



**UNR** Universidad  
Nacional de Rosario

**Universidad Nacional de Rosario**

**Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales**

**Escuela de Trabajo Social**

**“El Trabajo Social en dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial: La experiencia en el Centro Cultural Gomecito” durante el año 2019.**

**Alumnas: Campagna, Nailen  
Meschini , Giuliana**

**Director: José Bertagni**

**Rosario, Septiembre 2021**

## Agradecimientos:

Giuli: Quiero agradecer a mis amigos de la vida y a aquellos que tuve la oportunidad de conocer gracias a la Universidad Pública, quienes estuvieron siempre al pie del cañón con la palabra, el amor y el abrazo en el momento justo cuando aparecían “crisis existenciales facultativas”.

A mí familia, por haber apoyado y acompañado mi decisión de estudiar en Rosario, además de contener en momentos difíciles y celebrar junto a mí los felices. Agradecer a mi mamá, que me hizo el aguante en innumerables oportunidades, alentándome a alcanzar mis sueños, sin importar cuánto cueste. Ella confió en mí mucho antes de que yo lo hiciera y sin su apoyo nada de esto estaría siendo posible.

A María Julia, mi "Juli del amor", y mi vida entera, que llegó a mi vida en plena pandemia, acompañándome en noches largas de estudio, y también en días de redacción y escritura. A quien deseo contagiarle un poco de mi esfuerzo y dedicación por la justicia social y la militancia cotidiana en ampliación de derechos.

A mí compañera y amiga Nay, con quien conformamos una maravillosa amistad, a quien le agradezco su compañerismo, amor, y las largas anécdotas que para siempre guardo en mi corazón. Nay contagió de amor y alegría cada día de mi vida transcurriendo en el Gomecito y ojalá sigamos trabajando juntas por los derechos de todes en el futuro.

Nay: Quiero agradecer principalmente a mi familia. A mis padres por siempre educarme, criarme con tanto amor, enseñarme valores y hacerme feliz. Son los pilares de mi vida, junto con mi hermano Juan Manuel. Les agradezco por siempre estar a mi lado y nunca soltarme la mano. Estudiar no hubiese sido posible sin todo el sacrificio y apoyo de mi familia.

A Facundo, quien me acompaña todos los días desde hace tres años. Caminar a tu lado hace que mis días sean de lo más hermosos. Perdí la cuenta de las veces que

me diste aliento para poder enfrentar situaciones difíciles, pero pase lo que pase, vos siempre estabas ahí para acompañarme a transitarlas.

Este párrafo va dedicado a mis amigos de toda la vida que son mi sostén, por alegrarse y festejar conmigo los grandes logros durante estos cinco años de carrera, por motivarme y darme ánimos. Sin duda sin no tuviera el lujo de disfrutar de su calidez y amor no conocería lo mas hermoso de la vida, que es la amistad. Gracias por seguir eligiéndonos mutuamente. (Jorgelina, Celina, Lucia, Magali, Martina, Lucila, Matías, Nicolas, Guido)

El paso por la Universidad no hubiera sido tan agradable sin la compañía de mis amigas, Alfonsina, Martina, María, Aldana y Giuliana. Nos supimos acompañar en todos los pasos que dimos, nos contuvimos cuando más lo necesitábamos, nos dábamos ánimos para continuar cuando ya no aguantamos más y compartimos las mismas convicciones y valores. Gracias Giuli, por elegir realizar y compartir tus últimos pasos de la carrera conmigo. Tu amistad y compañía me enseñó muchas cosas y me llena de felicidad. Gracias por compartir tanto conmigo y hacerme sentir un miembro más de tu familia, por regalarme la posibilidad de ser la tía de Julita. Te quiero con todo el corazón.

Además, ambas queremos agradecer a Jose Bertagni, por la paciencia, la experiencia, el compromiso y dedicación al momento de aceptar nuestra propuesta, y sobre todo por iluminar con conocimiento cada sombra que apareció a lo largo de este proyecto de trabajo.

Y a Laura Coll, por haber sido no sólo nuestra tutora y profesora académica, sino una compañera de lucha por una salud mental desmancomial basada en los derechos sociales.

## Índice:

<b>Introducción.</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1: “De-construyendo la Salud Mental”</b>	<b>11</b>
1. Breve historización del Campo.	11
1.2 Lógica Manicomial	11
1.3 Lógica Desmanicomial	15
2. Los comienzos del trabajo social en el campo de la salud mental: la experiencia en Argentina.	22
3. Marco Normativo del Centro Cultural.	26
<b>Capítulo 2: “Construyendo mundos posibles a través del arte”</b>	<b>28</b>
4. Presentación del Centro de Prácticas	28
4.1 Breve Historia del Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”.	28
4.2 El “Gomecito”	30
5. Arte y Salud Mental	33
6. Estudiantes en Escena	40
<b>Capítulo 3: “Trabajo Social y Salud Mental”</b>	<b>49</b>
7. Trabajo social y salud mental.	49
7.1 La interdisciplina	51
7.2 Teoría y Práctica en Trabajo Social	53
<b>Algunas Reflexiones: ProblematizArte</b>	<b>59</b>
<b>Propuesta de Acción</b>	<b>64</b>
<b>Bibliografía:</b>	<b>68</b>

## Introducción.

Como estudiantes de la carrera Licenciatura en Trabajo Social, hemos realizado nuestras prácticas pre-profesionales en el Centro Cultural Gomecito, el cual se encuentra en el Centro Regional de Salud Mental "Dr. Agudo Ávila", durante el año 2019. Dicho espacio, se constituye como un dispositivo de salud sustitutivo a las lógicas manicomiales, mediante la resolución N° 0006/15, pasando a depender de la Dirección de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. En el dispositivo de asistencial en el cual se desarrollan talleres e instancias colectivas, se propone alojar socialmente de otro modo la "locura", interferir e intentar desmontar los circuitos de institucionalización, tutelaje y cronificación de personas con padecimiento subjetivo, construyendo estatuto de ciudadanía.

Nos hemos insertado en los diversos talleres artísticos que se dictan cotidianamente en el dispositivo, como son: el taller de cerámica, mosaiquismo, arte urbano, radio abierta, radio "tardes nuestras", juego de tronos y teatro. Durante nuestro recorrido, pudimos interpelar a la profesión como tal, además de problematizar una idea, que fue y es, construida en relación a que en un principio no podíamos dar cuenta inmediatamente que hacía y cuál era la función del Trabajador Social en el "Gomecito". Consideramos que dicho impedimento, ha sido producto de nuestro propio imaginario sobre el quehacer profesional, ya que desde la formación académica o desde la experiencia y relato de otros pares, solo conocíamos técnicas consideradas por nosotras como "tradicionales" o "habituales", como por ejemplo visitas domiciliarias, informes sociales, entrevistas, entre otras, y no podíamos vincular la función de la coordinación y gestión dentro de las funciones de un Trabajador Social, ubicado en este caso en un dispositivo sustitutivo al manicomio, que planifica y lleva adelante propuestas vinculadas a lo artístico.

El recorrido experiencial nos ha permitido problematizar no solamente nuestra formación profesional en relación a los contenidos adquiridos en el ámbito académico, nuestra futura intervención profesional, el "perfil" de trabajadoras sociales que aspiramos construir, sino fundamentalmente el marco legal "ideal" que

ha postulado diez años atrás la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 con los dispositivos realmente desarrollados.

Comparando la realidad del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila, nos seguimos encontrando con las mismas situaciones que lo caracterizaban desde su inicio: la "peligrosidad" del padeciente, la necesidad de su control y la irreversibilidad de la situación. Consideramos que actualmente nos encontramos en un híbrido entre, por un lado la lógica manicomial y por otro lado una lógica que se define desde los marcos normativos de referencia, en un horizonte de salud mental desmanicomial.

Realizando un breve recorrido histórico, podemos ubicar que desde el siglo XVI, se ha considerado al "enfermo mental" como un individuo que debía ser aislado de la sociedad y encerrado para su control. En el siglo XX hay un cambio de paradigma que comienza a subjetivar al individuo y comprenderlo como ser social. Es en este marco que se comienza a definir a la salud mental según la LNSM<sup>1</sup> como *"... un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona"*. (Art. 3°)

En ella se plantea que la atención en la Salud Mental esté llevada a cabo por un equipo interdisciplinario formado por profesionales, técnicos, y otros trabajadores capacitados, incluyendo áreas como psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, y otras disciplinas o campos pertinentes.

Respecto al proceso de atención debe darse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y con un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Es por esto que la ley contempla otro tipo de dispositivos, como el de las consultas ambulatorias, los servicios de inclusión social y el apoyo para personas después del alta institucional, la atención domiciliaria, servicios para la promoción y prevención de salud mental, así como prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio laboral y familias sustitutas.

---

<sup>1</sup> Ley Nacional de Salud Mental N° 26657

En el marco de esta Ley Nacional y Ley Provincial de Salud Mental N° 10772, es desde donde se construye y enmarca el “Gomecito”, un Centro Cultural que promueve distintas propuestas artísticas con el objetivo de alojar social y culturalmente a los sujetos y su subjetividad. Definimos a la subjetividad como resultado de un proceso de socialización y de una interacción permanente con el contexto social e histórico, es importante comprender cómo determinadas condiciones han ido afectándola. Las lógicas manicomiales de reclusión, encierro y alienación, han profundizado un proceso de desubjetivación al arrasar las singularidades de cada individuo y buscar la estandarización colectiva a través de distintos mecanismos de control.

En contraposición, el surgimiento de estos dispositivos, en este caso el “Gomecito”, tiene como finalidad, reabrir un proceso en el cual los sujetos aprenden la realidad y participan en su transformación, creando y resignificando sus proyectos y deseos, lo que favorece su bienestar y en su efecto a la salud mental.

Es uno de los objetivos del siguiente T.I.F exponer nuestro recorrido subjetivo por mencionado dispositivo, el cual nos ha permitido como estudiantes y futuras profesionales, poder reflexionar sobre los conocimientos que fuimos incorporando, además del quehacer profesional en salud mental, que demanda nuestra responsabilidad y compromiso para promover tales derechos, como, por ejemplo: reconocer, visibilizar y abordar otros mundos posibles, subjetividades, desde el arte y la cultura.

