

Original

Una experiencia en promoción de la salud mental en Buenos Aires¹

HUGO HIRSCH,² Hugo ROSARIOS

La conducción de un equipo de promoción de la salud mental en una comunidad urbana durante ocho años, entre 1968 y 1976, ha permitido a los autores acumular experiencia, tentar diversos caminos, equivocarse y mostrar sus errores, crear, acertar y proponer algunas recetas producto de este devenir. La tarea comenzó con conocimientos bibliográficos extranjeros de difícil traslado y sin experiencia previa específica y culminó con propuestas concretas y probadas que aquí se ofrecen.

Community Psychiatry Experience in Buenos Aires

This is what was done and the experience gained through eight years in charge of a Community Mental Health Prevention Team.

There was no previous practical experience in this specific field other than bibliographical knowledge. Through trial and error certain basic recipes were found and these are offered here.

Our first step was to canvas the area to gather supposed community leaders, only to discover there was no such community: just a geographical area. Thus, the next step was to work with different Institutions within that area. These Institutions are like small communities unto themselves the functioning of which grossly affects the mental health of all involved. Our aim was to help them perform their explicit objectives better.

It was necessary that there was a wish for a change, and a contract was drawn in each case, specifying obligations, aims, objectives, etc. It must be clarified that the help offered and given was free of charge as all Municipal Health Assistance is in Argentine.

When some change was achieved, it was hard to pursue it. Besides, the advantages of this absolutely novel approach (Community Mental Health Work) had to be demonstrated to the City's authorities and even to the therapeutic staff of the Mental Health Centre itself, who often did not understand the idea of helping sane people to stay sane.

Half way through, however, there was a shift back to the original and main idea of neighborhood work which meant working with Mental Health agents in the community; the organization of population groups aiming at promoting solidarity and better communication. A work-shop for instance, was formed so that children and teenagers could take part in a creative way: theater, ceramics, puppet shows, etc., were organized so that they could get together and thus form a community feeling and a sense of belonging.

Simultaneously, the therapeutic personnel was taught to think in terms of: assistential priorities; the use of community resources; preventive tasks stemming from slow and patient work; follow-up of deserters and patients of other areas, etc.

All this material can be synthesized in four items: object, objective, methodology and techniques. A lot was done, a lot more has yet to be done but the road between theoretical social psychiatry and actual community work Know-How was covered.

1 Publicado en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1979; 25(3): 173-186.

2 Ex Jefe de Promoción y Protección de la Salud Mental del Centro de Salud Mental No 1 de la Municipalidad de Buenos Aires

Lo que sigue es una descripción de ocho años de esfuerzos en la conducción del equipo de Promoción y Protección de la Salud en el Centro de Salud Mental N° 1 de la Municipalidad de Buenos Aires.³ Su intención es facilitar la tarea de quienes traten de realizar en el futuro actividades similares en el campo de la prevención primaria en salud mental. Este es un camino relativamente transitado en la literatura mundial, y casi nada en publicaciones locales. Por ello nos ha parecido oportuno ofrecer esta reseña de nuestra experiencia.

El Centro fue creado como primer eslabón de la cadena prevista por el plan de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad. Este plan fue aprobado en agosto de 1969. En él se preveían dos tipos de forma institucional para las acciones de salud mental: 1) Las salas de psicopatología de los hospitales generales, en el nivel central. 2) Los centros de salud mental, en el nivel periférico.

El objetivo de estos servicios era actuar en los tres niveles clásicos de prevención, no sólo como prestadores asistenciales, sino también en tareas preventivas y de rehabilitación.

En lo que hace a las salas de psicopatología, se buscó la integración y jerarquización de la atención psiquiátrica en los hospitales generales, incluyendo la salud mental dentro de la salud general. Estos servicios, además de las tareas habituales destinadas a atender la demanda espontánea, se orientaban hacia actividades de promoción y protección de la salud que tenían como destinatario la actividad intrahospitalaria. Ello implicaba la atención psicológica de los pacientes no psiquiátricos y la consideración de los aspectos psicológicos de la relación médico-paciente.

Los centros de salud mental estaban ubicados fuera de los límites del hospital, de modo que fuese más fácil el acceso desde y hacia la población. Se suponía que debían poner mayor énfasis en las tareas preventivas y comunitarias y destinar una menor proporción de su capacidad a la prevención terciaria (rehabilitación), que estaba centrada en su hospital de día. Aquí las tareas de promoción y protección debían concentrarse en el vecindario en el que el centro estuviese ubicado.

La sección a cargo de estas tareas fue ubicada en el mismo nivel del organigrama que el sector asistencial, con el propósito de jerarquizar la organización y puesta en práctica de una serie de actividades que casi no tenían antecedentes en el país. Esta falta de historia implicó que nadie supiese al principio qué hacer, ni cómo hacerlo. Los autores estadounidenses [1, 2, 3, 7, 8, 11] ingleses [9, 10], franceses y holandeses [12, 13] mencionaban diversas acciones que podían desarrollarse «en» y «con» la comunidad, pero la diferencia de recursos y contextos hacía muy difícil utilizarlos para un programa concreto.

Además, la falta de tradición implicaba una falta de prestigio. La mayoría del personal tenía algún entrenamiento para la tarea asistencial, pero ninguno para la preventiva, y carecía totalmente de la motivación para adquirirlo. Poco a poco, sin embargo, fue nucleándose un grupo

³ Estos esfuerzos fueron realizados por numerosos profesionales que participaron de la experiencia a través del tiempo. Queremos expresarles de este modo nuestra gratitud. De manera especial agradecemos al doctor Julio Bello y al Lic. Carlos Campelo por su colaboración en la elaboración de este trabajo.

de gente con interés en practicar la novedosa idea de actuar sobre los factores desencadenantes o facilitantes de la enfermedad mental, antes de la aparición de ésta.

Pasos iniciales: primeros contactos. Los primeros intentos se redujeron a tomar contacto con las instituciones de la zona, inventariándolas, dándoles a conocer la existencia del Centro y pidiéndoles ayuda, ya sea monetaria o bajo la forma de productos que la empresa pudiese suministrar. Era muy clara entonces la sensación de que había que «salir», pero sin saber para qué. Luego se invitó a algunas personas definidas como agentes potenciales de salud mental (médicos; empresarios; jefes de personal) a una serie de reuniones, para estudiar un programa de acción para la zona. Esto tampoco tuvo mucho éxito, porque resultó imposible determinar cuáles eran realmente las necesidades del área, dado que estas personas podían pensar mucho más en las necesidades de sus respectivas organizaciones que en las de un contexto más amplio.

