a sense of belonging, consistent with the Social Club and Clubhouse models. **Conclusions:** The Therapeutic Club was the first intermediate service of the Mental Health Service intended for this vulnerable group. Its trajectory demonstrates a sustained contribution to social inclusion through programming aligned with social issues, destigmatization, and the exercise of rights. Paradoxically, despite its pioneering nature and alignment with the prevailing paradigm, traditionalist approaches persist, hindering its strengthening and pushing the potential of alternative approaches to the margins.

Keywords: Mental Health Services; Ambulatory Care; Hospitals, General; Psychosocial Support Systems

In

INTRODUCCIÓN

El movimiento de psiquiatría social, gestado entre las décadas de 1950 y 1970 en Europa, dio inicio al proceso de transformación en el campo de la salud mental en Latinoamérica a través de profesionales que asimilaron e introdujeron innovaciones vinculadas con la reforma psiquiátrica. En Argentina, resultó pionera la experiencia del Dr. Mauricio Goldenberg, nombrado por Vezzetti (1) como el “desmanicomializador de Lanús”, quien asumió la jefatura del Servicio de Psicopatología y Neurología del Policlínico Lanús en 1956, transformando en hito a “el Lanús”, por crear el primer Servicio inserto en el seno de un hospital general de agudos, contando con amplia variedad de dispositivos de creciente complejidad. El dispositivo intermedio Club Terapéutico surgió en 1966, un año antes de lo que fue conocido como el “Plan Goldenberg”, entre cuyos principios se destacan la interdisciplina, la prevención y promoción en el primer nivel de atención y los dispositivos para la reinserción de usuarios graves (2).

Respecto al marco normativo, los desarrollos de las décadas precedentes acontecidos a nivel mundial se consolidaron a través de la Declaración de Caracas de 1990, los Principios de Brasilia de 2005 y la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2008 (3), en tanto contempla a las personas con discapacidad de tipo psicosocial asociada a los padecimientos psíquicos graves. A nivel nacional, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, de ahora en adelante LNSM (4), constituyó un enorme avance. No solo otorga un marco jurídico acorde a los máximos estándares internacionales, como sostiene en su artículo 2, sino que además establece actores y define líneas de acción a favor de la protección del derecho a la salud mental de la población del territorio argentino con una fuerte impronta del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidados basado en la comunidad, en la interdisciplinaria, en la intersectorialidad y la pluralidad. Además, refleja los principios evidenciados en la experiencia y en el “Plan Goldenberg”. Los artículos 11 y 36 de la Ley y su Decreto Reglamentario 603/2013, hacen referencia explícita a la creación y fortalecimiento de dispositivos de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional, apoyos a las personas y grupos familiares, y mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, especialmente de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Sin embargo, hasta la actualidad, la deuda persistente radica en su implementación, particularmente relacionada a la carencia de dispositivos intermedios que propicien la continuidad de cuidados y la inclusión social. El Plan Provincial Integral de Salud Mental (5) determina que “un sistema de salud centrado en los cuidados y la continuidad de los mismos”, requiere una integración entre los diferentes niveles de atención, traducido en una red de cuidados progresivos con base en las comunidades (p.5), y el fortalecimiento de la atención y cuidados mediante la

creación de centros comunitarios en clave de inclusión social (p.10) y salud integral (p.32). Entre los propósitos se enuncia promover la salud mental de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales de derechos humanos, de organización de dispositivos de atención y cuidados, y del modelo de atención con base en las comunidades a través de políticas públicas; y la generación de procesos y adecuaciones institucionales para lograr la plena implementación de la LNSM (p.14).

En esa línea, el dispositivo Club Terapéutico, representa una experiencia pionera, no solo por constituirse como el primer dispositivo intermedio del emblemático Servicio, sino también porque las características distintivas que hacen a su identidad (6), lo posicionan como experiencia positiva que impulsa el proceso de adecuación y transformación en salud mental. Asimismo, promueve los cuidados integrales, previniendo las internaciones, reinternaciones e internaciones prolongadas y protegiendo el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad psicosocial en particular.

Como antecedentes, el modelo Clubhouse o “Casa Club”, surge a partir de la experiencia de la Fountain House, en 1948, en la que ex pacientes de un hospital psiquiátrico de Nueva York comenzaron a reunirse informalmente en sus escalinatas, dando lugar al modelo Clubhouse para brindar apoyo y oportunidades de inclusión a personas con padecimiento psíquico grave (7-8); experiencia que se replicó a nivel mundial, por el impacto positivo de la membresía y la pertenencia. Sin embargo, no se ha hallado literatura científica vinculada a la temática de investigación en la región, constituyendo un área vacante para el campo de conocimiento y un área de elevado valor social para el campo de la salud mental y el proceso de transformación que se está desarrollando en el territorio bonaerense (9).

Es por ello, que la presente investigación sostiene como hipótesis, que el Club Terapéutico favorece la continuidad de cuidados y la inclusión social de personas con padecimientos psíquicos graves, al ampliar las modalidades de atención ambulatoria tradicional, que, a su vez, reducen la demanda de atención en los dispositivos de urgencia e internación. El fortalecimiento de dispositivos ambulatorios con base comunitaria se inscribe como eje prioritario en el proceso de transformación en salud mental bonaerense.

Para dar cuenta de ello, se propone como objetivo general analizar las características del dispositivo Club Terapéutico y su aporte al proceso de atención, continuidad de cuidados e inclusión social de las personas usuarias con padecimientos graves del Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) “Evita” de Lanús. Para ello se establecieron como categorías de análisis del dispositivo los principios consensuados en los

documentos oficiales vinculados al proceso de transformación basado en el modelo de salud mental comunitaria a nivel internacional, nacional y provincial. En este marco, los objetivos específicos se orientan a relevar la

presencia y expresión de dichos principios, a partir de las representaciones de las personas usuarias, sus familiares, técnicos y profesionales, así como mediante el análisis de los documentos que integran el Archivo Histórico del dispositivo.