Por un lado, nuestro cuestionamiento inicial, que dará curso a nuestra producción, es la relación tensional entre teoría y práctica, es decir, el vínculo entre los conocimientos adquiridos en el ámbito académico durante la carrera Licenciatura en Trabajo Social, acerca del quehacer profesional y los posibles roles de un trabajador social y la experiencia vivencial en el dispositivo Centro Cultural “Gomecito”.

Con respecto a la experiencia en dicha institución, haremos hincapié sobre lo que fue nuestra participación activa en los distintos talleres artísticos y culturales desarrollados en la misma.

A continuación, dejaremos plasmados los objetivos que nos proponemos desarrollar en el siguiente trabajo:

**Objetivo General:**

- Analizar el ejercicio del trabajo social en talleres de orientación artística del dispositivo de sustitución manicomial, Centro Cultural "Gomecito".

**Objetivo Específico:**

- Desarrollar los procesos de implementación de la lógica manicomial/desmanicomial.
- Analizar el ejercicio profesional en el dispositivo de sustitución de lógicas manicomiales, Centro Cultural "Gomecito".
- Analizar los talleres de orientación artística del Centro Cultural "Gomecito".

Para abordar el presente trabajo, optamos por una metodología cualitativa.

Las observaciones que pudimos llevar a cabo durante nuestras prácticas, las entrevistas que realizamos a nuestra tutora, nuestros registros en los cuadernos de campo, observaciones participantes, documentos, leyes, decretos, bibliografía específica del campo con la que pudimos desarrollar algunos análisis y preguntas, buscando comprender y describir en profundidad al quehacer del Trabajo Social, en el campo de la salud mental dentro de un dispositivo sustitutivo de lógicas manicomiales que funciona como centro cultural.

El desarrollo de la tesina se va a desarrollar a través de tres ejes que se articulan y reflejan en tres capítulos. Por un lado, las lógicas que comprenden al campo de la salud mental (manicomial-desmanicomial), el quehacer del trabajo social y las actividades artísticas llevadas a cabo en la institución.

En relación al primer capítulo, nos surgen distintos interrogantes, acerca de la disyuntiva que existe entre la lógica manicomial y la desmanicomial, ya que es donde se produce el quiebre de la concepción tradicional en una paulatina transición hacia una concepción de salud mental integral, que promueva alojar de otro modo a la locura. Es desde la mencionada integralidad, que logran insertarse y tomar protagonismo otras profesiones que acompañan la promoción de derechos de estos sujetos, que han sido atravesados por injusticias tanto económicas, como sociales, culturales, en razón de su subjetividad. Es por eso que en este apartado analizaremos las dos lógicas que comprenden la salud mental y además

reconstruiremos los inicios del trabajo social dentro del campo, reduciéndolo a la experiencia en nuestro país.

En relación al segundo capítulo, mediante la recuperación de nuestra experiencia plasmaremos, los vínculos que supimos construir para con los usuarios, los conocimientos adquiridos que permiten problematizar y reconstruir continuamente nuestro futuro quehacer profesional. En relación a este eje, surgen distintas preguntas que nos interpelan. A partir de las propuestas artísticas implementadas en el Dispositivo, ¿De qué modo y con qué medios se puede ofrecer un espacio artístico que favorezca el despliegue subjetivo apostando a la restitución de lazos, que confíe en la capacidad y potencia de las personas trascendiendo su diagnóstico?

Y, por último, en el tercer capítulo, se observa y problematiza el quehacer profesional puntualmente llevado adelante en la coordinación del Centro Cultural, en contraposición con el perfil “tradicional o convencional” que se ha construido del trabajador social. El quehacer profesional va moldeando la intervención de acuerdo a las problemáticas emergentes en el cotidiano, además de articular interinstitucional e interdisciplinariamente. En este sentido, surgen interrogantes que funcionan como disparadores, ¿De qué forma se articula el quehacer profesional dentro del campo de la salud mental? ¿Cómo se constituye la interdisciplina dentro del CC Gomecito?

Por último , a partir de nuestro recorrido por la institución, vamos a llevar adelante el desarrollo de una propuesta de acción, con el objetivo de construir colectivamente lazos solidarios entre el equipo interdisciplinario y los usuarios, a través de un Encuentro denominado "Tejiendo redes", en donde se van a estar desarrollando actividades artísticas y grupales , que van a favorecer la comunicación, el intercambio , y la creación de propuestas artísticas que tengan en consideración el deseo del usuario.

Para finalizar esta introducción, queremos mencionar que nuestro recorrido por el dispositivo estuvo en un inicio, marcado por diversas sensaciones que se debían en parte al desconocimiento del campo como también de los usuarios concurrentes al mismo. Fue a partir de nuestra participación, compromiso, y las herramientas teóricas adquiridas en el ámbito académico, lo que nos permitió acceder, interpelar y

problematizar nuestra participación por el dispositivo, y posicionarnos como estudiantes, pero además futuras profesionales para la sociedad, haciendo una lectura analítica sobre las situaciones cotidianas que se producían, las necesidades, urgencias, relatos e historias de vidas. Al final del recorrido, podemos ver los distintos resultados que pudimos construir colectivamente, como por ejemplo ser partícipes del cierre de año de la institución y además formar parte de una obra de teatro realizada en conjunto con los usuarios, lo cual significativamente ha marcado en nosotras una nueva perspectiva sobre Salud Mental, Desmanicomialización y Trabajo Social, una en donde todos tengan lugar y sean sujetos de derechos.

## Capítulo 1: “De-construyendo la Salud Mental”

### 1. Breve historización del Campo.

#### 1.2 Lógica Manicomial

Fue mucho el tiempo que la alienación quedó sometida a la instancia de la Inquisición que controlaba desde lo punitivo la práctica del satanismo, las contraculturas religiosas o la enfermedad mental abarcando todos los sectores socioeconómicos y culturales. La enfermedad representó durante siglos, una de las explicaciones más aceptadas sobre el crimen, bajo la convicción que quién delinquía mostraba externamente su tormento mental proveniente de la insania que lo aquejaba. No en vano, las primeras cárceles se poblaron de epilépticos, locos, tuberculosos, sifilíticos, leprosos.

En la mayor parte de las ciudades de Europa, ha existido durante toda la Edad Media y el Renacimiento un lugar de detención reservado a los insensatos. Hacia el siglo XV se buscaba erradicar la locura mediante la expulsión de los locos de las ciudades o del encierro en distintos asilos. Según el autor, esta situación se refleja en pinturas y en obras literarias como cuentos y fábulas propias de esa época. Está anudado tan fuertemente en el siglo XV que subsistirá largo tiempo, y aún se le encontrará en el centro de la experiencia clásica de la locura. Con sus diversas formas —plásticas o literarias— esta experiencia de la insensatez parece tener una extraña coherencia. La pintura y el texto nos envían el uno al otro continuamente; en este comentario, en aquélla, ilustración. (Foucault 1967:15)

En el siglo XVI se desarrolla una conciencia crítica respecto de la locura, que propone un entendimiento de la misma en relación a la razón. A esto Foucault afirma que *“la verdad de la locura no es más que una y sola cosa con la victoria de la razón, y su definitivo vencimiento: pues la verdad de la locura es ser interior a la razón, ser una figura suya, una fuerza y como una necesidad momentánea para asegurarse mejor de sí misma.”* (Foucault, 1967:32)

En el siglo XVII es donde se crean grandes internados con regímenes de encierro y detención, los cuales mantenían a los locos alienados y excluidos.

Para Castel en la “Edad de Oro” inaugurada por la Revolución Francesa, la psiquiatría debe ser considerada ciencia política, porque respondió a un problema de gobierno: *“permitió administrar la locura, pero desplazó el impacto directamente político del problema proponiendo como solución hacer de él una cuestión puramente técnica”* (Castel, 1980:15).

En 1790 se da un cambio de paradigma que Castel (1980) denomina como la “primer metamorfosis” a partir de la abolición de las leyes “lettres de cachet” (que eran una orden del rey que por fuera del orden judicial ordinario exigían el encarcelamiento o la liberación de una persona). En este momento el poder Real pierde la potestad de incidir sobre estas decisiones y la medicina mental *“conquista el monopolio del tratamiento legítimo de la locura”* (Castel, 1980: 12). Aunque para la locura la represión siempre pareció necesaria, el poder político queda descalificado para ejercerlo. Las instituciones encargadas de llenar ese vacío son la justicia, las administraciones locales y la medicina, siendo el hospital la estructura institucional privilegiada para sus prácticas.

Para el autor Faleiros (1986) las instituciones son organizaciones específicas pertenecientes de la política social, las mismas ocupan un lugar político en los nudos de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil. Forman parte de la red, tejido social implementado por las clases dominantes para poder atrapar al conjunto de la sociedad, son vehículos de esa comercialización de bienes y servicios, convirtiendo las relaciones sociales en relaciones de compra y venta en los dominios de salud.

En cambio, para Lapassade (1977) las instituciones representan todo lo que está establecido, el conjunto de lo que está instituido. Será el Estado el que les dé a las mismas fuerzas de ley. De donde se deduce que, en la sociedad, lo instituyente se encuentra del lado del Estado.

Es pertinente definir el concepto de institución y manicomio como “institución total” (Goffman, 1979); ya que los ubicamos dentro de una lógica manicomial, paradigma que atenta históricamente contra la integridad del sujeto.

Los manicomios son creados con el objetivo de contener a la locura, Goffman nos introduce en el concepto de institución total para definir este modelo institucional; “[...] un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1979: 13). El sujeto entonces pasa a ser un objeto administrable, es despojado de su subjetividad y forzado a reproducir un modo de vida preestablecido.

Entre 1790 a 1838 se da un lento avance de las prácticas alienistas, y su referente es Philippe Pinel (reconocido como el fundador de la psiquiatría y también uno de los responsables de la clínica moderna) quien no elige el término enfermedad mental, sino alienación mental, “considerada como un disturbio en el ámbito de las pasiones, capaz de producir desarmonía en la mente y en la posibilidad objetiva del individuo de percibir la realidad.”(Amarante, 2009:31). Los cambios que percibía la reforma de Pinel se dieron en tres etapas. La primera de ellas comprendía la higiene, alimentación y vestimenta de los internos, buscando un tratamiento más humanizado de los mismos. La segunda etapa conocida como no-restraint, iniciada por Conolly en Inglaterra, suponía la supresión de mecanismos coercitivos como el chaleco de fuerza, para lograr la calma y el orden. La tercera etapa se relaciona con lo edilicio, se disminuye el número de celdas y se derriban muros, estableciendo una mayor libertad para los internos.