Estos fracasos fueron dejando sus enseñanzas, y al cabo de un año de funcionamiento pudimos definir mejor la índole de nuestro programa, de nuestros objetivos y de nuestra modalidad de acción. Llegamos a la conclusión, perogrullesca, de que no podíamos desarrollar acciones en la comunidad, porque no había tal comunidad. Lo que había era una zona geográfica, en la que el Centro debía desarrollar un programa. No existía entre la gente que vivía y/o trabajaba, y/o estudiaba en ella, un vínculo solidario y un sentimiento de pertenencia. Por lo tanto, mal podía expresar o formular la existencia de cuestiones a nivel comunitario.

Nuestro error había sido —y volvió a repetirse más adelante— tratar de seguir fielmente las concepciones extranjeras en la materia ya mencionada, sin percibir que las diferencias culturales obligaban a plantear la tarea en otros términos.

El nivel de participación cívica es en nuestra ciudad mucho más bajo que en esos lugares. Del mismo modo, tampoco existe aquí una tradición de desarrollo de programas conjuntos entre diversos organismos de bien público, lo que hace muy difícil trazar planes medianamente inclusivos.

El primer modelo: abordaje institucional. En resumidas cuentas, decidimos que no teniendo comunidad, bien podíamos trabajar con instituciones. Estas son unidades sociales definidas, lo que permite formular con claridad algunos de sus problemas; y al mismo tiempo suficientemente amplias, complejas e inclusivas como para suponer que su funcionamiento influye sobre la salud mental de las personas que forman parte de ellas y/o de su esfera de acción. Naturalmente no nos era posible trabajar con todo tipo de instituciones. Llegamos a la conclusión de que era preferible y más sencillo trabajar con aquéllas cuyos objetivos manifiestos tuviesen algún tipo de coincidencia con los nuestros. En la práctica esto implicó organizaciones asistenciales y educacionales públicas y algunas privadas de bien público.

Definimos como objetivo de nuestra tarea el ayudar a que esas organizaciones pudieran cumplir mejor sus objetivos explícitos, lo que implicaba ayudar a sus integrantes a cumplir mejor sus roles. Un ejemplo sería colaborar para que una escuela cumpla mejor sus objetivos de educar y formar, ayudando a maestros, alumnos, padres y personal a desempeñar mejor sus papeles.

Nuestro postulado fue que es posible obtener cambios beneficiosos sin sustituir la estructura existente por otra nueva. Algunos conflictos entre docentes y padres, por ejemplo, no necesitan una «conmoción revolucionaria» para ser resueltos.

Esta forma de concebir nuestra función nos facilitó el acceso a una gama bastante amplia de instituciones. Incluso se generó una corriente de pedidos que nos llenó de orgullo, puesto que habíamos conseguido crear una demanda para un «producto» nuevo en nuestro medio.

A ello contribuyó seguramente nuestra modalidad de aceptar el pedido inicial que las organizaciones nos formulaban, aun cuando tuviésemos razones para suponer que otras cuestiones pudiesen ser de mayor importancia o que el problema debía ser redefinido desde otro punto de vista. Generalmente ocurría que la discusión detallada de ese pedido, y de la metodología para darle curso, llevaba a su reformulación en términos más ajustados a las necesidades. Como en toda situación, ayudar a definir la pregunta lleva a formular una parte de la respuesta.

Para proseguir con ejemplos del tipo de los mencionados más arriba: un pedido de que atendiéramos al centenar de niños repetidores de una escuela determinada, podía ser aceptado confiando en que la discusión acerca del modo de llevar a cabo esa asistencia y de transmitir los resultados a la institución, nos llevase a «descubrir» la cuestión de por qué precisamente esa escuela tenía tal número de repetidores. En un caso particular, una escuela técnica descubrió que podíamos resultarles más útiles ayudándoles a establecer un sistema de ingreso que seleccionara más adecuadamente a los aspirantes, que dedicándonos a atender a todos sus alumnos repetidores. Lo importante es que «ellos» llegaron a esta conclusión. Si nosotros la hubiésemos planteado desde el principio, jamás hubiésemos llegado a trabajar allí. ¿Por qué? Porque el contacto inicial entre dos instituciones se da en un clima de recelo y desconfianza muy grande, particularmente si una de ellas —la que va a prestar un servicio de asesoramiento o apoyo— tiene una imagen asociada a la salud mental y su patología.

Es preferible entonces que sean los hechos los que «muestren» algunas características. En el ejemplo mencionado, bastó que se revisara con algunos docentes la información disponible en la institución acerca de los repetidores para que surgiera la evidencia de que el pobre rendimiento estaba, por ejemplo, significativamente correlacionado con la distancia entre el domicilio del alumno y el colegio. Algunas de las razones por las que esta correlación se presentaba eran la dificultad objetiva para llegar al colegio todos los días y el hecho de que la distancia se diese habitualmente vinculada con un nebuloso conocimiento del colegio y sus posibilidades por parte de los alumnos y sus padres, lo que se traducía en un desajuste entre la realidad y sus expectativas.

En nuestra concepción de la prevención primaria, mejorar el funcionamiento del colegio en ese aspecto es fundamental, porque un alto número de repetidores implica años perdidos y problemas de adaptación y fracasos; excelente caldo de cultivo para cualquier clase de problema psicológico. No sólo esto, sino que las consecuencias que para el personal docente puede tener trabajar año tras año con una población que no «rinde» pueden ser catastróficas.

Al vincularnos con las instituciones, nosotros buscábamos realmente establecer una relación de cooperación, y hacíamos grandes esfuerzos por ser aceptados. Claro que de nada hubieran servido estos esfuerzos si no hubiese habido también una disposición a aceptarnos. Viéndolo con la perspectiva que da el tiempo, había en los años 1970-72 un clima sociopolítico que facilitaba nuestra labor. Se hablaba de una necesidad de cambio, de una evolución o modernización, y muchas organizaciones vieron en nosotros instrumentos aptos para ayudarlos a cambiar. Naturalmente, aún en este clima muchas instituciones no querían saber nada con nosotros, o nosotros no podíamos hacer nada con ellas. Un grupo estaba constituido por aquéllas que podríamos llamar carentes de sofisticación. Es posible hacer un trabajo de psicología institucional en una escuela relativamente actualizada, pero no en una cuyo nivel general ha permanecido idéntico en los últimos cuarenta años. Es posible trabajar con alguna sala de un hospital relativamente moderno, pero no con su equivalente de otro, porque es probable que incluso la idea misma de un trabajo de esa índole no haya llegado hasta allí.