Mt y Md

MATERIALES Y MÉTODOS

Se propone un estudio de tipo observacional, descriptivo e interpretativo (10) multivariado sin control de variable y de corte transversal. El mismo asume un enfoque cuali-cuantitativo con la finalidad de conocer el fenómeno con mayor precisión. La muestra fue de tipo intencional, reducida y heterogénea, y quedó conformada por tres unidades de análisis: personas usuarias y familiares, técnicos y profesionales y textos pertenecientes al Archivo Histórico del Club Terapéutico Amanecer del Servicio de Salud Mental del HIGA "Evita" de Lanús. En total, se analizaron 57 unidades: 38 textos, 10 técnicos/profesionales y 9 usuarios/as de la red socioafectiva que cumplieron con los criterios de inclusión como haber participado o participar del Club y prestar consentimiento informado. Quedaron excluidos aquellos profesionales que conforman el equipo investigador y se desempeñan en el Club.

Las categorías de análisis fueron establecidas a partir de la sistematización de los principios sostenidos por los documentos oficiales de alcance internacional, nacional y provincial que otorgan el marco al modelo de salud mental comunitaria vigente, como la Declaración de Caracas, los Principios Rectores de Brasilia, la LNSM (4) y su Decreto Reglamentario 603/2013, el Plan Nacional de Salud Mental (11) y el Plan Provincial de Salud Mental (5). Para ello, cada uno de los investigadores realizó una lectura en profundidad del material, acordando como eje de análisis la codificación de los principios fundamentales que se asumen como compromisos imprescindibles para sustentar el modelo de atención y cuidados en salud mental con base comunitaria. Estos principios constituyen, a su vez, el marco de referencia para la formación, la investigación, las prácticas y las políticas públicas en el campo de la salud mental. En una segunda instancia, se efectuó una puesta en común, obteniendo como resultado siete categorías sostenidas por todos los documentos analizados: enfoque de derechos, participación social, vida en la comunidad e inclusión social, interdisciplina, redes intersectoriales, reducción de la discriminación, el estigma y las violencias, ejes en los cursos de vida y en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes de cada territorio.

A los fines del estudio, se diseñaron cuatro variables y sus correspondientes dimensiones. Las primeras dos variables se vincularon específicamente a clasificar el tipo de unidad de análisis y el eje temporal referenciado, mientras que las dos siguientes incluyeron las siete categorías

mencionadas. La variable 3 incluyó las categorías de interdisciplina, eje en los cursos de vida y en las problemáticas críticas, emergentes y prevalentes del territorio y enfoque de derechos, mientras que la variable 4 abarcó las categorías de vida en comunidad e inclusión social, redes intersectoriales, participación social, reducción de la discriminación, el estigma y las violencias.

Variable 1: Tipo de Unidad. Dimensión: artículo científico, ponencia, relato de experiencia; persona usuaria/familiar; técnico, profesional.

Variable 2: Año de referencia.

Variable 3: Organización del dispositivo. Dimensiones: coordinación, conformación del equipo, reuniones de equipo, frecuencia, cantidad de personas usuarias, perfil sociodemográfico de las personas usuarias, requisitos de admisión, derivaciones, tipo de abordaje, enfoque de derechos.

Variable 4: Funcionamiento del dispositivo. Dimensiones: programas/actividades, articulaciones intersectoriales, participación en la planificación y toma de decisiones, trabajo con la red socioafectiva, nominaciones y lucha contra el estigma.

La recolección de datos se realizó durante el año 2024. Para ello se elaboraron dos instrumentos: entrevistas semiestructuradas dirigidas a personas usuarias y sus familiares y a técnicos/profesionales. Por otro lado, una guía de relevamiento y lectura analítica para las fuentes documentales. Los instrumentos incluyeron las variables previamente establecidas. Para el tratamiento y análisis de datos se construyó una matriz con soporte Excel y tablas para cada una de las unidades de análisis. Posteriormente, se creó una tabla conjunta para analizar los resultados en función de la muestra total. Los datos fueron analizados cuantitativamente con herramientas de estadística de posición básica, mientras que para los de tipo cualitativo se utilizó el método de análisis de contenido (12) acorde al enfoque asumido en la investigación. Para ello se crearon categorías a partir de la agrupación de unidades de significado. Finalmente, para la interpretación de los datos, se realizó una triangulación teórica entre el marco teórico, el estado del arte y los datos obtenidos, orientada al análisis del proceso de transformación en el campo de la salud mental de la provincia de Buenos Aires.

Rs

RESULTADOS

Los hallazgos se organizaron en función de los siete principios del modelo de salud mental identificados. Asimismo, emergieron dos categorías adicionales. En consonancia con el método de análisis de contenido, se incluyeron los extractos textuales más representativos, indicando al pie de cada uno si corresponden a entrevistas o a documentos.

Como una categoría emergente surgió el devenir del Club Terapéutico: los años a los que se hace referencia en los textos, en las entrevistas a profesionales que han formado parte del club y en las implementadas a personas usuarias y sus familiares, se corresponden con un funcionamiento a lo largo de seis décadas, desde la gestación en 1966 hasta la actualidad.

La producción documental se inició a partir de 1987 (13) con el retorno de la democracia, demostrando un incremento exponencial de la producción escrita a partir del año 2022, etapa de reposicionamiento del dispositivo al interior del Servicio de Salud Mental, reafirmando su función para la continuidad de los cuidados y apoyos de las personas con padecimiento mental grave (6).

"Por su parte, el año 2023 constituye el auge signado por los intentos permanentes de recomposición y fortalecimiento de un equipo de trabajo en un dispositivo de continuidad de cuidados" (D1).

Con respecto a la nominación del dispositivo, el término "amanecer", antecede al de "Club" ya que antes era "Grupo Amanecer". Algunos profesionales refirieron espontáneamente que alude a "una nueva oportunidad" o a "un nuevo comienzo". Respecto del término "club", el 15,7% de los textos y la mayoría de los profesionales entrevistados, señalaron que fue elegido por sus propios miembros. Esta

denominación posibilitó, además, que las personas usuarias se nombraran como "socios" durante la década de 1990, expresión que evidencia la visión y el compromiso del dispositivo con la desestigmatización en salud mental.

"Será por la buena onda. Hospital ya es para enfermos" (P1).

Sobre las asociaciones en torno a la elección del nombre Club, las explicaciones más frecuentes, relevadas en entrevistas a profesionales, usuarios y familiares, destacaron la dimensión social que caracteriza a esta figura, concebida como un espacio de "encuentro", "intercambio", "reunión", "juntada" y "grupalidad". Asimismo, se enfatizó el sentido de pertenencia, la construcción de vínculos y las oportunidades de inserción comunitaria que este dispositivo promueve. En consonancia con estas representaciones, la modalidad de abordaje más frecuentemente referida por la muestra fue la grupal-individual (52,6%), seguida de la modalidad grupal (29,8%), conformando entre ambos un 82,4%. Estos hallazgos manifestaron la centralidad del grupo como recurso terapéutico y dieron cuenta de su eficacia para favorecer procesos de participación social, inclusión comunitaria y fortalecimiento de las redes de apoyo.