Pinel plantea como primer paso del tratamiento el aislamiento del mundo exterior. Este aislamiento permite la producción del conocimiento en el campo del alienismo: el hospital se volvió así un laboratorio donde las personas serían observadas y estudiadas. Otro aspecto sería el tratamiento moral de las personas hospitalizadas, que consistía en una suma de principios impuestos al alienado, “pretendía reeducar la mente para así, alejar los delirios y llamar la conciencia de la realidad” (Amarante, 2009:34)

Una de las clasificaciones de las instituciones totales que plantea el autor son los “hospitales psiquiátricos, de enfermos infecciosos y de leprosarios”. Son instituciones erigidas para cuidar de aquellas personas que son incapaces de

cuidarse por sí mismas y además constituyen una “amenaza involuntaria” para la sociedad. La primera observación que podemos hacer acerca de la vida en los monovalentes es su empobrecimiento. En todos los niveles se producen amputaciones, no existe ningún tipo de tarea, el paciente no puede apropiarse de nada que tenga relación con el espacio en donde “padece” su cotidianidad. Fundamentalmente, la amputación más dolorosa es la de la dignidad personal: en lo más íntimo del yo, el internado se siente descalificado y cosificado. Cualquier mensaje emitido puede ser reinterpretado por el personal como "cosa de loco", lo cual invisibiliza el sentimiento de decisión, autonomía, autorrespeto. Esto conduce a que la forma adaptativa más común sea adaptarse a la estructura de la lógica manicomial y comportarse "como un loco", es decir, cumplir las expectativas de la institución. Debemos agregar que no todos los comportamientos están permitidos, sino sólo aquellos de obedientes que cumplen con las reglas que les son impuestas por parte de la institución y comunidad médica.

La alienación representaba una paradoja respecto a los ideales libertarios de Revolución Francesa; al mismo tiempo los asilos sufren un desprestigio, quedan rápidamente superpoblados y se dificulta establecer los límites entre la locura y la sanidad, esto más las constantes denuncias de violencia contra los pacientes internados hacen flaquear su credibilidad y hasta la de la psiquiatría misma.

En 1838 se sanciona por ley el estatuto médico-jurídico-administrativo del alienado. Es la primera gran medida legislativa que reconoce el derecho a la asistencia y a los cuidados, es la primera en disponer un dispositivo completo de auxilio con la invención de un nuevo espacio, el asilo.

Es a partir de la medicina como saber técnico que la locura devino “administrable”, en el sentido de reducirla a las condiciones de su gestión técnica. Como una estrategia de control social, ya no se impone brutalmente un aparato coactivo, sino que se despliegan una amplia gama de dispositivos prácticos con responsables bien intencionados.

Una primera ruptura de este momento, está dada por el descubrimiento del químico y la píldora como modo de tratar la locura, ya que hasta entonces los métodos

utilizados eran el electroshock, y las duchas frías. Se reemplazó la camisa de fuerza de tela, por una química, abriéndole paso a la medicalización de los cuerpos.

### 1.3 Lógica Desmanicomial

Previo a desarrollar la lógica desmanicomial, consideramos pertinente definir qué es lo que se entiende sobre el Campo de Salud Mental.

Se entiende al campo como una *“Red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones, que están objetivamente, definidas, por su situación presente y potencial en la estructura de distribución de especies del poder (o capital).(...) El campo, es también, un campo de lucha tendientes a preservar o transformar la configuración de determinadas fuerzas. El campo no tiene partes, cada subcampo tiene su propia lógica, reglas, regularidades. Son sistemas de relaciones independientes de las poblaciones a las que estas relaciones definen. Los individuos existen como agentes.”* (Bourdieu, 2011)

Para reflexionar un poco sobre lo que significa el campo salud mental, nos sirve retomar las palabras de Amarante, quien señala que *“la salud mental es un campo de conocimiento y actuación técnica en el ámbito de las políticas públicas de salud [...] pocos campos de conocimiento y actuación en salud son tan vigorosamente complejos, plurales, intersectoriales y presentan tanta transversalidad de saberes. Al contrario de la psiquiatría la salud mental no se basa en un solo tipo de conocimiento[...]Salud mental no puede ser reducida al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales”* (Amarante, 2009).

En el siglo XX, comienza a sostenerse que la psiquiatría no es la única habilitada para hablar de la locura. Incluso, es en estos años, que se pone en escena la concepción de que existe una parte de nuestra mente a la que no podemos acceder, que permanece inconsciente: es de la mano de la teoría desarrollada por Freud, el psicoanálisis, que subvierte la idea del sujeto cartesiano que todo lo conoce por estar dotado de razón, estableciendo que los procesos anímicos son en sí inconscientes, y que sólo podemos acceder a ellos de forma incompleta, de modo que el hombre –el yo- *“no es amo de su propia casa”*. Esta aseveración representa la tercera ruptura, y una gran afrenta al narcisismo de la humanidad. (Freud, 1986)

Las dos grandes Guerras Mundiales, hicieron que la sociedad reflexione sobre la naturaleza humana, la crueldad y solidaridad dada en ese entonces. Se comienza a delimitar una nueva concepción de sujeto, a plantear los Derechos Humanos, y tener una visión más crítica en relación a los hospicios, constatando la completa ausencia de condiciones de vida dignas. Este proceso fue dando lugar a que se generen las condiciones necesarias para que se den transformaciones en el campo de la Salud Mental.

En este momento Castel (1980) hablará de una “segunda metamorfosis” y etapa de “Aggiornamiento”, donde los aparatos de control se transforman y sus técnicas pasan de ser autoritario-coercitivas a persuasivo-manipuladoras. **Comunidad terapéutica y psicoterapia institucional**, se constituyen en el intento de transformar el Hospital en una institución terapéutica, utilizando el potencial de los propios pacientes en el tratamiento, organizando reuniones y asambleas donde ellos mismos elaboren sus estrategias para transitar su tratamiento.

Emiliano Galende (1990) en su libro *“Psicoanálisis y Salud Mental”* comenta que si bien es con Maxwell Jones que la denominación “comunidad terapéutica” se oficializa, ya desde 1943 W. Bion y Rickman, quienes trabajaban en el Northfield Hospital con soldados afectados mentalmente por la guerra, colaboraron en la organización de grupos de enfermos para llevar a cabo discusiones colectivas sobre sus problemas y hacerlos participar en el gobierno del pabellón.

Uno de los principios básicos de dicha comunidad es el del aprovechamiento de todos los recursos de la institución, a la que toma como un conjunto orgánico, donde no hay jerarquías, de médicos, pacientes y personal. Sus características más importantes de funcionamiento son: establecer una libertad de comunicación en todos los niveles, y en todos los sentidos, para poder así evitar la organización jerárquica de la comunicación. Crear espacios terapéuticos grupales, de modo que todos puedan intervenir en el proceso terapéutico. Desarmar las estructuras jerárquicas tradicionales, para dar lugar a relaciones más horizontales, que puedan asegurar la comunidad de intereses y objetivos. Producir un espacio social de reconocimientos, como forma de fomentar la sociabilidad del grupo (bailes, fiestas, teatro, salidas grupales, etc.) y finalmente inclinarse a que la asamblea comunitaria, sea el órgano de gestión, organización y evaluación de todas las actividades.

En el artículo académico denominado “Discursos y prácticas en salud mental” de la Universidad de la Plata desarrollado por Maciel et al, plantean que en Francia la psicoterapia institucional se impulsó en 1940 y tomó un compromiso político para el cual el tratamiento de la locura se encontraba asociado con la lucha contra la barbarie y la tiranía. El equipo profesional del hospital psiquiátrico Saint-Alban comenzó a reflexionar sobre los principios de una psiquiatría comunitaria que posibilite transformar las relaciones entre el personal y los alienados en el sentido de una mayor apertura al mudo de la locura. Es así como nació la psicoterapia institucional francesa. Fue Georges Daumezon quien le dio ese nombre diez años más tarde. Este tipo de terapia participó del gran movimiento de higiene mental generado a principios del siglo por la integración de la clínica psiquiátrica al psicoanálisis. La psicoterapia institucional fue un movimiento de análisis y cuestionamientos a la institución psiquiátrica.

En la **psiquiatría de sector** de experiencia francesa, se apuntaba a la necesidad de trabajo extra manicomio, a la continuidad terapéutica luego del alta hospitalaria para evitar la re-internación. De esta forma se crean los Centros de Salud Mental, distribuidos en los distintos sectores de las regiones francesas. Lo más importante era el acompañamiento terapéutico de los pacientes debido a que este era multiprofesional. El tratamiento ya no pasaba exclusivamente por el médico psiquiatra, sino de un equipo que se encontraba compuesto por varios profesionales de distintas disciplinas.

*“Un aspecto clave de la psiquiatría del Sector fue considerar a las cuestiones de la salud y la enfermedad mental como cuestiones no internas a la psiquiatría, es decir, que no podían ser pensadas ni resueltas en el espacio intrapsiquiátrico exclusivamente”* (Galende, 1990:147)

La psiquiatría del sector intentaba evitar el aislamiento de los pacientes y buscaba lograr que su tratamiento se llevara a cabo en el marco de la comunidad de la cual estos se originaron. Con estas ideas, se comprende el motivo por el cual el paso por el hospital psiquiátrico se consideraba una etapa transitoria del tratamiento.

En este sentido, otra experiencia a destacar fue la de la **psiquiatría preventiva** estadounidense de 1955, que tenía como objetivo reducir las enfermedades

mentales en las comunidades; considerando que las enfermedades mentales podían ser prevenidas, si eran detectadas precozmente. Es claro que, durante esta etapa, se gestó un rechazo a los tratamientos tradicionales, mientras surgían las estrategias de trabajo comunitario y en conjunto, que plantean las mismas.

