

VOCES DESDE EL CAMPO

Salud mental como resultado educativo: Lecciones para la educación inclusiva desde el Austral en Neuquén, Argentina

Chantal Figueroa^{a*}

^a Colorado College, EE. UU. Autora principal - Correo electrónico: cfigueroa@coloradocollege.edu

* Traducido por Maya Sams - Correo electrónico: mayalunags@gmail.com

Este artículo expone las lecciones del Instituto Austral de Salud Mental en Neuquén, Argentina, a partir de observaciones del tratamiento clínico de jóvenes y de detalladas entrevistas con el personal y con pacientes que habían completado su tratamiento durante más de un año. El artículo muestra un modelo clínico que se basa en gran medida en prácticas pedagógicas especialmente centradas en crear una comunidad y en fomentar una conciencia crítica de la salud mental. Estas últimas estrategias se presentan como un modelo a seguir desde América Latina para reinventar la educación inclusiva, conceptualizando la salud mental como un resultado educativo y haciendo que las aulas sean inclusivas para todos los estudiantes. Al presentar las formas educativas en las que el Austral ofrece tratamiento psiquiátrico, este artículo argumenta que conceptualizar la salud mental como un resultado educativo brinda la oportunidad para que la educación inclusiva apoye la salud mental de todos los estudiantes y, específicamente, de los estudiantes con discapacidades psiquiátricas que siguen siendo retirados de la escuela para recibir tratamiento.

Palabras clave: Educación inclusiva; tratamiento psiquiátrico; salud mental; Argentina, resultado educativo.

Introducción

Argentina, al igual que la mayoría de los países Latinoamericanos, deriva su educación inclusiva de leyes y tratados internacionales, la mayoría de las veces establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En Argentina, los derechos de las personas con discapacidad están suscritos en la Ley 24.901 que fue promulgada en 1997 y establece un sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad; y en la Ley 26.378 del 2008 que garantiza la implementación de todos los

artículos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (Courtis, 2021). En lo que concierne específicamente a la salud mental, Argentina promulgo la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en 2010, que creo las disposiciones para sustituir los manicomios por servicios psiquiátricos comunitarios, convirtiendo a Argentina en líder Latinoamericano en políticas de salud mental. Por ejemplo, el Plan Estratégico Nacional 2016-2021 “Argentina Enseña y Aprende” fue en respuesta (Ministerio de Educación y Deportes de la Nación Buenos Aires, 2015) al objetivo número cuatro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que hace un llamado a los gobiernos para ‘garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos’ (ONU, 2015). Asimismo, el plan estratégico Enseña y Aprende pretendía ‘garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos’ para el 2030. El gobierno de Argentina creo el Plan Nacional de Discapacidad 2017-2022 para implementar la CDPD (Presidencia de la Nación de Argentina, 2016). El Plan Nacional de Discapacidad sentó las bases para la implementación de la educación inclusiva en el país.

La pandemia de COVID-19 acentuó la necesidad de entender la salud mental como un derecho humano, más allá de una preocupación médica o psiquiátrica, ya que los jóvenes experimentaron niveles sin precedentes de ansiedad, depresión e ideación suicida (Suárez, 2021). La pandemia demostró que cuando se trata de salud mental, la necesidad es universal y, por tanto, requiere romper los silos que separan las intervenciones psiquiátricas de las educativas (Gray, 2022). Cuando los programas destinados a integrar la salud mental y los objetivos educativos en Estados Unidos comenzaron en la década de 1980 (Foster et al., 2005; Atkins et al., 2011), mostraron la necesidad de ampliar la forma en que el rendimiento académico se conceptualiza para incluir la salud mental, sin embargo, persisten los silos entre los resultados médicos y educativos. Por ejemplo, a menudo el sector de salud no está dispuesto a financiar los sistemas educativos, mientras que el sistema educativo considera que la salud mental de los estudiantes no forma parte del ámbito de la escolarización (Gray, 2022). Esto significa que, cuando los jóvenes necesitan tratamiento psiquiátrico, son atendidos por instituciones clínicas independientes de los centros educativos. Foster et al. (2005) descubrieron que, aunque las escuelas proporcionan servicios de salud mental, la mayoría de los programas ofrecen un sistema de ‘retirada’ que deriva a los niños y a sus familias a servicios clínicos, los cuales a menudo interfieren con el tiempo de enseñanza. En el Austral, por ejemplo, dependiendo de las necesidades, los jóvenes pueden participar en un modelo de tiempo parcial como programa extraescolar, o en un horario de tiempo completo que requiere que se les retire de la escuela.