Otro grupo de instituciones con las que no pudimos trabajar fueron las que desarrollan una tarea con larga tradición autocrática y no cooperativa. Descubrimos, por ejemplo, que es mucho más fácil trabajar con una sala de pediatría que con una de cirugía.

Finalmente están aquellos casos que podrían llamarse de incompatibilidad. Para citar uno de ellos: todos los miembros de nuestro equipo eran muy jóvenes, y esto resultaba inaceptable para aquellos directivos de las instituciones que consideraban la experiencia añeja como única garantía de conocimientos útiles.

En síntesis, buscamos algo con que sustituir el concepto de comunidad, y lo encontramos en las instituciones. Tratamos de que algunas de esas instituciones nos aceptaran como colaboradores y a veces pudimos lograrlo, gracias a nuestros esfuerzos, al clima que se respiraba en esa época y a algunas características de esas mismas instituciones.

La técnica. Una vez que éstas nos aceptaban, al menos parcialmente, comenzaba la segunda parte de nuestro trabajo. Como requisito para iniciarla, solicitábamos la firma de una especie de contrato, no pecuniario,⁴ en el que quedaban estipuladas, por escrito, la finalidad explícita de la tarea y las obligaciones recíprocas de las dos instituciones. Esto permitía luego tener un punto de referencia si surgían malentendidos, muy frecuentes en este tipo de actividad.

Todos estos contratos tenían una duración limitada, coincidente con la búsqueda de una técnica de trabajo que facilitase a la institución consultante la máxima autonomía en el menor tiempo posible. La idea era algo así como «nosotros facilitamos temporariamente esta herramienta, hasta que ustedes adquieran una similar y no necesiten de la nuestra». Esto incluía desde la posibilidad de facilitar la comunicación entre distintos grupos de poder, hasta el dictado de cursos sobre temas específicos.

Un ejemplo sería una guardería infantil en la que se realizaban grupos de discusión entre las madres acerca de diversos problemas comunes en los niños. La coordinación del grupo estaba

⁴ Las prestaciones municipales de todo tipo en materia de salud eran entonces gratuitas.

a cargo de una psicóloga del Centro, pero la observadora era una asistente social de la escuela, que posteriormente discutía con la psicóloga la técnica utilizada. La idea era que pasado un tiempo, también ella pudiera hacer uso de la técnica de grupo de discusión en el curso de su labor y pudiese reemplazar a la psicóloga en su función.

Con el tiempo, sin embargo, descubrimos que los cambios que se producían rara vez sobrevivían durante un lapso prolongado y que era necesario continuar estableciendo nuevos contactos con la institución. Es más, llegamos a la conclusión de que el pedido de nuevas tareas era la confirmación de que nuestro trabajo era útil, mientras que el desinterés en promover una nueva actividad indicaba que lo que se había hecho no había sido evaluado por la institución como importante. De hecho es posible pensar que un buen trabajo en una institución es interminable, puesto que cada paso lleva a nuevos problemas y nuevas posibilidades.

¿Qué pasaba cuando nos íbamos? Tuvimos oportunidad de averiguarlo al volver a trabajar en algunas instituciones un par de años después de haber concluido la primera tarea. Nos pareció que el peso de la historia previa de la institución y las presiones de su contexto, llevaban a un gradual «olvido» de lo conquistado. En el ejemplo que expusimos hace un instante, podía ocurrir que la asistente social fuese trasladada al año siguiente y nadie estuviese en condiciones de reemplazarla en la actividad iniciada, o que con el correr del tiempo volviese a asumir el rol desvalorizado de «registradora de datos» que siempre había cumplido, o que hubiese cambiado la directora y la nueva no viese con buenos ojos ese tipo de trabajo, etc. Si nos quedábamos en la institución, en cambio, siempre podíamos aliarnos con las personas que deseaban mantener los logros alcanzados, reforzando así su cuota de poder institucional. Nuestra presencia era necesaria a modo de guardianes de los cambios, por así decir, aunque ya estuviésemos trabajando con otro problema.

Otro aspecto que caracterizaba nuestra tarea era la convicción explícita de que no sabíamos acerca de la institución y sus actividades más que sus integrantes. En consecuencia, no podíamos decirles cómo debía funcionar, sino ayudarlos a pensar en función de su propia experiencia. Tratábamos de remarcar que nosotros nos considerábamos especialistas en algo (psicología, sociología, etc.), pero que ellos a su vez eran especialistas en alguna otra cosa, y que la tarea que estábamos desarrollando allí era auxiliar, que estábamos al servicio de la actividad que estaban cumpliendo ellos. Tratábamos de no ceder a la tentación de decirles a otros cómo debían manejar sus asuntos, sin caer por ello en la pretendida no directividad del «¿Y a usted qué le parece?», utilizado indiscriminadamente.

Si un grupo de celadoras de una guardería, por ejemplo, recibía clases de psicología evolutiva, era parte de su tarea el determinar qué conocimientos necesitaba, y de qué modo podía utilizarlos en la realidad cotidiana de su trabajo, mientras que nuestro papel era el de proporcionarles concretamente esos conocimientos, sin intentar «extraerlos» de su experiencia.

Cabría añadir que en este ejemplo, como en otros, se está aludiendo a la tarea en función de sus objetivos explícitos. Habitualmente, sin embargo, cada una de ellas tenía otros, implícitos. En el caso de las celadoras, la finalidad del curso no sólo era que contasen con un mejor bagaje de conocimiento científico para su trabajo con los niños, sino proporcionarles al grupo

una oportunidad de prestigio dentro de la organización que alterase su grado de importancia relativa y consiguientemente su posibilidad de proponer cambios en la misma.

La otra característica de nuestra actividad era que cualquiera fuese el nivel de la organización con el que empezáramos a trabajar, lo hacíamos siempre en contacto y con la aprobación del nivel directivo. De esta manera evitábamos delegaciones indebidas y calmábamos cualquier ansiedad respecto a que estuviésemos «usurpando» o ayudando a «usurpar» poder. Al mismo tiempo, podíamos contar con un eventual apoyo en caso de que la tarea que se realizase en el otro nivel llevase a adoptar decisiones significativas.