"Y por la relación que hay con la comunidad (...) fomentan actividades con una potencia que no es un ente vacío, ustedes son otra cosa, son un club, si (...) si hay más Club esas puertas se abren más rápido" (P2).

Interdisciplina:

En relación con la interdisciplina, el 74% de la muestra mencionan la presencia de trabajo interdisciplinario (Figura 1).

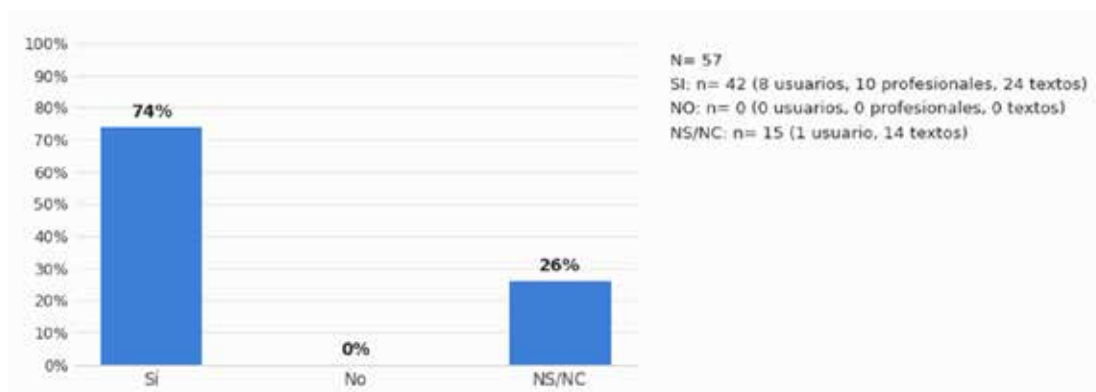


Figura 1. Interdisciplina

Fuente: elaboración propia en base a los datos analizados.

Los datos relevados permitieron trazar que en los inicios del Club la única disciplina representada en el equipo era la de psiquiatría, por parte de las residentes que le dieron origen. La coordinación, transcurrió hasta el año 1968, donde se pasó a trabajo social, con el refuerzo de una perspectiva comunitaria logrando que el dispositivo funcione, durante cierto tiempo, por fuera del hospital en el Club Olimpo de Lanús. Durante los años siguientes se observó la incorporación de diferentes disciplinas al equipo sumándose trabajo social, psicología y musicoterapia. Con el inicio de la dictadura cívico militar, y la consecuente reducción del personal e intervención del hospital en agosto de 1977, la coordinación pasó a psicología. A pesar de la reducción progresiva del equipo, este dispositivo intermedio fue el único que logró sostener su continuidad de funcionamiento hasta comienzos de la década de 1990.

"Es llamativo cómo a pesar de los avatares políticos, las desapariciones, que produjeron un enorme efecto destructivo en el Servicio, los pacientes siguen viniendo, la demanda continua, y donde lo grupal estaba prohibido, el Club sigue existiendo" (D2).

"No nos olvidemos que en ese entonces no existía el hospital de día (había sido cerrado por la dictadura)" (P3).

"En el año 2005 se queda sin lugar físico y se jubilan las terapistas ocupacionales. Desde el 2007 funciona solo dos veces por semana con solo una T.O como único profesional del equipo. Hace medio año se incorporó una trabajadora social, que cede una hora al club" (D3).

Posteriormente, la coordinación fue ocupada por diversas disciplinas: psiquiatría en 1986, psicología desde 1978 al 2000 y terapia ocupacional desde el 2000 hasta la actualidad (Figura 2). Además, en la década de 1990 se incorporaron al equipo terapia ocupacional, kinesiología y talleristas de danza, cine y fotografía. A partir del año 2007, se sumaron estudiantes de terapia ocupacional de las prácticas preprofesionales y desde 2022, tras gestiones de la coordinación, se incluyeron rotaciones de las residencias de terapia ocupacional, medicina general, derecho a la salud y psiquiatría, así como estudiantes de las prácticas preprofesionales de trabajo social, colaboraciones de enfermería de sala de internación, acompañamiento terapéutico y trabajo social. En 2023, se agregó una terapeuta ocupacional más a tiempo parcial, siendo otro miembro estable del equipo con una coordinación con dedicación exclusiva Club (6, 13).

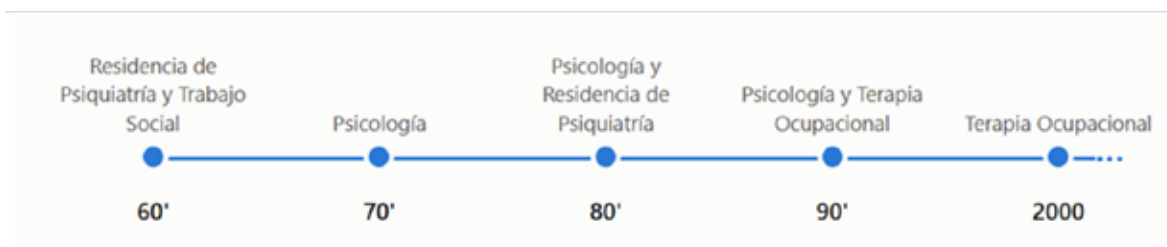


Figura 2. Interdisciplina en la coordinación

Fuente: Elaboración propia en base a los datos analizados.

De las entrevistas a personas usuarias del Club de los últimos años, se identificaron referencias a la participación de estas disciplinas en la conformación de los equipos y reuniones, dando cuenta de sus aportes al funcionamiento del dispositivo.

"Ahora están las enfermeras en el tema de salud" (P4).

A pesar de las dificultades en la conformación de equipos estables, se encontraron referencias al desarrollo de reuniones de equipo en las distintas unidades de análisis, siendo las mismas mencionadas por 11 textos, 6 profesionales y 6 personas usuarias/familiares.

"En 1966 y 1967 los profesionales eran de dedicación exclusiva. Funcionaba dos veces por semana con los pacientes y una reunión semanal de equipo" (D5).

"Todas las mañanas de 8.30 a 10.00 se asiste a las diferentes reuniones tanto con el equipo de continuidad de cuidados como con los diferentes profesionales" (D6).