Con la intención de construir un puente entre la educación y psiquiatría, este estudio adoptó una perspectiva educativa para evaluar al Austral, un hospital de salud psiquiátrica de día en Néuquen, Argentina, para contestar la pregunta: ¿qué aspectos de la atención psiquiátrica son educativos? Al hacerlo, este artículo presenta los aspectos pedagógicos del Austral como estrategias para centrar la salud mental como un resultado educativo para ampliar la inclusión de todos los estudiantes. A partir de las observaciones del programa para jóvenes y de entrevistas detalladas con los directores y con el personal del hospital, identifiqué los aspectos

pedagógicos del Austral, entre ellos: fomentar una comunidad terapéutica, y promover una conciencia crítica sobre la salud mental.

Conciencia crítica sobre la salud mental

En el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental (2021:1), la Organización Mundial de la Salud define la salud mental como:

Un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad. Con respecto a los niños, se hace hincapié en los aspectos de desarrollo, por ejemplo, tener un sentido positivo de la identidad, la capacidad de controlar pensamientos, emociones, así como establecer relaciones sociales, y la aptitud de aprender y adquirir una educación que, finalmente, les permita participar activamente en la sociedad.

En el centro de esta definición funcional de la salud mental se encuentran los valores de individualidad y productividad en los adultos y la importancia de procurar una educación a los niños. Estos valores occidentales no pueden generalizarse a todos los pueblos, especialmente a las poblaciones latinoamericanas en las que el ser se entiende en comunidad (Mascayano et al., 2016) y la educación no es accesible ni inclusiva para todos los niños (Figuroa et al., 2021).

Debido a las diferencias paradigmáticas y vivenciales en lo que define la salud mental para los pueblos latinoamericanos, Martín-Baró desarrolló el concepto de Conciencia Crítica sobre la Salud Mental (CCSM) para dar cuenta de la salud mental del pueblo salvadoreño durante y después de la guerra civil. Basó su idea en el concepto *conscientização* o conciencia crítica de Paulo Freire y lo aplicó a la salud mental. La CCSM es especialmente relevante para los pueblos centroamericanos y latinoamericanos, ya que sus vidas han sido marcadas por tácticas de terror estatal que les oprimían a través de la violencia psicológica y de género. En este contexto político, la salud mental se convierte en un proyecto educativo, porque requiere praxis. La praxis es el proceso continuo de acción que surge de la reflexión sobre la propia vida cotidiana en una comunidad para discernir entre los modelos de opresión individuales y sociales (Martín-Baró, 1989). Una vez identificado un modelo de opresión en la vida cotidiana, uno puede organizarse en torno a una línea de acción para incitar al cambio. Este proceso de reflexión y acción es lo que constituye la praxis. Para los pueblos latinoamericanos que han sobrevivido y naturalizado tácticas de terror, sanar es más que un esfuerzo individual y requiere justicia social (Figuroa, 2021). Por lo tanto, la salud mental para los pueblos latinoamericanos consiste en fomentar una conciencia crítica para discernir entre síntomas de una enfermedad mental que se deriva de procesos biológicos y una que se deriva de la angustia causada por la opresión sistémica.