Generalmente encaminábamos nuestra actividad hacia la producción de un trabajo que tuviese como objeto parcial al propio grupo directivo. Si nuestra tarea anterior había tenido éxito, la propuesta era aceptada con facilidad. La consideración sistemática de la marcha de la institución se transformaba entonces en el eje de nuestra labor conjunta.

Es necesario aclarar que no pensábamos que fuese útil trabajar exclusivamente con el grupo directivo, por dos razones. La primera es que eso nos hubiese llevado a identificarnos con ese grupo en particular y perder de vista la institución total. La segunda, que si bien el grupo directivo en una institución pública tiene en sus manos una cuota importante de poder para efectuar los cambios, está tan sujeto en nuestro medio a modificaciones rápidas de su composición, que es imposible asegurar la persistencia de esos cambios. En este sentido, los niveles medios —habitualmente los más conflictuados y resentidos— son los que tienen la cuota de permanencia suficiente y el poder como para perpetuar un cambio, aunque habitualmente no para imponerlo. De acuerdo con nuestro punto de vista, un cambio podía generarse desde cualquier sector de la institución, pero había que contar con los niveles directivos para imponerlo y los niveles medios para consolidarlo.

Nuestra actividad tenía objetivos que no se agotaban en la organización a la que brindábamos asesoramiento. En aquella época no sólo estábamos haciendo algo, sino tratando de demostrar que ese algo era posible y útil. Esta demostración tenía dos destinatarios: el resto del Centro de salud y los poderes municipales. Nuestra preocupación por el segundo de ellos, como garantía de continuidad para nuestro plan de salud mental, determinó que buena parte de nuestra actividad se desarrollara en instituciones municipales (hospitales, escuelas técnicas, guarderías, hogares, colonias) con la peculiaridad de que permanentemente estábamos buscando nuestra inclusión en el nivel inmediato superior. Ello llevaba a que, por ejemplo, nuestro trabajo en la guardería nos condujese a una tarea en la secretaría de promoción y asistencia de la comunidad de la que ella dependía.

Podría decirse que muchas de las organizaciones con las que trabajamos formaban parte de una estructura piramidal hacia cuya cúspide tendíamos como objetivo de trabajo. Nuestra idea era que de ese modo garantizábamos el trabajo en el nivel inferior y que, al mismo tiempo, cuanto más alto el nivel con el que trabajáramos, mayor el número de gente beneficiada con la elaboración y los cambios. Implícito estaba el hecho de que un número creciente de funcionarios importantes fuese conociendo esta modalidad de trabajo. Fue así como llegó un momento en el que trabajábamos con instituciones dispersas en los lugares más diversos de

la ciudad. Buscando ese efecto de demostración, tomamos incluso algunas tareas para incluir en ellas profesionales de servicios de psicopatología de varios hospitales, con el propósito de que aprendieran esta actividad y empezaran a practicarla desde sus respectivos lugares de trabajo.

El otro destinatario de nuestra tarea era el Centro de Salud. De un modo u otro buscábamos demostrar que esta tarea era factible, interesante... y que el resto de los profesionales del Centro debía hacerla con nosotros. Esto fue siempre muy resistido, tanto por problemas inherentes a la dificultad de modificar actitudes y motivaciones de larga historia, como por el refuerzo brindado por el contexto. Este hacía más prestigioso y económicamente rendidor para el personal el aprendizaje y ejercicio de la psicoterapia. Un factor que no pudimos percibir entonces, pese a su importancia, era nuestro interés por seguir siendo un grupo minoritario «diferente», «iluminado», depositario de la mística de la prevención y de la técnica más moderna y sofisticada, lo que ayudaba a mantener nuestra cohesión y entusiasmo. El rechazo y la «incomprensión» de que éramos «víctimas», nos rodeaba al mismo tiempo de un cierto halo que procurábamos inconscientemente mantener. Para ello era necesario que la incomprendimiento y falta de cooperación continuaran.

Algo de esto puede inferirse considerando que el único pedido de las instituciones que nos producía regularmente dificultades —pese a que varios de nosotros teníamos alguna experiencia en la materia— era el de asistencia. Si se presentaba alguna solicitud en ese sentido, buscábamos cubrirla por intermedio de los equipos asistenciales. Esto era aparentemente correcto, dado que así procurábamos la integración del Centro y evitábamos la duplicación de funciones. En la práctica esta intención tropezaba con varios obstáculos. Uno era que la gente de los equipos asistenciales ya tenía su propia actividad, y no le gustaba sobrecargarse con otra que implicaba frecuentes visitas fuera del Centro. Además, no se sentían cómodos al tener que aceptar que, en un aspecto, nosotros les dijésemos cómo tenían que hacer su trabajo. Ello condujo a que la parte asistencial fuese con frecuencia la más desatendida de nuestra tarea con instituciones, y a que tratásemos de evitar solicitudes al respecto. Por otro lado, los escasos pedidos existentes servían de motivo para interminables discusiones con los equipos asistenciales, en cuyo transcurso podíamos renovar nuestra convicción de que no nos comprendían y que estábamos solos en nuestra importante labor evangelizadora de promoción de la salud mental.

Llegamos a desarrollar una tecnología tendiente a que el pedido de asistencia fuese lo más limitado posible: una formalidad para pasar al «verdadero» trabajo. Esto se debió no sólo a nuestras dificultades con los otros equipos, sino también a un intento de sobreponernos a nuestra propia formación, casi exclusivamente asistencial para muchos. En el caso de la atención psicoprofiláctica de un niño en un servicio de pediatría, por ejemplo, afirmábamos que más importante que el resultado de la tarea con el paciente en sí, era su utilidad para establecer contacto y trabajar con el equipo médico. De este modo, procurábamos contrabalancear nuestra tendencia originaria a ocuparnos del «caso», con prescindencia de todo lo demás, pero recreábamos la división entre trabajo asistencial y trabajo preventivo que estábamos tratando de evitar. Para nosotros la institución era nuestro «caso» o «cliente», o «paciente».