Uno de los objetivos de la psiquiatría preventiva, era reducir el número de casos de personas con “enfermedades mentales” en las comunidades, de allí en parte su denominación. Conocido también como preventivismo, esta concepción y tratamiento de los padecimientos mentales de los sujetos, no sólo afectó las prácticas del sector salud mental en los EEUU, sino que también influyó en los países del tercer mundo, y en organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud. La prevención en salud exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia a fin de hacer improbable la exposición posterior de la enfermedad, reduciendo su incidencia y predominando en las poblaciones. (Maciel et al, 2011: 9)

Se pueden señalar otros dos casos, como por ejemplo: **la antipsiquiatría**, que inicia su repercusión en la Inglaterra de 1960, y propone comprender que la experiencia patológica ocurre no sólo en el individuo, sino también en las relaciones establecidas entre él y la sociedad. Considerando así, que el Hospital psiquiátrico no solo producirá, sino que llevará al extremo las mismas estructuras opresoras y patogénicas de la organización social; y **la psiquiatría democrática**, que surge en Italia en los años 60 y propone reformar el hospital psiquiátrico, en sus inicios inspirada en la comunidad terapéutica y en la psicoterapia institucional, pero luego comienza a formular una práctica institucional totalmente original, volcada a la idea de superar el aparato manicomial: se fueron cerrando pabellones y salas psiquiátricas, y a la vez, instaurando nuevos dispositivos sustitutivos, y de ésta manera, poder tomar el lugar de las instituciones psiquiátricas y no ser paralelos de las mismas.

De este modo, emerge en Estados Unidos y países Europeos el concepto de “*Desinstitucionalización*” a fines de la década de los 60. El mismo comenzaba a utilizarse en dos grandes líneas que contemplan esquemas y posiciones bien diferenciadas. Por un lado, *la desinstitucionalización como política de deshospitализación*, la cual significaba la elaboración de programas de reducción

económicas y una de las primeras operaciones de una política de ajuste. Y por otro, *la desinstitucionalización como política de desmanicomialización*, cuyos objetivos simbolizan una redefinición de las prácticas en el área de salud mental opositoras a la institución psiquiátrica como instancia de internación crónica, basada en el cierre permanente de la institución manicomial y en la transformación de los modelos de atención a la problemática en cuestión. Se apunta a eliminar la internación como instancia superadora, creando así respuestas complementarias sustitutivas.

Este movimiento se orienta en la promoción de modelos de abordaje alternativos al orden psiquiátrico hegemónico, tomando como eje el trabajo comunitario y la defensa de los derechos a la salud y la libertad como fundamento ético-político.

No es posible hablar de desinstitucionalización si no se transforman las prácticas instituidas y por lo tanto legitimadas desde el orden institucional y social. Este concepto está ligado históricamente al de la salud mental comunitaria. Sus bases se fundamentan en el cuestionamiento al manicomio como institución que lleva adelante funciones de control social, profundizando las patologías subjetivas.

La autora *Claudia Bang* sostiene que la promoción de salud mental comunitaria serían aquellas acciones que conduzcan a la transformación de los lazos comunitarios hacia la constitución de la comunidad como un sujeto activo de transformación de sus realidades, produciendo así, las condiciones comunitarias adecuadas para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados.

*Los procesos comunitarios emprendidos en estas intervenciones generan la posibilidad del hacer creativo, al trabajar desde la necesidad de poner el cuerpo en la tarea y disponerlo para la acción, generando así una transformación orientada a la participación comunitaria en salud. Desde esta perspectiva la participación en sí es un factor de Salud Mental, ya que restituye lazos de solidaridad social, diferenciándose de lo patologizante de vivir situaciones conflictivas de forma individual y pasiva.*

*La intervención comunitaria a través de prácticas de Promoción de Salud Mental crea condiciones para el desarrollo de un pensamiento creativo colectivo, crítico y dirigido a la acción. Esto es de fundamental importancia,*

*teniendo en cuenta que una comunidad con un pensamiento creativo compartido colectivamente se encuentra en mejores condiciones de ser actores de transformación de sus propias realidades, y este sería un indicador de Salud Mental Comunitaria. (Bang, 2010).*

La desinstitucionalización no implica el cierre abrupto de los manicomios, sino por el contrario, lo que se plantea es que se deben construir espacios que integren los diferentes padecimientos subjetivos, enmarcados en la promoción de derechos donde se planteen en sus objetivos, la reinserción social.

*“El cambio de paradigma se proclama en relación a sostener no ya un paradigma tutelar sino uno enmarcado en los DDHH que promueva un modelo asistencial centrado en la integración y no en la exclusión. A la vez, esta transformación pretende incidir en las prácticas concretas en tanto se intenta un deslizamiento del espacio institucional cerrado a lo comunitario abierto.” (Moreno, 2015: 5)*

Frente al paradigma de la desmanicomialización nos encontramos con algunas tensiones. Una de ellas es el Modelo Médico Hegemónico (MMH) que se presenta como una de las dificultades a la hora de la implementación de políticas relacionadas a la desinstitucionalización.

“Es el MMH el que prevalece en el hospital neuropsiquiátrico, donde coexisten el mandato curativo y el de custodia, la práctica asistencial como eje de atención y el predominio del psicofármaco y la psicoterapia como modos de abordaje terapéutico. Se concibe a la enfermedad mental como producto de trastornos biopsicológicos. Excluye lo diferente, lo desviado de la norma social a fin de preservar la unidad del conjunto, se confina y castiga al hijo indeseado de la sociedad. Así, la respuesta a los problemas de salud mental se sigue centrando en el hospital psiquiátrico, la institucionalización y la custodia, el tratamiento farmacológico, la marginación y exclusión del sujeto” (Sampayo, 2005:43)

En este sentido, la desmanicomialización es concebida como estrategia-proceso, esencialmente por su componente político, en tanto que arremete con las relaciones de poder. Identificamos como lógicas manicomiales, aquellas que se hacen presentes de manera implícita en diversas prácticas sociales, ya sean jurídicas, médicas, psicológicas, económicas, políticas. Prácticas que contribuyen hacia la

medicalización, el silenciamiento y la exclusión social de los padecimientos subjetivos, promovidas y sostenidas en procesos de trabajo altamente alienantes.

La lógica manicomial, históricamente fue y en algunas instituciones sigue siendo, legitimadora de la dinámica custodial y represiva, de cuerpos cosificados, del encierro, del disciplinamiento tutelar, y de la violación de los derechos humanos.

Con el cambio de paradigma, lo que se busca es la transformación de los conceptos que son desplegados desde el sistema, hacia una nueva forma de atención de los usuarios, a través de prácticas que fomenten un vínculo de los mismos para con los profesionales, con el objetivo de lograr que las internaciones sean cortas y se pueda fomentar un trabajo ambulatorio acorde al padecimiento subjetivo. Otro objetivo es el acompañamiento de los sujetos en la inclusión social, en su vida laboral, en la recuperación de vínculos familiares, en relación a la garantía de una vivienda, y en su tratamiento.

Dentro del paradigma de la desmanicomialización podemos ubicar la creación de dispositivos sustitutivos al manicomio. Los mismos se implementan para el sostenimiento de procesos de externación e inclusión social de usuarios del servicio de salud mental. La propuesta que se plantea desde estos dispositivos sustitutivos refiere al desarrollo de actividades ligadas al arte, cultura, promoción de derechos y capacitación en distintos oficios.

En relación a lo planteado desde las leyes de salud mental (Nacional y Provincial) y haciendo una comparación con la realidad, consideramos que estos dispositivos actualmente no sustituyen a los manicomios, ya que es inviable actualmente pensar en una sustitución y/o eliminación de los manicomios, como consecuencia de no estar dadas las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales, lo que representa un desafío que debe asumir no solamente la sociedad, la cual históricamente discrimina y excluye a personas con padecimiento subjetivo.

En una entrevista con nuestra tutora académica, le consultamos sobre lo sustitutivo del dispositivo que ella coordina: *“¿Qué es lo sustitutivo? Después de mucho recorrer, a partir de una indagación más colectiva, que hicimos con otros trabajadores de otras áreas, logramos anclar un eje importante que es que en realidad lo sustitutivo es la lógica desde la que se trabaja, no el dispositivo en sí*

*mismo, que no termina de sustituir al manicomio, porque no es que determinado dispositivo sustituye al manicomio en sí mismo, porque justamente lo que hay que pensar es que se necesitan muchos dispositivos para sustituir la manicomio y lo más variados y diversos posibles, una primera conclusión es que lo sustitutivo es la lógica, entonces eso es lo que nos hace pararnos en un lugar diferente, no sin los vicios manicomiales, no sin los riesgos hegemónicos, pero si permitiéndonos estar parados desde un posicionamiento que nos permite armar un modelo diferente para pensar la atención en salud mental.”*

Se debe intentar llevar adelante un proceso de desmanicomialización en relación a los tratamientos de los diferentes padecimientos subjetivos y esto será posible gracias al desarrollo de un sistema integral, que trabaje con situaciones de consumo problemático, problemáticas que condicionan la salud y tratamiento de los mismos como la violencia de género y familiar asociados a las condiciones de existencia del sujeto y los determinantes sociales que lo atraviesan.

Ubicamos dentro de esta propuesta, al conjunto de profesiones ligadas a las Ciencias Sociales que se integran a los equipos interdisciplinarios, constituidos con la finalidad de llevar adelante un abordaje integral y promover la autonomía de los usuarios del Campo de la Salud Mental.

## 2. Los comienzos del trabajo social en el campo de la salud mental: la experiencia en Argentina.

En el contexto de gran transformación del mundo, que había atravesado la primera crisis global del capitalismo y dos guerras mundiales, en nuestro país surgió el peronismo, cuya base social fueron los sectores populares e introdujo una nueva lógica de las políticas sociales, las cuales se basan en la idea de derechos y dignificación. En el ámbito de la salud, se considera un momento refundacional del sistema de asistencia.

Lo primero en crearse fue la Secretaria, y en 1949 el primer Ministerio de Salud de nuestro país, a cargo del Dr. Ramon Carrillo.