La teoría de Martín-Baró sobre la CCSM es fundamental para el campo de la Salud Mental Crítica que acentúa los efectos perjudiciales que el colonialismo, la pobreza extrema, la desnutrición y la opresión tienen sobre las personas e insta a los profesionales de la salud y de la educación a entender la salud mental como un problema político (Mills, 2013; Mills & Fernando, 2014; Soldatic & Grech, 2016; Fernando, 2017). El paradigma occidental de la psiquiatría por sí solo puede naturalizar aún más la opresión al patologizar la angustia a nivel individual, especialmente para personas que han sobrevivido violencia sistémica. Por ello, Martín-Baró (1989) define la salud mental como comunitaria, relacional, histórica y vinculada a la justicia social.

Analizando el Austral, un hospital psiquiátrico de día, a través de una perspectiva educativa, resalto las formas en las que el propio tratamiento de salud mental es pedagógico. Como tal, defiende la ampliación de la salud mental para conceptualizarla como un resultado educativo de modo que las aulas se vuelvan inclusivas para la salud mental de todos los estudiantes.

El Austral

El Instituto Austral de Salud Mental de Neuquén, Argentina, es un hospital de día privado que se especializa en el tratamiento de personas con discapacidades psiquiátricas crónicas en la ciudad de Neuquén, Argentina. Tanto la provincia como su capital se llaman Neuquén. Esta provincia está ubicada al noroeste de la Patagonia, compartiendo su frontera occidental con Chile.

El éxito del Austral ha sido bien documentado a lo largo de sus 26 años de historia. El instituto es especialmente reconocido por desarrollar programas de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) que utilizan recursos locales para apoyar a pacientes y a sus cuidadores (Collins et al., 1999; OMS, 2008; Thornicroft et al., 2011; Lumerman et al., 2013). En 2008 la OMS nombró al Austral como uno de los 12 mejores programas a nivel mundial por integrar efectivamente servicios de salud mental en la atención primaria (OMS, 2008). Una de las innovaciones del Austral es que el tratamiento y el diagnóstico psiquiátrico se realiza por médicos de atención primaria bajo la supervisión de un psiquiatra o un psicólogo clínico (Thornicroft et al., 2011). Esto permitió al Austral la oportunidad de adaptarse a la escasez de psiquiatras en el área y resolvió un obstáculo en la prestación de servicios de atención psiquiátrica en la región (Khon et al., 2018). Como tal, el Austral es elogiado por integrar con éxito la atención de salud mental en la atención primaria y ampliar el acceso a tratamientos psiquiátricos (Collins et al., 1999; OMS, 2008; Thornicroft et al., 2011; Lumerman et al., 2013). Esto ha dado lugar a una cultura que desestigmatiza los servicios psiquiátricos en la comunidad (OMS, 2008; Lumerman et al., 2013). El instituto se acerca ahora a su tercera década, lo que demuestra la sostenibilidad de su modelo (Thornicroft et al., 2011; Lumerman et al., 2013).

El Austral celebró su 26º aniversario en 2019. Como parte de esta celebración, el Instituto se sometió a una evaluación externa en noviembre del 2019 que se centró en describir el modelo planteando la siguiente pregunta: ¿qué constituye la salud mental en el Austral? Esta evaluación se basó en observaciones del hospital de día y del programa para jóvenes durante una semana

laboral, en conversaciones con los jóvenes participantes del programa extraescolar, entrevistas exhaustivas con el director, siete miembros del personal y tres pacientes que habían completado su tratamiento y llevaban más de un año dados de alta. Las notas de observación sin datos identificativos y las transcripciones de las entrevistas se almacenaron en el programa informático de análisis de datos cualitativos Dedoose y se analizaron de manera temática desde un punto de vista educativo.

Desde ese entonces, el Austral ha reportado un incremento en demanda para servicios psiquiátricos para jóvenes de 14 a 17 años. En 2019 los jóvenes representaban el 21% de la población del Austral mientras que en el segundo trimestre del 2022 esa cifra ascendió a 44% (datos demográficos internos). La dirección del Austral respondió a esta alta demanda ampliando el hospital a jornada completa para contar con un grupo de jóvenes, además del horario ya existente de media jornada que se impartía después de clases.