"Hacen reuniones internas de equipo" (P5).

Ejes en los cursos de vida y en las problemáticas críticas, prevalentes y emergentes de los territorios

El 63,16% de la muestra refirió que los usuarios son mayores de edad, incluyendo desde jóvenes hasta adultos mayores. Al indagar sobre las características de la población, las respuestas obtenidas de las unidades de análisis demostraron que no hay distinción de género (4 respuestas). En cuanto a la zona de residencia, se constata que la totalidad residía en la zona sur del conurbano

bonaerense (10 respuestas), siendo principalmente los partidos de Lanús y Avellaneda los de mayor influencia. El nivel académico frecuentemente alcanzado fue primaria completa (7 respuestas), aunque se constató secundario completo (3 respuestas). También se mencionaron situaciones de desempleo e informalidad laboral (6 respuestas). El 26,3% de la muestra mencionó como característica de la población concurrente al Club el poseer Certificado Único de Discapacidad (CUD) de tipo psicosocial. Las personas usuarias y sus familiares refirieron ser beneficiarios de pensiones vinculadas a la misma. Finalmente, se nombraron otras características como ser independiente en el manejo en las actividades de la vida diaria y en el manejo en la comunidad, atravesar dificultades socioeconómicas, sin cobertura social y estar en tratamiento ambulatorio. Esta caracterización de la población coincidió con los criterios de admisión establecidos por el dispositivo, siendo el principal requisito contar con CUD por discapacidad psicosocial, incluso llegando a ser el único requisito mencionado por los participantes.

En décadas previas a la implementación de la certificación de discapacidad, se relevaron respuestas de profesionales vinculadas a los criterios de admisión y a las características

de la población destinataria, identificando como rasgo predominante la presencia de personas con padecimientos psíquicos graves. No se mencionaron en ninguna unidad de análisis requisitos de exclusión vinculados a aspectos socio-habitacionales, por el contrario:

"Había algunos que dormían en la estación de Lanús" (P6).

"Para el equipo, tener ganas y voluntad creativa e interdisciplinar. Los requisitos de admisión eran tener un diagnóstico severo y crónico desde la psiquiatría, pero en general estabilizado, estar en tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y tener ganas de venir voluntariamente" (P7).

En relación con las problemáticas, las de tipo social constituyeron las más prevalentes para el total de la muestra (77,19%), englobando tanto las condiciones económicas y habitacionales de precarias a extremas producto de los altos índices de desempleo y pobreza o indigencia; así como la insuficiencia y fragilidad de las redes socioafectivas. Secundariamente (10,53%) se mencionaron problemáticas vinculadas específicamente a la red socioafectiva (Figura 3). El 12,28% de los textos no hacen referencia a estas variables.



Figura 3. Problemáticas prevalentes

Fuente: Elaboración propia en base a los datos analizados.

"El lugar donde vivir, por ejemplo, el medio en el que viven, por ejemplo, X vive en un auto, lo habitacional, o Y tiene una casa muy deteriorada. La mayoría está solo, no tiene red socioafectiva, o poca" (P7).

Respecto a la cantidad de personas usuarias que han concurrido a lo largo de las seis décadas al Club Terapéutico, la muestra refirió mayormente entre 11 y 20 usuarios (28,07%), luego entre 7 y 10 (24,56%) y un 10,4% mencionó más de 20 usuarios. El 35,09 % de las respuestas tipo "NS/NC" fueron obtenidas de documentos que no especificaron esta variable. El promedio histórico de usuarios es de 15 personas. La mayoría de las unidades de análisis (40,3%) hicieron referencia a una derivación interna desde el Servicio de Salud Mental al cual pertenece el Club Terapéutico, representada principalmente por la sala de

internación, luego consultorios externos, interconsulta y hospital de día. En segundo término, derivaciones mixtas (17,5%), tanto internas como externas al hospital, representadas por solicitud de sus respectivos profesionales. Finalmente, la derivación de tipo externa (1,75%). El 40,3% de las respuestas tipo "NS/NC" fueron obtenidas de documentos que no especificaron esta variable.

Reducción de la discriminación, el estigma y las violencias en salud mental:

En relación con el principio orientado a la reducción de la discriminación, el estigma y las violencias, el 82,4 % del total de la muestra refirió la implementación de acciones específicas dirigidas a su promoción, mientras que el 17,6 % restante no realizó menciones al respecto (Figura 4).

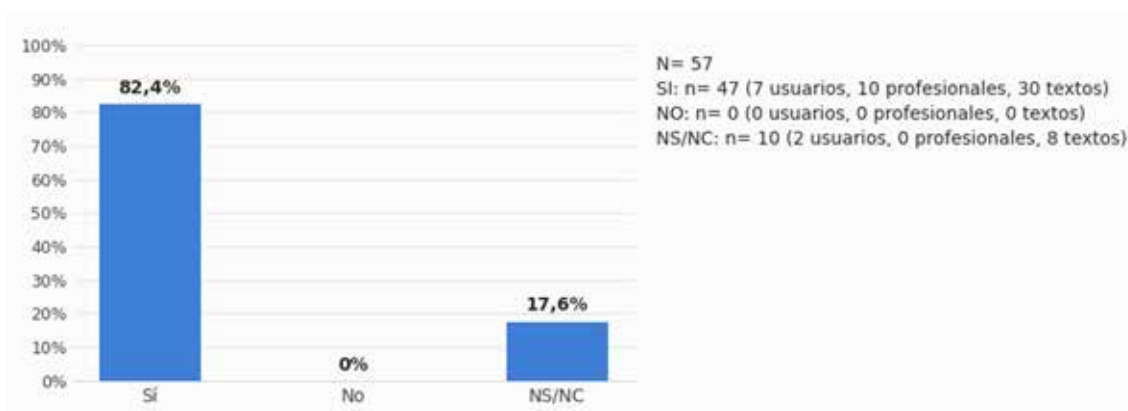


Figura 4. Problemáticas prevalentes
Fuente: Elaboración propia en base a los datos analizados.