Fue el Ministro Carrillo quien propuso llamar “enfermos mentales” a quienes hasta ese entonces se nombraba como “alienados”, con el objetivo de que se los trate

como a cualquier otro enfermo. Puso en marcha una reorganización de los establecimientos de internación para que los pacientes pudieran estar más cerca de sus comunidades y familias para evitar la cronificación, propuso su internación en hospitales generales. También propuso una asistencia temprana en los Centros de Psiquiatría Preventiva, considerados como órganos técnicos de profilaxis de las enfermedades mentales y espacio de tratamientos ambulatorios. Fue durante ese periodo que la importancia dada por el gobierno a los desarrollos científicos incluyó a la psicología.

Bajo la influencia del proyecto desarrollista promovido por USA se introdujeron propuestas de “modernización” en el campo de la salud mental acorde a idearios de la posguerra. Así, se crearon las carreras de psicología, se propusieron medidas políticas de reforma psiquiátrica y se creó el Instituto Nacional de Salud Mental (1957). Durante la dictadura de Juan Carlos Onganía (1966-1970) se elaboró el Primer Plan Nacional de Salud Mental (1967), que tomó como modelo el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria y la Ley Kennedy de 1963 de Estados Unidos. (Stolkiner, 2017)

Se crearon los servicios de psicopatología en los hospitales generales y los centros de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Resulta llamativo que mientras la gran mayoría de las reformas de salud mental ocurrieron en procesos de democratización, en Argentina entraron, en este periodo, como propuestas tecnocráticas durante la dictadura.

La propuesta era la externación de los grandes hospitales psiquiátricos y la implementación de un sistema descentralizado de atención, también se impulsaba el trabajo sobre los factores patógenos de la comunidad. Dichos objetivos no se cumplieron y se mantuvieron los hospitales psiquiátricos, siempre relacionados a las cátedras de medicina.

No fue por parte del Estado la innovación en el campo de la salud mental, sino de las fuerzas irradiadas a la vida social por la resistencia y movilización. Así, cuando Mauricio Goldemberg creó en 1957 el Servicio de Salud Mental Comunitaria en el Hospital de Lanús se pobló de jóvenes de ideas políticas y profesionales críticas,

parte de una generación que desarrolló propuestas innovadoras realizadas por fuera o en las grietas de instituciones fosilizadas.

Particularmente en el caso de Argentina, en 1927 se crea la Liga de Higiene Mental, bajo la dirección de Gonzalo Bosch. Esta Liga propone un programa organizado y profesionales capacitados en el tema. A partir de lo expuesto por Falcone (2008), vale destacar que una de las funciones más importantes de la Liga fue la de crear los Servicios de Higiene Mental acompañados por el Servicio de Asistentes Sociales para aquellos pacientes que tuviesen menor incidencia de complejidad para ser abordados. Los asistentes sociales realizarían, con fines preventivos, fichas biotipológicas, fichas psíquicas y perfiles psicológicos y sociales para arribar a un diagnóstico y tratamiento social correspondiente. La visitadora o asistente inspeccionaría el domicilio del solicitante para recoger la información que haría posible el diagnóstico y llevaría adelante actividades orientadas a combatir las causas de la miseria, la indigencia y el pauperismo y destinadas a prevenir la invalidez, la falta de recursos, de alimentos o de alojamiento.

Con el transcurso del tiempo, se llega a la conclusión de que el bienestar social no se consigue solamente teniendo “buen corazón” a través de obras de beneficencia, sino que además se necesitan de conocimientos científicos que guíen el curso de acción, iniciándose así las primeras carreras terciarias de visitadoras y asistentes sociales para comenzar a formar a estos nuevos profesionales orientándolos con conocimientos particulares.

El 11 de octubre de 1957, siguiendo la línea de estos cambios, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Sus finalidades fueron: A) Prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, B) Promover la investigación científica de esta materia; C) Prestar asistencia integral a los enfermos mentales, D) Contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los enfermos. (Falcone, 2008:15)

*“La enfermedad comienza a ser pensada desde lo sano y no desde lo enfermo”* (Falcone, 2008). La actividad asistencial pasa a tener mayor desarrollo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El término “Higiene Mental” es reemplazado por el de “Salud Mental” más cercano a las nuevas propuestas. Los

procesos de salud y enfermedad serán abordados como fenómenos sociales y colectivos, desplazando el gran peso de la asistencia psiquiátrica de los manicomios a los hospitales generales, inaugurando las prácticas asistenciales abiertas y la formación de nuevos profesionales (asistentes sociales, visitadoras de Higiene). Se debe abordar la enfermedad mental como un sistema complejo y al hombre como una totalidad con variables sociales e individuales, con el objetivo de generar un ambiente propicio para el trabajo interdisciplinario de grupos, abordaje familiar e institucional.

En abril de 1999 el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires lanzó el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), el cual consistía en la externación y reinserción social de los pacientes internados en los distintos manicomios. Para esto, el programa propone el trabajo en conjunto de profesionales, pacientes, familiares y comunidad a través de la promoción, organización e instauración de dispositivos alternativos de atención a desarrollarse en la comunidad, adecuados a los recursos de salud existentes en la misma. Este programa surge de la necesidad de una revisión crítica del papel del hospital psiquiátrico centralizado y los servicios que brindaba hasta el momento. Con el PREA se busca reestructurar la Atención Psiquiátrica articulada con la Atención Primaria de la Salud que apunten hacia un modelo de atención comunitaria de la salud. Si bien el programa retoma los principios de la desinstitucionalización, solo el Hospital Esteves tuvo presupuesto efectivo para llevarlo adelante, el resto de los hospitales continuó armando sus estrategias desde el interior de sus instituciones.

En Diciembre de 2010 se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental con plena potestad territorial, es decir que rige desde este momento; aprobada por unanimidad en el Congreso, con jerarquía constitucional, es el resultado de diversas normativas y organismos internacionales de derechos humanos, como la Declaración de Caracas de 1990, los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental de 1991 y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental de 1990. El 28 de Mayo de 2013 se reglamenta la Ley Nacional de Salud Mental N°26657, la cual tiene entre sus objetivos, garantizar el acceso a la salud mental a todos los sujetos.

Se han producido diversas transformaciones dadas a nivel mundial y local, que han propiciado la interpelación del modelo hegemónico dominante, dando lugar a que se problematice la misma y se construya una lógica desmanicomializadora, que tiene dentro de sus objetivos principales garantizar el goce de derechos a todos los sujetos y promover su autonomía e inserción social.

### 3. Marco Normativo del Centro Cultural.

Llevamos a cabo nuestras prácticas profesionales en el Centro Cultural “ Gomecito” en el año 2019, el cual se encuentra ubicado dentro del Campo de Salud Mental, y se constituye como un dispositivo para el sostenimiento de procesos de externación e inclusión social de usuarios del servicio de salud mental, basándose en los lineamientos político-clínicos de la Dirección Provincial de Salud Mental y en las Leyes Provincial y Nacional de Salud Mental que se plantean, como un eje de la política pública de salud, la sustitución de las lógicas manicomiales.

Está formalizado por una Resolución del año 2015 como un dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial, que se encuentra compuesto de talleres orientados a la producción destinada a circular en la cultura, entre los que se encuentran: artesanales, de musicoterapia, artes visuales, escénicos, circenses, y panificación. Asimismo, funcionan instancias colectivas. A partir de esto pasó a depender de la Dirección de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. El personal continúa dependiendo del CRSM “Dr. Agudo Ávila”. Por lo tanto, el Gomecito, tiene una doble dependencia tanto de la Dirección de Salud Mental como del CRSM “Dr. Agudo Ávila”,

El funcionamiento del Centro Cultural se rige bajo la *Ley Nacional N° 26657* y la *Ley Provincial N° 10.772*. Las mismas establecen la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental, estas encuentran sus fundamentos en los estándares internacionales de derechos humanos.

La LNSM N° 26657, entre sus artículos principales podemos recuperar el Art.7, el cual sostiene: *El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su*

*salud. b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia. c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.*

Esta ley contempla los Principios de las Naciones Unidas Para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (1991), la Declaración de Caracas de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y OMS (Organización Mundial de la Salud), para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud (1990), y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Derechos Humanos, por lo que tiene rango constitucional y resulta obligatorio para todas las provincias.

La Ley Provincial Nº 10.772, en su Art. 14 propone: *Resguardo de integridad física y psíquica - Prohibición de castigos y coacción. Los establecimientos de internación de salud mental deberán brindar tratamiento en condiciones que resguarden la integridad psíquica y física de las personas, su dignidad personal y afecten en la medida absolutamente indispensable su libertad, conforme las disposiciones de la presente Ley. Están prohibidas todas las medidas, procedimientos o métodos de castigo físico o psíquico.-*

En la actualidad, en relación a ambas Leyes, se busca construir otra mirada con respecto a la locura y a la enfermedad mental, la cual fue históricamente encuadrada en la peligrosidad de la persona buscando aislarla, sino que en la actualidad se desarrolla la concepción de "Sujetos de Derechos" para referirse a dicha población objetivo, en un proceso de integración social.

## *Capítulo 2: "Construyendo mundos posibles a través del arte"*

### 4. Presentación del Centro de Prácticas

El Centro Cultural fue creado como una alternativa de abordaje a la problemática de salud mental al interior del Centro Regional Salud Mental "Dr. Agudo Ávila". Entre sus dispositivos asistenciales cuenta con un servicio de guardia interdisciplinaria de 24 hs, con disponibilidad de 8 camas. Cuenta con dos salas de internación, con 60 camas. También cuenta con el sector de consultorio externo.

#### 4.1 Breve Historia del Centro Regional de Salud Mental "Dr. Agudo Ávila".

Nos resulta imposible ahondar en el Centro Cultural "Gomecito", sin entrar en los orígenes del Centro Regional de Salud Mental, siendo que, durante muchos años, no solo dependió del mismo, sino que, también marcó las lógicas y sentó las bases de los procedimientos de atención a la problemática.

En abril de 1918, se presenta un proyecto en la Universidad del Litoral, para que la cátedra de psiquiatría de adultos se transformará en instituto de psiquiatría. Unos años después, el Dr. Antonio Agudo Ávila coordinó desde la facultad de medicina la obtención de un contrato para construir el hospital de alienados en los terrenos donde funcionaba una enfermería anglosajona que se encontraba abandonada.