Otro factor que contribuía a este modo de ver las cosas era nuestro excesivo apego, pese a nuestro esfuerzo, al modelo americano y francés de centros de salud en el que la abundancia de recursos llevaba a la posibilidad de que el énfasis en la prevención primaria pudiera darse de manera paralela y relativamente independiente del aspecto asistencial. En ese momento no consideramos lo preventivo como la extensión lógica de una asistencia eficaz, criterio que pudimos desarrollar más tarde. El resultado era que siempre se repetía una situación en la que nosotros trabajábamos con nuestro esquema, con nuestros propios clientes, y el resto del Centro atendía por otro lado una serie de pacientes que provenían de otras fuentes.

Finalmente llegó un momento en que la perduración de este problema, junto con los cambios en el resto del Centro y en el contexto más amplio, nos llevaron a revisar nuestras concepciones y adoptar una metodología diferente.

El segundo modelo: la tarea zonal. Señalamos más arriba que estábamos tratando de demostrar algo, y que uno de los destinatarios de la demostración era la Municipalidad. El tiempo fue evidenciando que no había posibilidad de que se creasen nuevos centros (salvo el N° 2, en cuya organización colaboramos), ni de que se extendiese nuestra concepción comunitaria a otros servicios. Por otra parte, muchos de nuestros trabajos se desarrollaban en zonas geográficamente alejadas de la que correspondía al Centro. La integración y continuidad de servicios se hacía imposible. Entonces se volvió a la idea original —por otra parte correcta— de integrar el Centro a su zona, cubriendo las necesidades de la población del área.

Se regionalizó la asistencia, y de la noche a la mañana el Centro se quedó sin pacientes, puesto que la mayoría hasta entonces provenía de otros sectores de la ciudad. Ante este vacío, el equipo de promoción fue abandonando lentamente muchos de sus trabajos institucionales —en particular los que se realizaban con instituciones fuera del área— y se ocupó cada vez más del problema de las relaciones del Centro con la zona. Esto dio lugar a modificaciones importantes, no sólo en la tarea sino en algunas de nuestras ideas.

Creemos que es básicamente cierto que un área no define una comunidad, y que las instituciones representan una posibilidad de trabajo fundamental (aunque no única, como veremos después). Ocurre que estos trabajos debieron integrarse en un programa para toda el área, y no constituirse en programas *per se*. En nuestro afán misionero pusimos demasiado énfasis en el aspecto de demostración, en lugar de centrarnos en los beneficios inmediatos que la población debía recibir de nuestro trabajo. Cometimos el error de no utilizar la asistencia eficaz como herramienta fundamental para la prevención primaria.

Posteriormente desarrollamos una serie de conceptos vinculados con el uso de recursos «comunitarios» en la asistencia, pero casi sin prestar atención al trabajo con organizaciones, lo que implicó empobrecernos por la otra punta. Esto ocurrió porque el entorno sociopolítico (años 1973-75) hacía cada vez más difícil una labor que cualquiera podía tildar de «infiltración» de algún tipo. El interés por parte de los responsables de las instituciones era menor, nosotros mismos nos sentíamos «perseguidos» y el tipo de conflictos que se presentaba no parecía solucionable con nuestras técnicas.

La idea de que un equipo de promoción y protección debe trabajar primordialmente en estrecho contacto con las instituciones del área con fines de asesoramiento institucional es excelente, pero no siempre aplicable en función del contexto socio-político.

La técnica. ¿Qué es lo que se hace cuando no se puede? Intentar en direcciones tales como el trabajo con agentes de salud o la organización de sectores de población.⁵

1) La tarea con agentes de salud mental, sobre la base de grupos formados por personas del mismo rol. Definimos como agente de salud (o enfermedad) al individuo que por su papel está en condiciones de influir significativamente sobre el estado emocional de un número relativamente alto de personas. Así, son agentes de salud los médicos, los maestros, sacerdotes, trabajadores sociales, etc. La organización de jornadas, grupos de discusión o seminarios en los que se debatan aspectos específicos de su tarea vinculada con la salud mental, constituye un instrumento eficaz que les permite evitar ser «enfermantes», detectar y derivar con rapidez los casos que necesitan ayuda especializada y promover conductas «sanas» en aquéllos con los que interactúan. El equipo trabajó esporádicamente a lo largo de toda su existencia en esta dirección. La mayor dificultad en esta línea de trabajo es mantener la continuidad, ya que después del entusiasmo inicial cada uno vuelve a sus problemas cotidianos y no hay un grupo al cual referirse y donde buscar apoyo. De allí que esta tarea necesite, a modo de complemento, de una estructura de consultoría permanente. Allí, individualmente o en pequeños grupos, es posible evacuar los problemas que van presentando los participantes y crear un grupo de referencia y pertenencia que los respalde. Para ello es necesario que el profesional consultor conozca a fondo la tarea de los consultantes y comprenda que es necesario ir creando en ellos el hábito de utilización de este servicio; que no basta con estar allí, sino que hay que «vender» lo que uno ofrece. Esto es bastante difícil para un profesional que concurre gratuitamente a una institución y siente que hace un favor ofreciendo su tiempo, por lo que le resulta inexplicable la necesidad de crear una demanda de sus servicios. Por este motivo, quizás también por la inestabilidad de todos estos años y la inexperiencia de los consultores, estos servicios fueron esporádicos. Con todo, fueron de utilidad para mucha gente, particularmente maestros y asistentes sociales, que tuvieron oportunidad de aprender aspectos significativos en el ejercicio de su papel.

2) La organización de sectores de la población para una finalidad vinculada con el logro de una mayor solidaridad grupal. Es difícil diferenciar este tipo de actividad de lo que puede denominarse trabajo social comunitario. Su desarrollo quedó a cargo de un subequipo que se ocupó de visitar todas las casas de algunas manzanas del barrio, detectando necesidades en relación con el uso del tiempo libre y buscando organizar a la población como para que pudiese satisfacerlas. A partir de allí surgió la posibilidad de encuentros semanales con representantes de manzanas, que llevaron a actividades tales como: formación de un club de adolescentes, taller de títeres para niños, colaboración de los vecinos con la tarea del hospital de día, cursos de información para parejas, cursos de preparto, actividades culturales (cine debates) y deportivas (partidos de fútbol entre integrantes del Centro y vecinos, por ejemplo). Estas actividades, que se desarrollaban en el local del Centro (conviene mencionar que éste funcionaba en un

⁵ Hay una tercera que es la que seguimos aquí: escribir sobre lo que se hizo.

agradable edificio de dos plantas, con alrededor de 600 metros cuadrados cubiertos, en un terreno de aproximadamente 800 metros cuadrados) sirvieron también para romper la barrera que entre la institución y el barrio tenía el prejuicio sobre la enfermedad mental. Al concretarlos mejor, la desconfianza cedió y aumentó la posibilidad de consultas por situaciones relativamente más leves.