Las estrategias identificadas se despliegan de manera sostenida desde la década de 1980 hasta la actualidad, evidenciando una continuidad histórica en la construcción de prácticas desestigmatizantes. Estas acciones abarcan desde gestos simbólicos, como la decisión de no utilizar guardapolvo o el reemplazo del término “paciente” por denominaciones como “socio” o “integrante”, hasta la realización de actividades en espacios comunes del hospital, tales como el hall central, favoreciendo la visibilización y la circulación de las personas usuarias por ámbitos compartidos. Asimismo, se destacaron iniciativas de mayor alcance institucional y comunitario, como la organización de las Jornadas Anuales de Concientización en Salud Mental y Lucha contra el Estigma, desarrolladas desde 2022, así como los eventos de cierre anual del Club realizados en la calle interna y en el anfiteatro hospitalario. Estas actividades se caracterizan por el protagonismo de sus integrantes, quienes participan en la conducción y asumen el rol de panelistas junto con los profesionales. En esta misma línea, se identificó el surgimiento de “Radio Levita” en 2024, concebida como un espacio de información sobre salud mental desde una perspectiva de derechos, orientado a promover la sensibilización

comunitaria y la participación activa de las personas usuarias y el intercambio con la comunidad.

“En aquel entonces, realizar esas actividades y encuentros era la principal medida antidiscriminatoria. Además, ¡no usábamos guardapolvos y estábamos de zapatillas todo el tiempo!, tratando de validar el trabajo dentro del Servicio y para sus integrantes, en una época de auge del lacanismo y de cierto desprecio por la pobreza en general” (P8).

“Romper el estigma de paciente psiquiátrico, porque vamos a un club donde podemos charlar, apoyarnos, rescatar una parte de la vida normal” (P9).

Vida en comunidad e inclusión social

Respecto al principio de vida en la comunidad e inclusión social, la programación que ofrece el Club se dirige a ello, quedando reflejada por el 66,6% de la muestra, a excepción del 33,4 % de documentos en la que no se especifica esta variable (Figura 5).

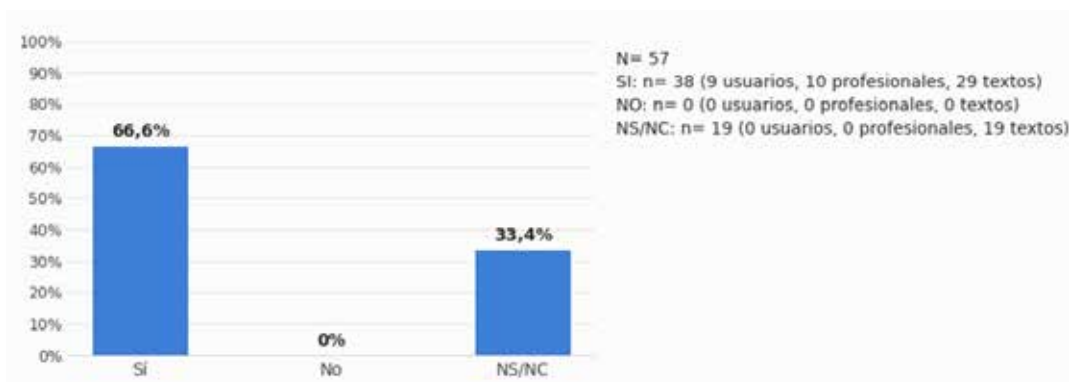


Figura 5. Vida en comunidad e inclusión social
Fuente: Elaboración propia en base a los datos analizados.

Las actividades más nombradas fueron las laborales (37 respuestas), como la feria de emprendedores y feria americana; las socioculturales (36 respuestas), que incluyeron radio, lectura de periódicos, salidas, mateadas, almuerzos, asambleas; las deportivas recreativas (24 respuestas), como actividades físicas y artísticas; y las de cuidados integrales de la salud (15 respuestas).

Acerca del trabajo con las redes socioafectivas, una amplia mayoría de entrevistados (40,35%) expresó que se incluye a las redes socioafectivas en el trabajo diario. El porcentaje restante se debe a que gran parte de los textos no hacen mención y la respuesta negativa de un profesional.

"Si, considero que justamente el club promueve en sí mismo una red socioafectiva. Además, en cada caso se busca fortalecer las redes de cada uno" (P10).

Redes intersectoriales

Con relación al trabajo intersectorial, el 66,6% de la muestra refirió que dicha estrategia se implementa, el 32% restante corresponde a documentos que no especifican y el 1,4% representó respuesta negativa de un profesional (Figura 6).

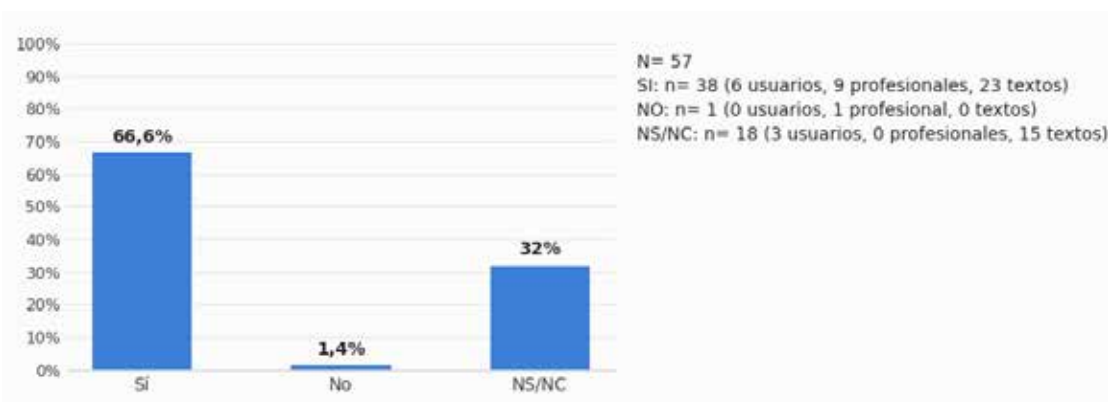


Figura 6. Redes intersectoriales

Fuente: Elaboración propia en base a los datos analizados.

Se mencionaron principalmente articulaciones con clubes (22 respuestas), como el Club Olimpo, Lanús, Quintana. Luego, áreas del municipio (15 respuestas), como transporte, trabajo, cultura, desarrollo social; ministerios nacionales y provinciales (4 respuestas), como trabajo, desarrollo social, transporte, justicia; efectores de salud (3 respuestas), como los talleres protegidos del Hospital Borda y Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS); y universidades (2 respuestas) con oferta de radio y escuela de formación.