El gobierno de la provincia de Santa Fe realizó aportes para que se levantara lo que es hoy el actual Centro Regional de Salud Mental, el cual comenzó a funcionar el 1 de octubre de 1927, contando en ese entonces con cinco pabellones. Se dedicaban al tratamiento de enfermos mentales, tanto de niños como adultos. El hospital siguió dependiendo de la U.N.R. hasta 1981, cuando pasó a formar parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial Centenario.

Hasta la última dictadura cívico militar, funcionó en el hospital una experiencia de comunidad terapéutica, sostenida por estudiantes de diversas carreras y los médicos que dependían de la Universidad. La internación sería el eje principal del tratamiento psiquiátrico ofrecido por el Centro, hasta que, con el advenimiento de la democracia, comienzan a desarrollar alternativas, como la asistencia de emergencia (guardia, atención en crisis) durante los años 1989 -1990.

Mediante la resolución N° 1479 del año 1991 y de la mano de la Ley Provincial de Salud Mental, el Servicio de Psiquiatría se transformó en el actual Centro Regional de Salud Mental. Se organiza como una estructura hospitalaria, pero va a depender del Área VIII (hoy denominado Nodo). La conducción y el personal van a depender de la Provincia de Santa Fe.

A nivel mundial fueron surgiendo nuevas alternativas, en relación al tratamiento que debía implementarse a los pacientes, dirigidas a la desmanicomialización, fueron produciendo cambios en la institución, a mediados de la década de 1990. El perfil de la institución se va desarrollando como de asistencia en la emergencia de la Salud Mental, aunque, no tenía la capacidad para solucionar las problemáticas de las internaciones por tiempo indeterminado.

Luego de recorrer brevemente la historia y acontecimientos que le dieron origen al CRSM, en la actualidad podemos decir que aún hoy las instituciones psiquiátricas, continúan siendo la respuesta asistencial hegemónica, es decir, el único referente legitimado frente al tratamiento de la salud mental. Se pueden observar diferentes lógicas y estrategias que se plasman al interior de la institución, tanto en las prácticas naturalizadas de los profesionales como en las condiciones edilicias. Además de observar que su estructura, deteriorada, presenta las características del panóptico, existe un malestar general por parte de los enfermeros, principalmente, donde transmitían un desinterés o lejanía del entorno en el que se encuentran. Este dispositivo como dice Michel Foucault en su obra *vigilar y castigar* (1975) debe crear así un “sentimiento de omnisciencia invisible” sobre los detenidos, en este caso los usuarios, ya que este modelo abstracto de una sociedad disciplinaria, inaugura una larga serie de estudios sobre el dispositivo panóptico.

## 4.2 El “Gomecito”

El Centro Cultural se ubica como un dispositivo del Hospital que desarrolla experiencias alternativas a la lógica manicomial. A partir del advenimiento de diversas corrientes que han cuestionado fuertemente la lógica asilar y la primacía del saber omnipresente es que la psiquiatría clásica sigue con el propósito de trabajar en reestructurar el sistema de atención a la salud mental.

Se postula la propuesta de desmanicomialización o desinstitucionalización, que en pocas palabras significa rehabilitar la subjetividad del que sufre psíquicamente, recomponiendo la sociabilidad.

Moya (2020) plantea que en 1994 se conforma el programa de Cultura y Salud Mental del CRSM, donde se recuperó un pabellón, el cual se encontraba abandonado y se crea un espacio abierto a la comunidad. Ahí comienza, como actividad principal, la realización de “talleres creativos”, comenzando luego el “Área de Producción y Difusión Científica”. Este antecedente da lugar a lo que hoy conocemos como Centro Cultural “Gomecito”, el cual originalmente era un centro de día, pero después pasó a ser una Biblioteca Popular, que dependía de la Comisión Nacional de Bibliotecas Populares CONABIP. El Centro Cultural “Gomecito” se crea en el 2009, con la segunda gestión de Horacio Buchi y en diciembre 2015 se sanciona la Resolución Provincial N° 0006 la cual la respalda.

El dispositivo antes mencionado se planteó como un espacio que permite conectar el adentro y el afuera del hospital, además de un intento de restitución de derechos para aquellos que han perdido el acceso a la expresión, la construcción de lazos, al desarrollo de la autonomía, comunicación, libre circulación o a elegir qué tipos de tratamientos llevar a cabo. Su propuesta es a partir de un abordaje artístico-comunitario, que no se estructura desde un método rígido, sino como una práctica artística de comprensión y acción en el mundo, volviendo al colectivo un espacio de agenciamiento subjetivo, lugar móvil de pertenencia, pero no de atadura. El nombre “Gomecito” es por un paciente “Gómez” que vivió gran parte de su vida en el CRSM Agudo Ávila, y fue elegido por votación de los trabajadores.

La población que transita por el mismo es heterogénea, son personas con padecimientos subjetivos, jóvenes (mayores de 18 años), personas en situación de

calle y adultos mayores, que se encuentran referenciados con algún efector de salud. Para que se pueda incorporar a un usuario a los talleres y otras propuestas asistenciales, las mismas pueden ser a través de una derivación de un hospital general, un monovalente o un centro de salud; por encontrarse sosteniendo un tratamiento ambulatorio (alta hospitalaria); y también por encontrarse en situación de calle.

Nos parece relevante mencionar estos aspectos, ya que es a partir de la Resolución Provincial N° 0006/15 del año 2015, se decide cerrar la puerta que unía al CRSM Agudo Ávila, con el patio del centro cultural, produciendo así explícitamente una ruptura con la lógica manicomial, en relación a los objetivos que construyen un horizonte de trabajo desde el Gomecito, dado que inicialmente la población que transitaba por dicho espacio estaba definida casi exclusivamente por la población que se encontraba allí internada.

El “Centro Cultural Gomecito” se constituye como una propuesta que busca transformar las lógicas manicomiales, llevando adelante un tratamiento terapéutico, que aloje desde otro lugar a un sujeto que se encuentra atravesado por distintas injusticias que van desde lo económico, social, cultural, además de ser invisibilizado, y no tener, en determinadas situaciones, participación ni decisión sobre su tratamiento médico-clínico. Es así como el mismo, se posiciona desde “otro lado de la vereda”, apuntando a visibilizar, promoviendo sus derechos en pos de garantizar su inclusión en la construcción de autonomía y reinserción social.

Podemos observar el pasaje de una visión biológica, con su correlato con la práctica médica-psiquiátrica, a la psicológica, con una incorporación de una mirada terapéutica y de rehabilitación y por último, un posicionamiento social y político. Este último involucraría a la movilización de todos los participantes implicados, transformando las relaciones de poder, descubriendo la dimensión y el compromiso afectivo con las personas atendidas en esta área. Esto implica intercambios distintos, simetrías nuevas y otros grados de compromiso social y personal. De esta manera se construyen servicios completamente alternativos de lo que es la lógica manicomial, donde se debe reinventar, para que siga siendo vital y adaptable a las necesidades de los usuarios. Así no son los usuarios quienes se adaptan a dispositivos estereotipados o a los perfiles profesionales estandarizados.

Entre los objetivos principales que se propone la institución, si bien puede observarse la construcción de un sujeto autónomo, mejorando la calidad de sus condiciones de vida, encontrando un lugar de apoyo para la reconstrucción de sus proyectos de vida y sus lazos familiares y sociales, en la práctica no muchas veces ocurre efectivamente y nos encontramos con diferentes obstáculos internos y externos para realizarlo. Dependiendo la situación particular de cada sujeto como así también los recursos económicos, políticos, sociales, y culturales que se necesitan para lograrlo y concretamente con los que cuenta la institución.

Como mencionamos anteriormente, el Gomecito se constituye como un Dispositivo, y retomando a Foucault, quien sostiene que el mismo es “utilizado como un concepto general y otras para hacer referencia a instituciones (cárceles, fábrica, escuela, hospital, cuartel, convento, entre otras), disposiciones arquitectónicas, discursos, procedimientos, reglamentos, artefactos o formas de subjetividad.” (García Fanlo, 2011:68).

Esto quiere decir que un dispositivo no se reduce únicamente a prácticas discursivas, sino que también incluye prácticas no discursivas. “Un dispositivo no es algo abstracto. “En tanto red de relaciones de saber/poder, existe situado históricamente (espacial y temporalmente) y su emergencia siempre responde a un acontecimiento que es el que lo hace aparecer, de modo que para hacer inteligible un dispositivo resulta necesario establecer sus condiciones de aparición en tanto acontecimiento que modifica un campo previo de relaciones de poder. El dispositivo no es algo externo a la sociedad, pero tampoco ésta es externa al dispositivo y de la misma manera hay que pensar la relación entre dispositivo y sujeto (García Fanlo, 2011:68)

Lo que queremos decir con esto, es que tanto la constitución como el sostenimiento del Centro Cultural, implica un proceso de lucha continua dentro del poder, aún más cuando actualmente nos encontramos atravesando una crisis socio-económica a nivel nacional, la cual impacta fuertemente en el campo de salud mental, y en el ajuste en cuanto a la destinación de presupuesto hacia el mismo, lo que implica un retroceso y un estancamiento no sólo en los tratamientos iniciados con usuarios, sino además en el sostenimiento, contención, y acompañamiento hacia los mismos.

Sii bien el Centro Cultural propone dentro de sus principales objetivos, reinsertar de un modo integral al sujeto en la sociedad (con todo lo que ello implica), en la práctica no siempre ocurre, ya que éstos para ser realizados necesitan paralelamente de un trabajo interdisciplinario e interinstitucional y fundamentalmente de un Estado presente en materia de derechos.

Por ello consideramos que es una responsabilidad del Estado, los profesionales de la salud mental, salud pública y abanderados de los derechos humanos, poder problematizar y transformar la lógica de salud mental manicomial en un paradigma que integre a los mismos, con sus potencialidades y subjetividades, en el marco de las antes mencionadas leyes de salud mental (Nacional y Provincial).

## 5. Arte y Salud Mental

En el año 2019 algunas de las propuestas (las cuales suelen variar año a año) artísticas y culturales que se llevaron adelante son: taller verde, de cerámica, mosaiquismo y arte urbano, carpintería, encuadernación, radio abierta “Gomecito”, radio abierta “Tardes nuestras”, taller de producción audiovisual, taller “Juego de tronos” y taller de teatro.