Analizado desde un punto de vista educativo, las observaciones demostraron que, como hospital psiquiátrico de día, las estrategias del Austral se basaban en aprender a estar en comunidad y aprender nociones básicas de salud mental, lo que en conjunto permitía a los pacientes, cuidadores y personal desarrollar una conciencia crítica de salud mental. La siguiente sección presenta estas enseñanzas clave del Austral.

Hallazgos

Aprender a estar en comunidad

Para el éxito del tratamiento era especialmente importante el fomento de una ‘comunidad terapéutica’, que el director y el personal consideraban fundamental para el modelo de tratamiento. Por ejemplo, el director explicaba como: ‘tener una comunidad sana, es como una gran familia, desde el edificio, que es una casa, el paciente puede entrar o salir, o decidir quedarse’ (transcripción de entrevista, 11/2019). De forma similar, uno de los médicos afirmó: ‘la comunidad terapéutica desempeña un papel importante, el médico forma parte del equipo, pero no es lo más importante, lo más importante es la comunidad terapéutica’ (transcripción de entrevista, 11/2019). El fomento de una comunidad se hizo intencionadamente a través de diferentes estrategias. Uno de los ejemplos más destacados fue tener buena comida casera, incluyendo un asado semanal todos los viernes, así como el aprendizaje y la práctica de la comunicación sobre la salud mental en un entorno grupal.

Aprender a estar en comunidad a través de la buena comida

La buena comida se consideraba fundamental tanto para apoyar la nutrición de los pacientes como para fomentar una comunidad terapéutica (notas de observación, 11/2019). Durante el

día, los pacientes que formaban parte del horario de jornada completa comían desayuno, almuerzo y una refacción juntos. La cocina y el comedor ocupan un lugar central en la distribución del instituto. La cocina es el corazón físico y emocional de Austral, como explicó el chef principal:

La cocina es un pulmón del Austral, hay que dar esa atención a los pacientes [...] me encanta cocinar, y hay que hacerlo todo con cariño, agradezco que podamos ayudar a los pacientes y estar juntos, ver si comen o no [...] me hace feliz cuando los pacientes salen bien de aquí y cuando me dicen ¡extrañamos tu comida! (transcripción de entrevista, 11/2019).

Esto fue corroborado por la juventud, al decir:

Me siento bastante cómodo aquí, me gusta la atención, la gente es cariñosa, incluyendo a mi psicóloga, ella es bastante buena y me ayudó a cambiar las cosas. También me siento muy agradecido con las personas que trabajan en la cocina, los aperitivos son muy buenos y descubrí que me gusta la fotografía y eso me encantó. Fue genial estar aquí, es un espacio bastante agradable. (notas de observación, 11/2019).

De hecho, la cocina es omnipresente en el tratamiento, no solo arquitectónicamente ya que la cocina está situada en el corazón del edificio Austral, sino también porque todos los días, a partir de las once de la mañana, todo el instituto se ve envuelto en el olor de la comida casera, que es una característica intencionada (notas de observaciones, 11/2019). La cocina elabora entre 70 y 90 comidas diarias con un menú adaptado a las necesidades nutricionales y medicinales de los pacientes. El almuerzo se sirve en platos de porcelana, con vasos de vidrio y cubiertos de acero, incluyendo cuchillos (notas de observación, 11/2019). Durante la hora de almuerzo los pacientes y el personal comen juntos en mesas comunales (notas de observación, 11/2019). La importancia de la cocina y de la experiencia de comer bien juntos se potenció durante la implementación de tiempo libre después del almuerzo, durante el cual los pacientes pueden jugar juegos de mesa o al ping-pong y pasar el rato.