Integración con el resto del Centro. La drástica disminución de pacientes que siguió a la regionalización de la asistencia, llevó a cambiar las actividades con instituciones por otras: a pasar de una concepción en la que se trataba de limitar la consulta psicoterapéutica, a otra en la que se buscaba promover dichas consultas. Dicho de otro modo, se pasó de la idea de la prevención primaria como una forma de limitar en el corto plazo el número de consultas, a otra en la que la promoción de la consulta temprana iba unida a la integración eficaz entre los diferentes niveles de prevención. Desde la jefatura general del Centro se definió que *la promoción y protección de la salud mental era elemento constitutivo de la atención psiquiátrica integral*.

Como resultado de todo esto, la sección de Promoción empezó a participar en las tareas de admisión y terapia de los equipos asistenciales.

Sus funciones eran las siguientes:

1) *Enseñar la utilización sistemática de los conceptos de regionalización y sectores de responsabilidad para la planificación de la asistencia.* Se trataba de que el personal pudiera pensar no sólo en términos del individuo que consultaba, sino también en función de los sistemas interrelacionados disponibles para su asistencia. Que pudiera pensar, por ejemplo, en lo que es posible hacer con un sujeto cuando podemos trabajar con otras organizaciones (su trabajo, escuela, etc.), a diferencia de lo que no podemos hacer por aquél que vive en un medio con el que no estamos vinculados por razones de distancia o de otro tipo. De este modo, la atención del primero es una obligación, y la del segundo, un derroche. La comprensión adecuada de los conceptos mencionados lleva necesariamente a los puntos siguientes.

2) *Ayudar a definir prioridades asistenciales.* En la medida en que la institución tiene responsabilidades específicas hacia un sector de la población pero cuenta con recursos limitados, debe definir prioridades. Estas deben basarse no sólo en consideraciones relativas a la gravedad del caso o su urgencia, sino también en las atinentes al vínculo de ese caso con el resto del trabajo del Centro. Dado que la demanda «espontánea» en realidad refleja la estructura de intereses individuales del personal, es necesario no distribuir los recursos terapéuticos atendiendo sólo a la presión que ella ejerce. Los casos de chicos maltratados, por ejemplo, difícilmente aparecen en la consulta espontánea; hay que salir a detectarlos.

3) *Sensibilizar a los terapeutas acerca de la repercusión externa que tiene el modo en que es manejado un caso.* Es obvio que si un clínico o un sacerdote, por poner un ejemplo, envían a alguien a una institución para recibir tratamiento, luego se van a fijar en cómo ese paciente fue atendido. Este «cómo» incluye una variedad de aspectos, entre los que pueden mencionarse si es atendido con amabilidad, si se le da tratamiento de inmediato, o se lo pone en una lista de espera, si se le da algún tipo de información al derivante en caso de que corresponda, si tiene la impresión de que se tomaron en cuenta sus recomendaciones en caso de que las haya

formulado, etc. Hay que tener en cuenta estos aspectos cuando se trata de atender el canal de derivación, aún en los casos en los que no se pretenda hacer con él un trabajo específico.

4) *Llamar la atención sobre los recursos comunitarios que podían ser movilizados para el tratamiento.* Nuestra formación psicoanalítica individualista nos llevaba siempre a considerar el tratamiento como una cuestión estrictamente limitada a la relación entre el paciente y su terapeuta, en la que éste trataba de que aquél produjese cambios «internos» mediante *insight*. Tratamos entonces de ampliar esta visión, incluyendo la posibilidad de promover cambios en la relación entre el paciente y su medio. En tren de ejemplos, podría pensarse en el modo de conseguir que un docente modifique su actitud para con un alumno, o en la posibilidad de utilizar todos los contactos de una familia gravemente perturbada para promover una terapia en red, o en colaborar estrechamente con el servicio social de jubilados, para evitar que el déficit en la atención acentuase los cuadros depresivos presentados por muchos ancianos. Como parte de esta misma línea se enfatizó la conveniencia de la visita familiar domiciliaria como modo de obtener una serie de importantes datos diagnósticos y de influir sobre el paciente y su medio para un tratamiento eficaz. También aquí se intentó que los tratamientos incluyeran la realidad externa además de los conflictos intrapsíquicos.

5) *Buscar las posibilidades de usar la labor con el paciente como punto de partida para una tarea de prevención primaria.* La consulta psicogeriátrica, por ejemplo, podía ser empleada para promover un trabajo con el hogar de ancianos en el que esa persona vivía. Esto no se diferenciaba demasiado de nuestra primitiva labor con instituciones. Con todo, una diferencia era que en esta última etapa centrábamos la consulta institucional en los problemas de los clientes de la institución. Además, en lugar de bloquear la consulta de otros pacientes la promovíamos, siempre y cuando no se transformara en una mera descarga, por parte de la entidad derivante, de lo que podía llamarse sus casos problemas. Una técnica que se reveló como eficaz para esta última situación era el aceptar los pacientes sólo si venían acompañados por una nota detallada del derivante institucional, en la que explicase sus impresiones acerca del caso y las razones de su derivación. Esto era un modo de obligarlos a ocuparse de los sujetos, de reflexionar acerca de ellos, llevando a que la tarea posterior fuese compartida.

6) *Motivar a los miembros de los equipos asistenciales a que efectúen tareas de seguimiento y recaptación de pacientes desertores, acompañándolos en este trabajo.* Dado el concepto de área de responsabilidad, la deserción de un paciente debe entenderse en principio como una falla del sistema de atención, y no como prueba de la incapacidad del paciente para recibir tratamiento. Compete entonces al equipo terapéutico averiguar las causas de la deserción y, en caso de que corresponda, diseñar y efectuar acciones para remotivar y tratar al cliente.