Participación Social

En lo que respecta a la participación social, el 77,19% de la muestra evidenció una orientación del Club Terapéutico dirigida hacia este eje de trabajo. El 100% de las personas entrevistadas y el 71,43% de los textos analizados refirieron la promoción de dicho principio, mientras que el resto de los documentos no aportó especificaciones al respecto (Figura 7).

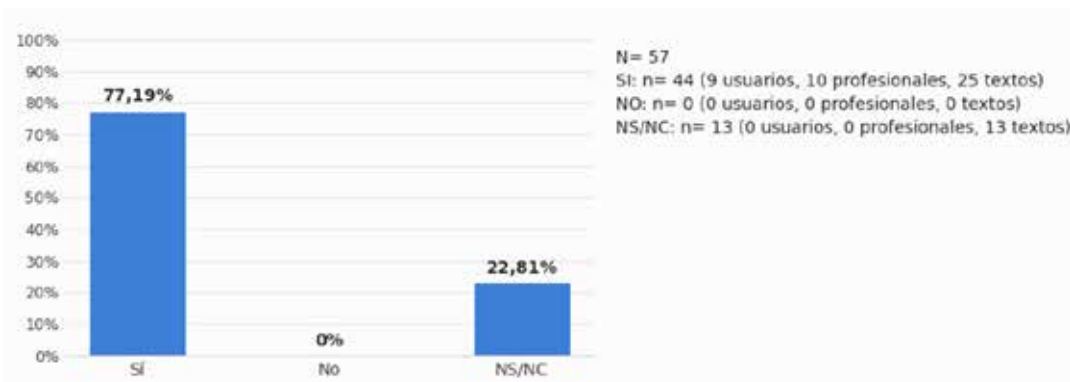


Figura 7. Participación social

Fuente: Elaboración propia en base a los datos analizados.

Más allá de estas referencias explícitas, la participación social constituye un elemento constitutivo de la identidad y del funcionamiento del dispositivo, más que una práctica añadida o complementaria, dado que la toma de decisiones colectivas y democráticas forma parte de su lógica organizacional desde sus orígenes. Esto se expresa en procesos tales como la elección de las nominaciones, la programación de actividades y la participación activa de sus integrantes en los procesos de cuidado.

Enfoque de derechos

El principio vinculado al trabajo bajo el enfoque de derechos aportó que el 80,7% de la muestra sostiene que el dispositivo asume este principio, mientras que el 19,3% restante corresponde a textos donde no se menciona (Figura 8).

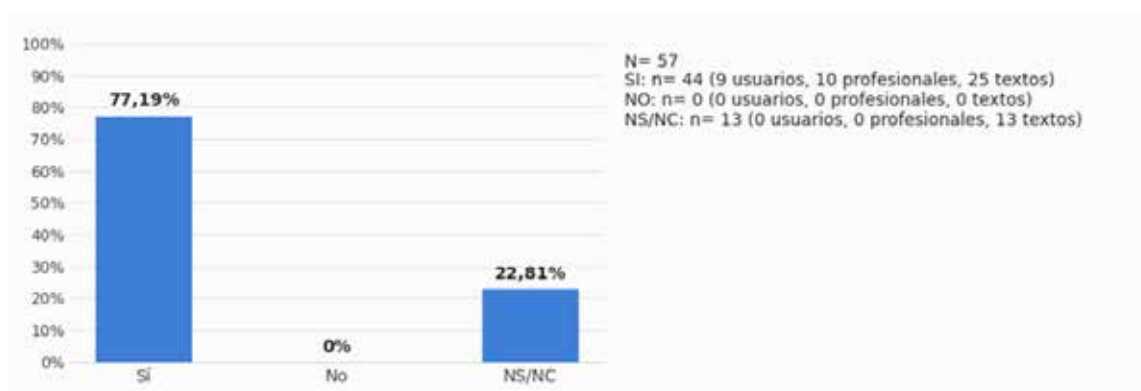


Figura 8. Enfoque de derechos

Fuente: Elaboración propia en base a los datos analizados.

Se destacan como los más mencionados el derecho a la salud y a la participación social. Luego, el derecho a la protección de la Salud Mental (nombrado mayoritariamente por profesionales y fuentes documentales); el derecho al deporte y la recreación (mencionado en todas las fuentes) y el derecho al trabajo (mencionado principalmente por usuarios y familiares). Finalmente, derechos humanos tales como la igualdad, la no discriminación y el trato digno; el derecho a la vida digna, vivir en forma independiente en la comunidad y a la justicia.

"Totalmente, el trabajo en el club estaba formada desde la ley de Salud Mental, se los consideraba como sujetos de derecho" (P11).

También se indagó sobre los beneficios del Club, surgiendo como el más relevante en la totalidad de la muestra la socialización e inclusión social con 37 menciones totales. Seguido por el sostén de los cuidados (16 menciones) y el sentido de pertenencia (14 menciones). Por último, se mencionó el aporte a la desestigmatización (5 menciones) y la oportunidad de expresión (2 menciones).

"Tendríamos que pensar en los efectos de la transferencia institucional que es lo que genera la continuidad de los pacientes en este espacio... en una internación o en un hospital de día la finalización del tratamiento tiene que estar (...) la función del Club radica

en eso, donde no hay finalización del tratamiento porque tampoco estamos pensando en un tratamiento (...) acá el encuadre es otro: usted venga cuando quiera, el espacio va a seguir estando, posiblemente no siempre los mismos terapeutas que es lo que nos pasaba, pero el espacio va a seguir estando, y esto así funciona" (P12).

Entre las categorías emergentes se evidenciaron los avatares referidos al lugar de funcionamiento del Club. A través del análisis documental y de las entrevistas, se pudo confirmar que el Club tuvo su origen en los consultorios externos del Servicio, al poco tiempo funcionó en el Club Olimpo hasta regresar a los consultorios externos, compartiendo espacio con el hospital de día. Posteriormente, funcionó en un local frente al hospital hasta su regreso al mismo durante la dictadura cívico militar. Finalmente, se constató la itinerancia por espacios ajenos al Servicio, hasta que se le otorgó un espacio en la sala de internación donde funcionó durante quince años, hasta la restitución al ámbito de los consultorios externos hace menos de tres años.

"(funcionaba) Acá en un taller, en el primer piso. Después nos sacaron y todo eso...No sé, nos dijo ustedes no pueden venir más, tienen que ir abajo, a sala, y ahí fue que tuvimos que ir a sala (...) A sala de internación" (P13).