La buena comida, como aspecto intencionado del plan de tratamiento, se utilizó para la construcción de la comunidad, con el fin de reunir a los pacientes y al personal de forma digna al mismo tiempo que se apoyaba la nutrición de los pacientes. Por ejemplo, al chef se le consideraba tan importante como al personal médico para el éxito de los pacientes y sus planes de tratamiento. De este modo, se consideraba que el tratamiento psiquiátrico estaba relacionado con otros aspectos destinados a fomentar la comunidad y el sentido de la dignidad.

Creando en comunidad

Los pacientes recibían clases de arte todos los días. El objetivo de estas clases era ayudar a los pacientes a encontrar formas de expresarse y trabajar en equipo, creando en comunidad a través de clases de arte como poesía, cerámica, pintura, teatro y fotografía, los pacientes podían

expresarse y construir confianza con sus compañeros. Los artistas locales impartieron clases de arte para que los pacientes trabajaran en grupo. Por ejemplo, durante una clase de poesía, se guio a los pacientes para que crearan un poema comunitario con una estructura de verso que empezaba por "y si". Se pidió a los pacientes que se basaran en los versos de los demás tomando la última parte del verso de su compañero y añadiendo un nuevo final. Aquí incluyo un extracto del poema que se creó en una tarde:

¿Y si el sol se esconde detrás de las nubes?
¿Y si las nubes estuvieran pintadas de blanco nieve?
¿Y si la nieve derrite tu corazón?
¿Y si tu corazón es más duro que un diamante?
¿Y si el diamante brilla más que tu amor?
¿Y si tu amor está fuera del calendario?
¿Qué pasa si el calendario se cansa de contar los días?
(observaciones, 11/2019)

El proceso de creación de este poema, y el poema en sí, permitió un sentido de comunidad en el que cada persona aportó al grupo y se sintió segura expresándose y creando con los demás.

Hablar sobre salud mental en comunidad

Parte del modelo Austral consiste en ofrecer el mayor número posible de oportunidades para retroalimentación. Esto ocurre a través de las reuniones semanales denominadas AER. AER son las siglas para Avance, Estancamiento y Retroceso. AER es una sesión grupal de retroalimentación que dura 90 minutos, en la que los cuidadores y pacientes evalúan el progreso semanal del tratamiento en términos de haber avanzado, estar estancados, o haber experimentado algún retroceso. Cada semana, AER se realizaba una vez con los cuidadores y dos veces con los pacientes, la primera para evaluar su propio tratamiento y la segunda para evaluar su avance como una comunidad. La AER de comunidad ocurría cada semana después del asado del viernes. Durante esta sesión, la sesión de viernes por la tarde, los pacientes compartían una observación positiva que habían hecho sobre la comunidad, así como algo en lo que la comunidad podía mejorar, o algún tipo de consejo o palabras de motivación que tenían para sus compañeros. Estos momentos de buena comida, tiempo libre y retroalimentación semanal fueron estrategias intencionadas que fomentaron la conciencia de estar en una comunidad terapéutica y nutrirse de ella. Algunos de los consejos compartidos por los jóvenes durante esta evaluación fueron: ‘no estás solo, nunca estarás solo, puedes contar con nosotros, eres amado’ y ‘es importante que conozcas a la persona que está a tu lado porque esta es nuestra comunidad’. Estos momentos de consejo y autorreflexión permitieron a los pacientes comprenderse a sí mismos como parte importante e integral del grupo y aprender a ser parte de una comunidad.