Previo a desarrollar las actividades correspondientes a cada espacio, plasmamos el *concepto de taller definido por Ander Egg*.

*“Taller es una palabra que sirve para indicar un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Aplicado a la pedagogía, el alcance es el mismo: se trata de una forma de enseñar y, sobre todo de aprender, mediante la realización de “algo”, que se lleva a cabo conjuntamente. Es aprender haciendo en grupo” (Ander Egg, 1991 :10)*

Algunos de estos talleres, requieren de la conformación de un proceso grupal para la realización de determinadas actividades, como por ejemplo, en el taller de radio abierta “Gomecito” se conformó un equipo de trabajo entre los usuarios, para determinar los temas de los que se iban a hablar en el transcurso del programa radial, tiempos y duración de diálogo entre ellos, ideas/dudas/críticas que tuviera cada uno con respecto al espacio, lo cual promueve un trabajo colectivo y versátil de acuerdo a las efemérides que ocurran cada día.

Además, los jueves se llevaba adelante el taller “Juego de Tronos”. Este taller se llevó a cabo en el salón más grande que tiene el centro cultural, que funciona como sala de estar, donde los usuarios pueden desayunar, jugar a las cartas, hacer uso de la computadora, entre otras cosas.

Lo que se intentaba remarcar en dicho taller era el tema de la grupalidad entre los integrantes, que trabajen como equipo y debatan sobre sus respuestas tratando de sacar por un rato las individualidades propias de cada uno y así poder llevar a cabo una actividad colectiva.

“El proceso grupal como dimensión de la creación colectiva para la transformación a través del arte debe tener en cuenta lo que cada uno de los integrantes aporta como inquietud artística o temática, así como las características e intereses grupales y sus potencialidades. Estas inquietudes, deseos e intereses de los integrantes circulan en el trabajo colectivo, posibilitando que cada persona pueda hacer grupo y conformar un cuerpo artístico en el conjunto. De esta forma, se reconoce a los participantes en su dimensión subjetiva como personas portadoras de potencialidades creativas y expresivas que pueden desarrollar de forma activa”.

(Bang y otros, 2010:92)

Desde dicho dispositivo, se apunta a la circulación y permanencia de los usuarios por los espacios del mismo, brindando la escucha, dirigiendo el trabajo siempre hacia la colectivización de las propuestas impulsadas, posibilitando el entrecruzamiento de los modos de habitar subjetivamente, para construir un mundo posible para todos y todas. El objetivo que se pretende alcanzar desde cada propuesta artística, es visibilizar a los sujetos, potenciar la creatividad e imaginación, apelando al abordaje de una salud mental que integre y ponga en juego una intervención terapéutica desde el arte y la cultura.

Se apunta a la construcción de lazos sociales a partir de la socialización de las personas que le dan vida de forma cotidiana al Centro Cultural. Entendiendo a los *lazos sociales* como “*el efecto del posicionamiento subjetivo determinado tanto por una historia en común, como por la referencialidad a un mismo código que los integrantes de una sociedad poseen y que les permite relacionarse*” (Rossi, 2011:14)

Por su parte, nuestra tutora académica sostiene que *“La posibilidad de establecer un lazo, cuando alguien por su estructura subjetiva se encuentra en dificultad para el establecimiento de los mismos, es a partir de su restablecimiento, lo que de algún modo posibilita estar dentro del medio cultural. Cuando alguien sale de la estructura social, queda por fuera del medio cultural y de ahí lo segregador que produce la locura. Cuando alguien dice “está loco” lo dice porque está haciendo algo fuera del marco de lo que está establecido como “normal”. De ahí surge la necesidad de pensar modos posibles de aportar en el trayecto de alguien, para acompañar de algún otro modo que no sea desde la clínica tradicional, pero si desde una posición clínica, como aportar para que alguien pueda permanecer dentro de la cultura. Estos dispositivos, tienen que ver con el armado artificial de algo que le sirve a alguien para enlazarse, permitirse transitar un saber, un hacer. Este dispositivo en particular está intentando aportar desde lo diverso y posible, establecer espacios diversos dentro del marco de la cultura, para que quienes transitan el mismo, tengan la posibilidad de elegir ámbitos posibles de estar y hacer con otros. De esta manera se construyó una propuesta, con variaciones ya que de eso también se trata, de probar/ejercitar modos posibles, con algunas estructuras que se van sosteniendo, porque tiene que ver con los saberes/haceres de quienes integran el equipo profesional, donde siempre aparece lo teatral, artístico, expresivo, audiovisual, radial, manual, orientaciones que se van armando para definir una propuesta lo más diversa posible, que no dejan de ser propuestas terapéuticas en salud mental, que da soporte y que complementa otro aspecto de lo asistencial/clínico. Nada indica que un sujeto solo por transitar el espacio puede sostenerse en la vida con dificultades, no se piensa como espacio absoluto, ya que caeríamos en el mismo error del manicomio.”*

En otras palabras, y siguiendo la línea de discusión que propone la Coordinadora del dispositivo, el Gomecito se constituye como institución que problematiza, interpela, transforma las lógicas manicomiales, dando lugar a una posibilidad de construir “otro” soporte para pensar lo asistencial, permitiendo un despliegue diferente, de ser parte de un proceso colectivo, lo cual no es sencillo, y no siempre es posible. Permite acompañar a alguien para que pueda de algún modo enlazarse a la cultura, armar un lazo social que se encuentra fragmentado, fragilizado, siendo un sustento de lo cultural en relación a la locura.

*El ser, no nos determina hacer y ser de distintas maneras.*

Nos interesa resaltar el ámbito de prácticas de arte y transformación social, ya que reconocemos en ellas su potencial transformador a nivel individual, grupal y comunitario en lo referente a conformación de vínculos solidarios, posibilitador de nuevas miradas, canalizador de deseos y necesidades compartidos, promotor de participación comunitaria, transformador de representaciones e imaginarios sociales, y espacio de creación compartido que trasciende el mero discurso y obliga a poner el cuerpo en acción junto a otros.

El arte es una herramienta desmanicomializadora, lo que significa transformar las estructuras que sostienen a la lógica manicomial, hacia una nueva forma de atención de la salud mental. Supone una forma fácil y cómoda de bucear en el interior de nuestra psique, sacar los conflictos al exterior y manejarlos de un modo indirecto, transformándolos de manera creativa. Por el arte, desde distintos saberes y experiencias, confluyen en una práctica transformadora de la salud mental hacia la desmanicomialización, lucha que hace junto a otros grupos dentro y fuera del hospital. Para nosotros desmanicomializar es desestructurar el sistema manicomial, hacia una nueva forma de atención de la salud mental. Desarrollando actividades a través del arte, creando espacios para encontrar propuestas superadoras, transformadoras y revolucionarias en el campo de la salud mental.” (Idep salud (s.f.)

En una sociedad donde prima el individualismo y el aislamiento, el arte trabajado desde lo colectivo, puede constituirse en un elemento fundamental de transformación de los lazos sociales. El proceso de creación colectiva de una obra artística permite a cada participante dejar de pensarse como individuos aislados que padecen separadamente y deben resolver sus dificultades solos, para pasar a verse como participantes-pertenecientes a un “todo” con el que se está fuertemente vinculado, cuyo lazo que se mantiene es de interdependencia y colaboración mutua. Un proceso de creación artística colectiva se constituye como espacio de resistencia contra-hegemónica al individualismo imperante.

Se toma al arte, dentro de este dispositivo, como una herramienta más que se les brinda a los usuarios, otra forma para poder expresarse y comunicarse, corriéndose del lenguaje normativizado e impuesto culturalmente como “normal”.

En este sentido, creemos que es sumamente rico en información y para así poder seguir construyendo en un futuro, poder realizar un "ida y vuelta" entre lo que se construye entre la institución y la sociedad. Poder realizar festivales culturales, con obras de teatro realizadas por usuarios y profesionales de la institución, muestras artísticas de lo producido en talleres de mosaiquismo, arte urbano, cerámica, y además taller de radio abierta, para poner de manifiesto la voz de los usuarios frente a la sociedad, demostrando que ellos también existen, tienen derechos y posibilidades.

El arte como herramienta terapéutica, no posibilita solamente la participación de los mismos en la sociedad, sino además poder ser reconocidos y visibilizados. Además, avanzar en modificación, transformación del espacio o mejorar la propuesta de los talleres impulsados y los objetivos presentes en cada uno de ellos. Desde el trabajo artístico en estos contextos se promueve la posibilidad de imaginar mundos posibles y ponerlos en acto a través de los elementos de cada disciplina artística, trabajando con lo múltiple y heterogéneo, amalgamando lo impensado en nuevas composiciones.

El proceso de creación de una obra artística posibilita operar en relación a múltiples complejidades: la complejidad de los elementos artísticos a utilizar, la complejidad de los sistemas implicados (racional, emocional, de valores, etc.), la complejidad de los múltiples sentidos y significaciones que se ponen en juego en la construcción de una obra.

Por estas cuestiones consideramos la propuesta cultural del Gomecito sumamente rica, ya que les brinda la posibilidad a los usuarios de volver a sentir-se vivos, de pertenecer a un grupo, formar vínculos, expresarse y hacer oír su voz, de romper con el alienismo producido y profundizado por el manicomio y la sociedad misma.

*“Las actividades artísticas le brindan muchas posibilidades similares a las del juego para enriquecer su mundo, tanto interno como externo, permitiéndole expresar sus fantasías inconscientes a través de un dibujo, escribiendo o narrando un cuento, haciendo una canción o con el movimiento de su cuerpo.”* (Ballesta y Otros, 2011:140)

El arte estimula las capacidades propias del individuo, desarrolla su creatividad y expresión individual como medio de lograr satisfacción y mejorar personalmente. El arte permite proyectar conflictos internos y, por tanto, ofrece la posibilidad de poder resolverlos. Toda persona es capaz de ser creativa y esto es una necesidad, un impulso innato en el individuo. Esta posibilidad de crear, es donde reside la gran fuerza terapéutica y transformadora del arte.

Participando de los talleres conjuntamente con los usuarios, pudimos observar lo desubjetivados que se encontraban sus cuerpos, donde algunos concurren al espacio para sentarse y observar su alrededor. Otros, sin ánimos/ganas de participar de las actividades que proponíamos, algunos enojados, otros tristes, encuentran en los talleres una “escapatoria” a la realidad que viven, mejor dicho, una realidad que padecen.