Ds

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos se puede afirmar que el Club Terapéutico Amanecer constituye el primer dispositivo intermedio del Servicio de Salud Mental del HIGA “Evita” Lanús, dirigido a abordar la demanda de personas externadas de la Sala de internación de salud mental, que se reunían espontáneamente en las escalinatas de los consultorios externos. En ese sentido, se encuentra coincidencia con el origen de la Fountaine House en 1943 (7-8), donde las personas con padecimiento mental severo externados se reunían de manera espontánea en las escalinatas de la Biblioteca de New York, que podría constituirse como su antecedente en el marco del movimiento de psiquiatría social. Se destaca que la elección de la nominación fue realizada por sus propios usuarios a partir de su funcionamiento en el Club Social del barrio “Olimpo”, promovido por la coordinación de ese entonces (trabajo social). Este hecho evidencia la facilitación del principio de participación social de los usuarios como protagonistas en la identificación de sus necesidades y diseño de dispositivos acorde a satisfacer las mismas. Asimismo, los beneficios referidos por los entrevistados ponen de manifiesto que el Club promueve la creación de espacios de “socialización” con grupos secundarios o de pares, la generación de “oportunidades de inclusión social”, el “sostén de los cuidados”, la “pertenencia” y la “desestigmatización”. En ese sentido, la elección de términos alejados del lenguaje sanitario y cercanos a la vida en común, tales como “club”, o nombrase como “socios” (hacia 1990) o “integrantes” (desde 2023) en lugar de pacientes, se constituye como una práctica centrada en el respeto de la autonomía de las personas y en la promoción de sus posibilidades de participación social. Se encontró que tanto los profesionales y técnicos como usuarios y familiares coinciden en destacar estos beneficios asociados al dispositivo. Los hallazgos refuerzan la identidad y la visión que el Club ha sostenido a lo largo de sus casi sesenta años de funcionamiento, consolidándose como un espacio de encuentro orientado a la satisfacción de necesidades sociales y a la construcción de vínculos de apoyo mutuo y pertenencia; características que se corresponden con el modelo Clubhouse (7-8). En consonancia con los ejes de vida y las problemáticas prevalentes, el Club estuvo y está destinado a personas con discapacidad psicosocial, estabilizadas, autónomas en el manejo en la comunidad (14), principalmente jóvenes y adultos de ambos géneros, en edad laboralmente activa pero desempleadas, con redes sociales insuficientes, condiciones económicas deficientes y con problemáticas habitacionales precarias y extremas. Dicha interseccionalidad de factores, lo configura como grupo vulnerable y en consecuencia prioritario según la constitución nacional y la legislación provincial. En el contexto hospitalario, el dispositivo recibe en su mayoría derivaciones internas, principalmente de la sala de internación, pero también de consultorios externos, hospital de día, interconsulta y guardia, lo cual favorece los procesos de externación, continuidad de cuidados e inclusión social,

reduciendo las posibilidades de reinternación y deterioro producto de la hospitalización prolongada. Los programas orientados a promover la vida en comunidad y la inclusión social se centran, principalmente, en la generación de oportunidades laborales mediante el desarrollo de emprendimientos individuales o asociativos, la participación en ferias americanas y de emprendedores dentro y fuera del hospital, y el acceso a programas destinados a personas con discapacidad. A su vez, las actividades socioculturales comprenden reuniones, salidas gastronómicas, culturales y recreativas, así como propuestas específicamente orientadas a promover el acceso a la información, la prevención, la no discriminación y la lucha contra el estigma. Entre ellas, se destacan las Jornadas Anuales de Sensibilización y Concientización, los programas de Radio Levita y otras iniciativas en y con la comunidad. El principio de articulación intersectorial se evidencia en las acciones de cooperación con clubes sociales y deportivos, áreas jurisdiccionales y ministeriales (trabajo, desarrollo social, justicia, cultura y transporte), efectores de salud y universidades. Asimismo, se articula con las redes socioafectivas, con la finalidad de informar, sensibilizar y promover los cuidados y apoyos. En relación con el enfoque de derechos, se destacan el derecho a la salud y el derecho a la participación social, en concordancia con lo establecido en el artículo 3 de la LNSM (4), vinculado a la protección del derecho a la salud mental y su interdependencia con otros derechos humanos. Por su parte, la participación social es reconocida en el artículo 19 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (3), que consagra el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, asegurando el acceso a servicios de apoyo que eviten el aislamiento y la segregación. En efecto, la participación social es considerada un indicador de inclusión social, al ser definida como la implicación activa en situaciones vitales dentro del entorno comunitario, favoreciendo las interacciones sociales, la construcción de vínculos significativos, el ejercicio de roles ocupacionales y de la ciudadanía (14-15). En relación con el eje interdisciplinario, el análisis evidencia que el Club atravesó períodos en los que contó con equipos conformados por diversas disciplinas y otros en los que llegó a sostener su funcionamiento con un único profesional. Si bien esta situación varía según el período histórico analizado, el dispositivo se caracterizó por una escasa asignación de recursos humanos, conformados mayoritariamente por residentes, profesionales ad honorem y practicantes. No obstante, los resultados también revelan numerosas referencias a la construcción conjunta de estrategias y a la gestión colaborativa de recursos, incluso en aquellos momentos en que el Club contaba con un solo integrante en su equipo. Esto da cuenta de un sostenido esfuerzo por desarrollar prácticas interdisciplinarias, pese a las limitaciones derivadas de las decisiones de gestión de cada período y el predominio de su carácter autogestivo, que se constituye en uno de sus rasgos identitarios.

Cn

CONCLUSIONES

Si bien el Club responde a los lineamientos establecidos por el artículo 6 de la LNSM, su Decreto Reglamentario 603/2013 y Ley de Adhesión Provincial, se observan obstáculos que dificultan el fortalecimiento como dispositivo de carácter intermedio, central para el sostén de los cuidados de las personas con discapacidad psicosocial. Entre ellos, se identifica la persistencia de una lógica hospitalocéntrica en un Servicio escindido por luchas de poder hegemónicas, que sostiene enfoques tradicionalistas basados en abordajes prioritariamente individuales y prácticas alejadas de una clínica ampliada que aloje los determinantes sociales de la salud y la transversalización de la perspectiva de la discapacidad en las prácticas. Esta situación vulnera severamente el derecho a la protección de la salud mental y reproduce procesos de exclusión de la vida en comunidad como contrapartida al apoyo a la inclusión social que se sostiene como misión del Club Terapéutico. La tendencia a relegar a los márgenes las problemáticas de orden social que atraviesan a este colectivo, se presenta como una paradoja: la de un Servicio que, de manera temprana, supo reconocer y alojar estas necesidades mediante la creación de su primer dispositivo intermedio, para luego desjerarquizarlo y ubicarlo en una posición marginal debido a su distanciamiento de los saberes, discursos, terminologías y prácticas hegemónicas. Se trata, a su vez, de la paradoja de un dispositivo que ha logrado sostenerse de manera ininterrumpida durante casi seis décadas desde ese lugar periférico, convirtiendo su posición marginal en un rasgo identitario y en una condición de subsistencia. Es precisamente en ese límite donde parece residir una cuota de libertad para la creación y el sostenimiento de prácticas alternativas a la hospitalización, orientadas a la inclusión social y al cuidado en comunidad.