Alfabetización en salud mental – Lo no lineal del tratamiento

La naturalización del tratamiento psiquiátrico como no lineal, sino como algo que tiene ‘subidas y bajadas’ también fue algo que se discutió durante la reunión semanal de AER. Como se describe en las notas de observación, la reunión de AER entre los cuidadores estaba compuesta por familiares y tutores sentados en círculo, con el director y asistente terapéutico como facilitadores (notas de observación, 11/2019). Cada proveedor de cuidados reflexionó durante 3-5 minutos sobre cómo había sido esa semana de tratamiento y si había habido un avance, estancamiento, o algún retroceso. Ante esta reflexión, el director se tomó el tiempo para explicar la situación, teorizarla o aportar comentarios sobre cómo afrontar mejor la situación, mientras otros cuidadores escuchaban, ellos también agregaban y se complementaban, lo que hizo de este un espacio acogedor de reflexión y de alfabetización en salud mental, en el que se naturalizó el proceso fluctuante e imperfecto de tratamiento psiquiátrico, se desestigmatizaron las enfermedades mentales, y la sanación se construyó como un esfuerzo comunitario en el que los cuidadores desempeñaron un papel fundamental. Esta reunión también fue un tiempo para que los proveedores de cuidados hicieran preguntas, compartieran dudas, se desahogaran y encontraran apoyo (notas de observación, 11/2019).

Las reuniones de AER permitieron la naturalización de lo no lineal del tratamiento psiquiátrico, que es especialmente importante para quienes cuidan a los pacientes y para los pacientes mismos que fueron capaces de discutir de forma grupal los diferentes avances, estancamientos o retrocesos que habían experimentado esa semana. Al hacerlo, se creó y compartió una sensibilización a través de un proceso colaborativo de diálogo, naturalización de frustración y alfabetización compartida alrededor de la salud mental. En conjunto, estos diálogos proporcionaron apoyo tanto a los pacientes como a los cuidadores para que pudieran seguir adelante, comprender la complejidad del tratamiento, validar sus experiencias, recibir apoyo del grupo y practicar la autorreflexión. A través de estos diálogos, los pacientes y quienes les cuidan aprendieron a cuidarse mejor a sí mismos y a sus seres queridos. De esta forma, se practicó en la comunidad una conciencia crítica de la salud mental.

Trabajo interdisciplinario

La concientización sobre las ventajas de la interdisciplinariedad se puso en evidencia durante la reunión diaria del plan de tratamiento denominada "el recorrido". Durante esta reunión, un equipo interdisciplinario compuesto por psiquiatras, médicos generales, psicólogos, enfermeros, defensores terapéuticos y nutricionistas trabajaron juntos y colaboraron en un plan de tratamiento diario. Durante el recorrido, cada miembro del equipo habló sobre cada paciente y adaptó el plan de tratamiento a las necesidades del día (notas de observación, 11/2019). Esta reunión tomó lugar cada mañana de 8:30 am a 10 am, mientras los pacientes asistían a talleres con colaboradores comunitarios (notas de observación, 11/2019). El objetivo del recorrido era trabajar juntos para resolver problemas y acordar en el mejor tratamiento para cada paciente ese día. Para ello, se presentaron y analizaron conjuntamente las notas médicas y de progreso, las llamadas de emergencia o fuera de horario y las conversaciones mantenidas en el grupo de

mensajes de texto del equipo (observaciones, 2019). Un psicólogo describió el recorrido como ‘pensar entre muchos sobre el mismo caso’ (entrevista, 11/2019), mientras que un defensor lo definió como ‘un proceso muy democrático en el que podemos pensar en voz alta’ (entrevista, 11/2019).

El recorrido fue un momento de educación y orientación, en el que el personal aprendió a trabajar en equipo. Por ejemplo, un médico residente describió el recorrido como ‘un postdoctorado en vivo’ y explicó además que ‘el doctor se enriquece con la perspectiva psicológica y crea una terapia multidisciplinaria con el aporte de todos nosotros’ (entrevista, 11/2019). Como momento de colaboración y educación, el recorrido ofrecía el espacio para dialogar sobre el tratamiento, pero también para pedir o proporcionar ayuda para comprender una situación específica, aclarar malentendidos, sacar a la luz errores, rendir cuentas y servir de mentor (observaciones, 11/2019). Así, cada profesional reconoció las limitaciones de su posición y entendió la colaboración como la forma más eficaz para especializarse en la prestación de tratamiento psiquiátrico.