7) *Efectuar tareas de derivación y seguimiento de los pacientes ajenos al sector, y motivar a los miembros de los equipos asistenciales para colaborar en esta actividad.* Se trata aquí nuevamente de utilizar los conceptos de regionalización y psiquiatría de sector, para pensar que lo mejor que podemos hacer por un consultante ajeno al área es explicarle por qué no lo podemos atender, orientarlo respecto al servicio donde puede ser atendido, derivarlo por nota y eventual comunicación personal al servicio correspondiente, y averiguar luego qué pasó con él. Esto último, cuando se convierte en rutina, mejora notoriamente la calidad de la atención

que el cliente recibe, por el clásico efecto de auditoría. Como se ve, en lugar de seguir insistiendo en que los equipos asistenciales participaran de nuestra tarea, tratamos de participar nosotros de la actividad asistencial y teñirla con nuestra modalidad peculiar. Aún estábamos intentando afirmar esta línea, cuando la experiencia se interrumpió.

Síntesis y conclusiones

A modo de conclusión quisiéramos sintetizar aquí los objetivos, métodos y técnicas de nuestra tarea, tomando dos etapas específicas para su comparación. La primera corresponde a nuestro modelo de actividad con instituciones (años 1968-72) y la segunda se desarrolla a partir de la efectiva regionalización de la asistencia en el Centro (años 1973-76).

Primera etapa

A) *Objeto.* En la medida en que la «comunidad» se presentaba como un concepto de nebulosa aplicación, nuestro objeto por excelencia fueron las instituciones, supuestamente de un área geográfica, pero en la práctica de toda la Ciudad de Buenos Aires. Estas instituciones se convertían en nuestro «caso», y se caracterizaban por tener objetivos explícitos o formales parecidos a los nuestros, en el sentido de tender primordialmente al beneficio de su clientela, por ser relativamente actualizadas, no totalmente autocráticas, y dirigidas por personal que no viese la edad de los consultores como factor negativo.

En segundo término nuestros objetos fueron los organismos de nivel superior de la Municipalidad y el ambiente psiquiátrico y psicoterapéutico de Buenos Aires, representado en particular por el personal del propio Centro.

B) *Objetivos.* Ayudar a esas instituciones a cumplir «sus» objetivos, lo que en la práctica implicaba ayudarlos a cambiar parcialmente. De éste derivaban objetivos subsidiarios: colaborar con el personal para que pudiera desempeñar mejor sus papeles y ayudar a ciertos sectores a obtener un mayor prestigio relativo que les permitiera presionar más efectivamente en favor de los cambios deseados. En relación con la Municipalidad, impresionar a los niveles con poder de decisión acerca de la viabilidad y efectividad de nuestra tarea, de modo que apoyasen el plan de salud mental y la creación de nuevos centros y salas de psicopatología. Por lo que hace al ambiente psiquiátrico y a nuestro propio personal, buscábamos «evangelizarlo», convertirlo a nuestras ideas sobre posibilidades de prevención en salud mental, y transmitir una mística de cambio en esa dirección.

C) *Método.* Asesoramiento institucional, caracterizado por: 1) Relación de cooperación en la que los representantes del Centro se definen como auxiliares técnicos al servicio de los objetivos institucionales. 2) Una definición de nuestra actividad como un recurso temporariamente facilitado a la institución, hasta que ésta pudiese desarrollarla por sí misma. 3) Necesidad de trabajar con la aprobación y en contacto permanente con el nivel directivo. 4) Considerar como deseable la periódica revisión de la marcha de la institución, del grupo directivo y de otros grupos específicos. 5) Redefinición de toda problemática particular o individual en términos institucionales, con el fin de operar en ese nivel.

D) *Técnicas.* Podemos agrupar bajo este rubro algunos «trucos» y algunas «herramientas».

Entre los primeros mencionaremos: 1) Aceptar el pedido inicial de la institución, confiando en que la mera discusión del modo en que podría ser satisfecho llevaría a una reformulación de los objetivos de la tarea por parte del consultante. 2) Buscar tareas que sirvan de «demostración», prestigiando al personal del Centro y de la institución que participó en ellas. 3) Dejar que algunas situaciones sigan adelante, como para que sean los mismos hechos los que evidencien características que nosotros queríamos destacar. 4) Establecer contratos escritos en los que quedasen fijados los objetivos de cada actividad, el modo en que serían desarrollados y las obligaciones de cada institución. 5) Trabajar con el nivel directivo para que los cambios puedan surgir y con el nivel medio para que se puedan afianzar. 6) Tratar de incluir siempre en el trabajo a la institución de nivel inmediato superior, cuando la hubiera; por ejemplo, Consejo escolar, o Departamento de Salud Materno-infantil de la Municipalidad). 7) Buscar el modo de que el Centro tuviese siempre nuevos contactos con cada institución, para asegurar con nuestra presencia el mantenimiento de los logros alcanzados. 8) Dejar sentado, a través de demostraciones periódicas que solían asumir la forma de súbitos «cambios de bando», que estábamos al servicio de determinados objetivos institucionales, y no de grupos o personas o ideas políticas.

Por lo que se refiere a las «herramientas», utilizamos entre otras las siguientes: 1) Elucidación de conflictos de roles entre grupos y/o entre individuos, a través de técnicas de consulta. 2) Formación de grupos de autorreflexión. 3) Formación de grupos de planificación y evaluación institucional. 4) Clases. 5) Trabajos conjuntos con algún miembro de la institución. 6) Localización de recursos necesarios para la institución; por ejemplo, un pediatra dispuesto a colaborar con la guardería. 7) Promoción de contactos interinstitucionales; por ejemplo, entre la sociedad de fomento y la escuela. 8) Provisión directa de recursos asistenciales cuando eran de la competencia del Centro.

Segunda etapa

A) *Objetos.* 1) El sector bajo nuestra responsabilidad, y en especial el barrio circundante. 2) Los agentes de salud mental, no necesariamente dentro de un marco institucional. 3) El personal del Centro.