La jerarquización de la salud mental en la provincia de Buenos Aires, a partir de la creación de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, constituyó un avance institucional que contribuyó a posicionar esta área en la agenda de las políticas públicas sanitarias provinciales. En este marco, una de las políticas desarrolladas fue la elaboración del Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027, que, a través de sus ejes estratégicos, de transformación de las prácticas y el eje de acceso a derechos, y en consonancia con los artículos 11 y 36 de la Ley Nacional de Salud Mental y la ley de adhesión provincial; destacan la necesidad de “crear y fortalecer dispositivos alternativos” como estrategia para impulsar el proceso de transformación del sistema, mediante una red de servicios que garantice la continuidad de los cuidados y contribuya a revertir su fragmentación. En este sentido, los dispositivos intermedios, en tanto implementen los principios del modelo de salud mental basado en las personas en sus comunidades, se constituyen como nodos estratégicos dentro de la red integrada de servicios de salud mental. Los mismos adquieren especial relevancia para las personas con

discapacidad psicosocial, en tanto grupo vulnerable que configura una problemática histórica, estructural, crítica y con elevada prevalencia en el territorio bonaerense, vinculada a la exclusión, la indigencia, la estigmatización, las barreras de accesibilidad y las desigualdades en las oportunidades de cuidado, participación e inclusión social. Por tanto, su fortalecimiento en la coyuntura actual, caracterizada por políticas regresivas impulsadas a nivel nacional en materia de discapacidad, salud mental y salud pública, resulta impostergable, la consolidarse como espacios de sostén de los cuidados y como estrategias orientadas a evitar que la internación o el desamparo se constituyan como las únicas respuestas. Si bien se registran avances en el proceso de transformación del sistema de salud mental en la provincia de Buenos Aires, persiste una escasez de dispositivos intermedios y de equipos interdisciplinarios en los dispositivos ambulatorios en general. En este contexto, resulta imprescindible fortalecer alternativas a la internación que garanticen la continuidad de los cuidados y eviten la fragmentación del sistema de salud mental bonaerense.

**Autoras y autores
no manifiestan conflictos de interés.**

AGRADECIMIENTOS

A quienes participaron voluntariamente de dicha investigación e hicieron posible la elaboración de este artículo.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vezzetti H. El desmanicomializador de Lanús. Página 12 [Internet]. 2006 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-73629-2006-09-28.html>
2. Finkelsztejn C, Guinzbourg de Braude M. Homenaje al Dr. Mauricio Goldenberg, un innovador de la salud mental. Rev Hosp Ital B Aires [Internet]. 2008. [Acceso mar. 2026]; 28(1):43-45. Hospital Italiano de Buenos Aires. Disponible en: <https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/1092>
3. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. 2006 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
4. Argentina. Congreso. Ley 26.657: Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina [Internet]. 2010 Dic 10 [Acceso nov. 2025]; 32.041. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
5. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan Provincial Integral de Salud Mental: hacia un sistema solidario e integrado en salud (2021-2027) [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2022 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/11/NUEVO_PLAN_PROVINCIAL_SALUD_MENTAL_2022_11_04.pdf
6. Gutiérrez Y. Alternativas desde el margen: Trayectoria y aportes de un Club Terapéutico perteneciente a un hospital general del conurbano bonaerense argentino a la continuidad de cuidados en salud mental. Margen [Internet]. 2026 [Acceso mar. 2026]; 120:[12 p.]. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen120/Gutierrez-120.pdf>
7. Agner J, Botero A, Cha T, Nakamura L, Kaukau T, Liu M. Hawai'i Clubhouse Coalition. A conceptual model of how mental health clubhouses impact health and quality of life among individuals with serious mental illness. Psychiatr Rehabil J [Internet]. 2024 [Acceso mar. 2026]; 47(3):249-59. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38358692/>
8. McKay C, Nugent KL, Johnsen M, Eaton W, Lidz CW. A systematic review of evidence for the Clubhouse Model psychosocial rehabilitation. Adm Policy Ment Health [Internet]. 2018 [Acceso mar. 2026]; 45(1):28-47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27580614/>
9. Calmels J, Rey M. La reforma bonaerense en salud mental: transformaciones del modelo de atención en cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la provincia de Buenos Aires [Internet]. La Plata: Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud; 2023 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludsinvioleacias/files/2023/07/LA-REFORMA-DE-SALUD-MENTAL-BONAERENSE-.pdf>
10. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 2a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
11. Argentina. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2023 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: http://www.legisla.gov.ar/pdf/msres1997_2023anexo.pdf
12. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas [Internet]. 2003 [Acceso mar. 2026]; 2(1):53-81. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1710/171018074008.pdf>
13. Alves de Oliveira S, Berkunsky G, Boggiano P, Liceaga E. El Club, un lugar que no sirve para nada. En: 35 años. Primeras Jornadas-Encuentro del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús. Buenos Aires; 1992. p. 355-61.
14. Universidad de San Sebastián. Centro de Estudiantes 2020. Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso. Traducción no oficial con fines académicos de la 4ª ed. de American Occupational Therapy Association. Universidad San Sebastián; 2020.
15. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: CIF [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2001 [Acceso mar. 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/227a3666-1b96-4bca-84ec-7f6516277f59/content>



Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International Creative Commons

Cómo citar este artículo:

Gutiérrez Y, Chenlo C, Ficarra M, Rodríguez Leigue V, Parisi P. Club Terapéutico: análisis de un dispositivo intermedio para la continuidad de cuidados en salud mental de un hospital general del conurbano sur de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Salud Publica [Internet]. 2026 Sept [fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.