A través de las reuniones de AER y de los recorridos, se naturalizó el proceso no lineal del tratamiento psiquiátrico y sus limitaciones. Para responder a estas limitaciones, las estrategias empleadas fueron eficaces y se basaron en constante comunicación y retroalimentación, ajustes diarios y el trabajo en equipo interdisciplinario. Juntos, estos enfoques nutrieron un equipo que aprendió a pensar y trabajar en colaboración y a cultivar continuamente la CCSM.

Reflexiones finales

Las diferentes estrategias educativas empleadas en el Austral como parte de su modelo de tratamiento psiquiátrico son: aprender a estar en comunidad, aprender a hablar sobre salud mental en comunidad, aprender sobre alfabetización en salud mental y aprender a trabajar en colaboración. Juntas, estas estrategias enriquecen la comunidad en la que se desarrolló y practicó CCSM. Estas estrategias evidencian el aspecto pedagógico del tratamiento de la salud mental, razón por la cual este artículo aboga por la conceptualización de la salud mental como un resultado educativo alcanzable mediante el aprendizaje de estar en comunidad y el fomento de la CCSM. De este modo, las aulas se ampliarían para atender la salud mental de todos los alumnos, convirtiéndose así en inclusivas.

Se logró aprender a estar en comunidad en el Austral a través de buena comida, que permitió un espacio digno y seguro, a través de aprender a hablar de la salud mental propia en grupo, crear arte juntos y aprender a hablar sobre la salud mental a través de la retroalimentación de la comunidad. La alfabetización en salud mental se cultivó mediante el diálogo en grupo sobre el plan de tratamiento, que naturalizó el aspecto no lineal del tratamiento, y mediante el aprendizaje de la colaboración entre disciplinas.

Analizadas a través de una óptica educativa, estas estrategias pueden entenderse como un apoyo a la Conciencia Crítica sobre la Salud Mental (Martin-Baro, 1989). La CCSM es la habilidad de discernir mediante el diálogo si nuestra salud mental requiere intervenciones individuales o

sociales. Como tal, es una labor educativa. A través de este análisis, he demostrado que la definición de salud mental del Austral es relacional, procede de una multitud de paradigmas y trabaja en pro de la dignidad. Adoptando una perspectiva educativa, los aspectos pedagógicos del tratamiento clínico que aquí se destacan proporcionan un modelo para que las escuelas incorporen la salud mental como un resultado educativo. En general, aprender a hablar sobre malestar en la comunidad, tener conocimiento sobre la salud mental y estar en espacios seguros dentro de la comunidad, son estrategias pedagógicas que se pueden incorporar en todas las aulas.

Conclusión

Centrar la salud mental como un resultado educativo sería beneficioso para todos los estudiantes, en conformidad con los objetivos de la CDPD, los ODS de la ONU y la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina del 2010. Como proveedor de servicios psiquiátricos para jóvenes en Neuquén, el Austral, visto desde una perspectiva educativa, mostró un modelo de tratamiento basado en aprender a estar en comunidad, tener alfabetización en salud mental y nutrirse de la CCSM. Estas estrategias pueden ser implementadas en las aulas, convirtiéndolas en espacios inclusivos que pongan en el centro la salud mental de todos los alumnos. Cuando la salud mental se conceptualiza como un resultado educativo, las escuelas tienen el potencial de convertirse en inclusivas para todos los estudiantes.

Referencias

- Atkins S. M. et al. (2011). Toward the Integration of Education and Mental Health in Schools. *Administration Policy Mental Health*, 37(2), 40-47
- Collins, P. et al. (1999) Using Local Resources in Patagonia: Primary Care and Mental Health in Neuquén, Argentina. *International Journal of Mental Health*, 28(3), 3-16.
- Collins, P. et al. (1999) Using Local Resources in Patagonia: A Model of Community-Based Rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28(3),17-24.
- Courtis, A. (2021). Music & Dis/ability: Inclusive Perspectives in the Argentinean Context. In C. Figueroa & D.I. Hernández-Saca (eds.). *Dis/Ability in the Americas: the intersection of Education, Identity and Power* (pp. 167-193). Londres: Palgrave Mcmillan.
- Crowe, M. (2000). Constructing Normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 69-77.
- Fernando, S. (2017). *Institutional Racism in Psychiatry and Clinical Psychology. Race Matters in Mental Health*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Figueroa, C. (2021). *Teaching Towards Decoloniality: a mental health approach for Guatemala*. In C. Figueroa & D.I. Hernández-Saca (eds.). *Dis/Ability in the Americas: the intersection of Education, Identity and Power* (pp. 37-55). Londres: Palgrave Macmillan.