B) *Objetivos.* 1) Ayudar a que la gente del barrio pudiera organizarse para detectar y satisfacer sus necesidades en materia de asistencia y recreación. 2) Ayudar a los agentes de salud mental a interactuar de una manera más positiva, evitando conductas «enfermantes», y a detectar precozmente y derivar los casos patológicos. 3) Ayudar al personal de los equipos asistenciales a planear y desarrollar la actividad con una «visión comunitaria», empapándonos al mismo tiempo de su visión de los problemas y ensayando soluciones conjuntas; de manera más específica, esto implicaba llegar a: a) Utilizar el concepto de sector geográfico de responsabilidad de manera habitual o rutinaria. b) Definir prioridades asistenciales y llevar a la práctica medidas destinadas a satisfacerlas. c) Tener in mente la repercusión externa del manejo de los casos y la importancia de las relaciones con el canal de derivación. d) Poder pensar el modo de incluir recursos comunitarios eficaces en cada tratamiento. e) Recordar que la atención eficaz puede ser utilizada como punto de partida para un trabajo de preventión primaria. f) Realizar rutinariamente tareas de recaptación de los pacientes desertores y de derivación con seguimientos de los ajenos al sector.

C) *Métodos.* Pueden sintetizarse señalando la búsqueda del contacto y participación de la población entre sí y con el personal del Centro. Esto implicaba la organización de diversas actividades en el barrio y la vinculación con el plano asistencial, tratando de crear las condiciones para que cualquier sugerencia o crítica pudiese realmente ser aceptada y usada. En el mismo sentido puede señalarse la jerarquización sistemática del contacto con el canal de derivación y el aprovechamiento de recursos comunitarios para algunas actividades del Centro. Por ejemplo, vecinos que enseñaban pintura o escultura a los pacientes del hospital de día.

D) *Técnicas.* 1) Visitas a los agentes de salud (obstetras, por ejemplo) para obtener información, establecer vínculos y motivarlos para tareas conjuntas posteriores. 2) Actividades de formación y actualización de agentes de salud mental, ofreciendo servicios de consultoría y respondiendo a los pedidos mediante la utilización de las técnicas de Caplan [3] Organización periódica de jornadas para grupos de diversos profesionales. 3) Entrevistas conjuntas a pacientes con miembros de los equipos asistenciales, como modo de ayudarlos a explorar la «dimensión comunitaria» de la relación terapéutica. 4) Participación de todas las reuniones de planificación y evaluación terapéutica, ayudando a mejorar su eficiencia mediante el énfasis en el uso de recursos administrativos. 5) Coordinación de grupos de discusión y planeamiento de los vecinos, según la técnica de Thelen [14] 6) Cursos abiertos sobre temas tales como psicoprofilaxis obstétrica, preparación premarital de la pareja, etc. 7) Desarrollo de las tareas recreativas (cine debates, fútbol, etc.).

Todas estas actividades se realizaron siguiendo dos pautas básicas: acortar todo lo posible la distancia con nuestros usuarios potenciales para mostrarles que había situaciones en las que no había pensado sobre las que se podría hacer algo en conjunto, y marcar cuidadosamente que se trataba de una actividad de cooperación, evitando que delegasen en nosotros la responsabilidad que les competía.

Los cambios en el nivel municipal que sucedieron a los acontecimientos de marzo de 1976 llevaron a una renovación casi total del personal del Centro. A tres años de distancia, algunos de los que fuimos responsables nos sentimos en condiciones de sintetizar y evaluarla parcialmente [a la experiencia de gestión realizada].

Tuvimos aciertos y errores. Como saldo a favor podríamos mencionar el haber sensibilizado a un enorme número de personas —profesionales y no profesionales— a la posibilidad de pensar desde otros ángulos el problema de la salud mental y sus relaciones con el vivir cotidiano, el haber acumulado una serie de conocimientos acerca de lo que se puede hacer en materia de trabajo preventivo en salud mental en Buenos Aires, así como el modo en que conviene conducir y administrar un equipo que desarrolle esa tarea con eficacia; y, por último, como reflejo de lo antedicho, el haber madurado una actitud personal que se expresa incluso en nuestra actividad psicoterapéutica en el ámbito privado. Entre nuestros errores, además de los mencionados más arriba, está el no haber producido constancias de nuestra tarea que estimulasen a otros a iniciar un proceso de discusión que hubiese servido para refinar nuestras ideas y métodos. Esperamos que este trabajo sirva para paliar en parte ese déficit, y de inspiración y estímulo a los interesados en trabajar en este campo. Además, no perdemos la ilusión de que en algún momento vuelva a guiar nuestra propia actividad. Al fin

y al cabo, en él se sintetizan ocho años del dificultoso y —por su propia naturaleza— interminable pasaje desde la psiquiatría social teórica, hacia el «saber-cómo-se-hace» promoción y protección de la salud mental en Buenos Aires.

Referencias

1. Bellak L, Barten HH. *Progress in Community Mental Health*. New York: Grune and Stratton; 1969.
2. Bellak L, editor. *A Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health*. New York: Grune and Stratton; 1964.
3. Caplan G. *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Paidós; 1966.
4. Caudill W. *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge (Mass): Harvard University Press; 1958.
5. Duchène H. *Les services Psychiatriques publics extra-hospitaliers*. En: Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 58e sesión, Tours. Paris: Masson; 1959.
6. Groups for the advancement of Psychiatry. Reports 64-69. New York: Group for the advancement of Psychiatry; 1967. Available from: <https://www.ourgap.org/resources/education-for-community-psychiatry>
7. Hollingshead AG, Redlich FG. *Social Class and Mental Illness*. New York: Wiley and Sons; 1958.
8. Joint Commission on Mental Illness and Health. *Action for Mental Health*. New York: Science Editions; 1961.
9. Jones M. *Psiquiatría Social*. Buenos Aires: Escuela; 1966.
10. Jones M. *The Therapeutic Community: a new treatment method in psychiatry*. New York: Basic Books; 1953.
11. Lindemann E. *Symptomatology and Management of Acute Grief*. Am J Psychiatry. 1944; 101: 141-8. DOI: 10.1176/ajp.101.2.141
12. Millar WM, Henderson JG. *The Health Service in Amsterdam*. Int J Soc Psychiatry. 1956; 2(2):141-50. DOI: 10.1177/002076405600200206
13. Querido A. *Experiment in Public Health*. Bulletin World Federation of Mental Health. 1954;6:203.
14. Thelen HA. *Dinámica de los Grupos en Acción*. Buenos Aires: Escuela; 1964.

Reproducción en nuestra tapa:



Liana Lestard. *En la orilla pasan cosas*, 2018. (Still de video)

Agradecemos a la artista Liana Lestard la autorización para la reproducción del still de su video instalación *En la orilla pasan cosas* (ver QR)

Datos de contacto:

Liana Lestard <lianalestard@gmail.com>
Instagram:@lianalestard