- Foster, S. et al. (2005). School mental health services in the United States, 2002–2003. Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Gibbs, G.R. (2007). *Analyzing Qualitative data*. Londres: Sage.
- Gray, J.N. (2022). Breaking down silos between health and education to improve adolescent wellbeing. *The BMJ*, 379. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067683>
- Khon, R. et al. (2018). A Reexamination of the Mental Health Treatment Gap in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Mental*, 42(165).
- Livingston, J. et al. (2012). A tale of two cultures: examining patient-centered care in a forensic mental health institute, *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(3), 345-360.
- Lumerman, J. & Conover, S. (2013). Development of a sustainable community mental health program in a remote region: the Austral Institute for Mental Health. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(1),80-84.
- Martín-Baró I. (1989). *Writings for a liberation psychology*. Cambridge, Mass.:Harvard University Press.
- Mascayano F., Tapia T. et al. (2016) Stigma towards mental illness in Latin America and the Caribbean: a systemic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2016 (38), 73-85.
- Mead, N. & Bower, P. (2000) Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087–1110.
- Mills, C. (2013) *Decolonizing Global Mental Health: the psychiatrization of the majority of the world*. Londres: Routledge.
- Mills, C. & Fernando. S. (2014). Globalising Mental Health or Pathologising the Global South? Mapping the Ethics, Theory and Practice of Global Mental Health. *Disability and the Global South*, 1(2), 188-202.
- Ministerio de Educación y Deportes de la Nación Buenos Aires. (2015). Argentina, enseña y aprende. Plan estrategico nacional 2016-2021 Gobierno de Argentina https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_estrategico_y_matriz_v9_0_0.pdf
- Moldavsky D. et al. (2011). Mental health in Argentina. CountryProfile. *International Psychiatry*, 8(3), 64-66.
- Padin, G. (2016). La educación especial en Argentina. Desafíos de la educación inclusiva. Ministerio de Educación Nacional. Argentina.
- Presidencia de la Nacion de Argentina (2016) Plan Nacional de Discapacidad 2017-2022. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/andis/plan-nacional-de-discapacidad>
- Rathert, C. et al. (2012) A. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systemic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351– 379.
- Resnick, S. (2008). Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatric Services*, 59(11), 307–1314.
- Scagliotti D.(2020). Argentina’s Debt in Mental Health. O’Neill Institute for National & Global Health Law. Georgetown Law.

- Sidani S. (2008) Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Research and theory for nursing practice*, 22(1), 24–37.
- Soldatic K., Grech S. (2016). *Disability and Colonialism (Dis)encounters and anxious intersectionalities*. Londres: Routledge.
- Suarez, J.I (2021). Survey on Latin American and Caribbean youth within the context of the COVID-19 pandemic. Social Development Division of the Economic Commission for Latin American and the Caribbean, United Nations.
- Thornicroft, R. (2020). Crip theory and mad studies: Intersections and points of departure. *Canadian Journal of Disability Studies*, 9(1), 91–121.
- Thornicroft, G. et al. (eds.) (2001). *Community mental health: Putting policy into practice globally*. Oxford: John Wiley & Sons.
- United Nations (2015) Sustainable Development Goals. Department of Economic and Social Affairs. Disponible en: <https://sdgs.un.org/goals/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 20132030. Ginebra: OMS
- WHO (2008). Integrating Mental Health Into Primary Care: A Global Perspective. Ginebra: WHO.