Indudablemente estas formas de ser y hacer, son en parte construidas en base a la lógica manicomial que les es impuesta desde las instituciones totales, como así también están las vidas que son construidas en la calle, con la capacidad agotada de contar con los recursos necesarios para sostenerse. Lo coincidente en ambos sujetos, (y no casual), es su condición socioeconómica, cultural y familiar, ya que muchos de ellos mantienen vínculos socioafectivos escasos o nulos.

El tener reprimidos y/o olvidados sus deseos, ganas de explorar sus cuerpos, imaginación, darle rienda suelta a la fluidez de sus movimientos, bailando al ritmo de la música, quizás cantar con otro compañero, hacer teatro, dar lugar a la risa, el llanto, el enojo, la frustración, o simplemente el silencio, representa un desafío para el sostenimiento del espacio. Planificar actividades o talleres, que permitan o al menos intenten poder ir “deconstruyendo” la vida que involuntariamente han ido construyendo en el hospital psiquiátrico y/o en la calle.

Nos parece interesante poder retomar la perspectiva cultural que se implementa desde dicha institución, un espacio en el que cada persona puede crear y recrear nuevas producciones de su subjetividad, donde se promueven los lazos grupales y comunitarios en contraposición con las prácticas manicomiales que producen la pérdida de la subjetividad, estigmatización y encierro.

Dado esto nos parece interesante plasmar el concepto de **Creación Colectiva** (un proceso complejo que se da en un colectivo cuyo objetivo es la creación conjunta de una obra artística). Dicha obra puede pertenecer a las más variadas disciplinas artísticas, entre ellas artes visuales y escénicas.

A esta creación colectiva, la podemos caracterizar en tres momentos: El primero estaría ligado a la transmisión, intercambio e incorporación de técnicas y lenguaje específico de la disciplina artística que se trate (teatro, música, artes plásticas, etc.). Un segundo momento sería el de producción de la obra, y estaría dado tanto por las decisiones colectivas sobre el tipo de obra que se quiere realizar, tema a abordar y sus características, espacios de realización, tiempos de ejecución, etc. como por el proceso mismo de construcción de la obra, contemplando diferentes estrategias a usarse según características del grupo y disciplina artística de que se trate. Por último, incluimos el momento de exhibición y circulación de la obra en la comunidad, momento necesario si pensamos el proceso de creación colectiva con fines de transformación social. (Bang, 2010:92)

Dicho concepto podemos verlo reflejado dentro del *taller de teatro*, donde el producto final fue presentado en la fiesta de fin de año del Centro Cultural, pudiendo así exponer el trabajo y esfuerzo llevado a cabo durante meses. En dicho taller una de las primeras actividades era pensar en conjunto ideas, situaciones, improvisar escenas, hasta poder llegar a elaborar los personajes y sus características particulares. Luego de eso se seguía creando en conjunto la escenografía, vestuario y musicalización. Hasta llegar finalmente a la presentación. No solo era elaboración y producción artística lo que sucedía allí, sino que también se tuvieron que pensar alternativas para reemplazos en caso de que algún compañero no pueda asistir a la obra para que la presentación no sea cancelada.

En el arte sus prácticas y producciones se hallan en el campo de la creación, la inventiva, la expresión y la comunicación individual y colectiva de una determinada época. Por eso se constituye en un campo de conocimiento cuyos saberes son fundamentales para la comprensión, interpretación, transformación de la realidad y construcción de la identidad propia y social. Por eso, reconocemos al arte como una disciplina que permite a través del proceso creador, la exploración del potencial humano. El arte permite recuperar aspectos singulares de las personas, romper con

el aislamiento individual y generar vínculos con un grupo de pertenencia posibilitando la transformación de la posición “paciente-pasiva” en una activa. Esto produce efectos en el orden individual, institucional y comunitario, posibilitando la deconstrucción de prejuicios e imaginarios en torno a la “locura” y su consecuente proceso de resocialización. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018:30)

Precisamente abordar la salud mental, a través del arte, se apoya en la base de poder reflejar y predecir los procesos personales y sociales. Se basa en la capacidad de desentrañar estos procesos cuando pueda existir algún tipo de conflicto personal o social.

¿Por qué nos interesa el arte? “Para cruzar nuestras fronteras, sobrepasar nuestras limitaciones, colmar nuestro vacío, colmarnos a nosotros mismos. No es una condición, es un proceso en el que lo oscuro dentro de nosotros se vuelve de pronto transparente” (Grotowski, 1992:16)

Siguiendo a Bovino (2018), plantea que el arte en los manicomios es casi tan viejo como los propios manicomios, pero que siempre se lo ha utilizado como excusa terapéutica. Por lo general lo que hace el manicomio en las personas con muchos años de internación, es ir desapareciendo las capacidades que tienen los sujetos de pensar, sentir y de hacer. Destruye las pasiones, los deseos, los vínculos personales que existan dentro y fuera de las paredes de la institución, convierte lentamente al sujeto en un objeto. El arte, lo que hace es recuperar todo eso, recuperar el deseo, una pasión, despierta distintas actitudes, produce y reproduce vínculos grupales, la persona comienza a pensar, sentir y a ocuparse de sí mismo.

Consideramos que el Arte es la herramienta con la cual hacer oír su voz, con la cual mostrar y dar a conocer su realidad, la forma en la cual pueden conectar con el mundo que se les presenta como hostil y que continuamente los arroja hacia los lugares más oscuros. El arte les da voz como sujetos de derechos.

## 6. Estudiantes en Escena

En relación a los contenidos que se establecen desde el programa de la materia Práctica Profesional III, correspondiente a 5to año de la carrera Licenciatura en

Trabajo Social, se establece que *“la formación profesional es entendida como proceso permanente de construcción y reconstrucción de la práctica profesional, que se va solidificando en su efectivo ejercicio, y en una capacidad crítica de ese ejercicio, configurándose en un proceso continuo de conocimiento activo del Trabajo Social en sus vinculaciones con la realidad social.”* (Práctica Profesional III, 2011: 4)

Realizamos nuestras prácticas profesionales de 5to año de la Licenciatura en Trabajo Social, en el año 2019. Asistíamos dos veces por semana al centro cultural, con una carga horaria de 6 hs semanales. En primera instancia pudimos transitar por algunos talleres, como por ejemplo el taller de cerámica, mosaiquismo, “radio abierta” y arte urbano. Pero después de un corto periodo de tiempo tomamos la decisión de participar en el taller de teatro, dictado los días viernes y “juego de tronos”, llevado a cabo los días jueves.

En este sentido, nuestra participación dentro de la institución, fue sumamente rica en todos los aspectos de aprendizaje que pudimos de-construir, dentro de la institución junto a usuarios y también trabajando a la par del equipo profesional. El darnos la posibilidad de opinar, participar y planificar a la par de ellos, es muy valioso y deja muchas enseñanzas a la hora de hacer una reconstrucción sobre nuestro recorrido desde y en la institución. Pudiendo compararlo con otras prácticas profesionales que hemos realizado en instituciones de salud, la posición del estudiante que asiste en la institución es de considerarse (muchas veces) como un “asistente” del trabajador social, que asiste sólo para pasar el rato, cumplir con un horario, sin la “autorización” de poder hacer una acotación sobre las intervenciones realizadas y/o sobre la funcionalidad institucional. Lejos estuvimos de ser consideradas así desde el Gomecito. Al contrario, nuestra participación fue activa desde el primer momento, y eso nos alegra mucho. Pudimos dejar de manifiesto opiniones, dudas, quizás quejas, anotaciones, planificaciones para talleres específicos, las cuales consideramos van a quedar plasmadas para seguir construyendo de ahí en adelante. Es muy valioso para el estudiante, que nos den la posibilidad de ser incluidos en la institución donde realizamos nuestras prácticas profesionales. Nos permite crecer, interpelar-nos, aprender y desaprender.

Haciendo referencia a la relación tensional que planteamos en nuestra introducción, en relación al vínculo que se establece por un lado, entre los conocimientos

adquiridos en el ámbito académico durante nuestra formación, acerca del quehacer profesional y los posibles roles o funciones de un trabajador social y por otro lado, la experiencia que vivenciamos en el Centro Cultural, nos parece interesante profundizar sobre el estereotipo o ideal que los estudiantes tenemos o construimos respecto al quehacer profesional del Trabajo Social.

Con respecto a nuestra práctica vivenciada en el Dispositivo, podemos hacer mención a la frustración, incertidumbre y ansiedad que acarreamos durante los primeros meses al insertarnos en el mismo y no poder dar cuenta específicamente del territorio donde se pone en acción la profesión. Todas estas sensaciones se expresaban en cada oportunidad de intercambio con otros compañeros y/o de supervisión docente, en el marco de las clases de la materia curricular de 5to año denominada Práctica Profesional III. Allí, nuestros compañeros nos relataban cómo eran sus experiencias en sus distintos centros de prácticas y mencionaban las estrategias que llevaban a cabo en conjunto con los profesionales y la forma en la que intervenían en las diferentes situaciones problemáticas que se les presentaban.

Esto sucedió dado que, en nuestro imaginario, en nuestro estereotipo de accionar profesional, el trabajador social utiliza solamente técnicas y estrategias como lo son: entrevista domiciliaria, la gestión de una ayuda social o un documento de identidad, medidas excepcionales y además la realización de informes sociales de diversa índole, como para nombrar algunas. Técnicas que denominamos como “tradicionales, habituales o convencionales” en el quehacer cotidiano de la profesión.

Todo esto, fue radicalmente problematizado en el momento que se produce nuestra inserción en el centro cultural, ya que, en el cotidiano de nuestro paso por el mismo, no identificamos tales intervenciones y no podíamos comprender qué era lo que efectivamente hacía nuestra tutora particularmente como trabajadora social. Luego de analizar críticamente nuestros conocimientos, así también los intercambios con nuestros docentes y tutora, presenciar innumerables reuniones de equipo, de-construimos muchos conceptos e ideas que teníamos inculcadas en nuestro imaginario para poder, por fin, dar cuenta de lo versátil y maleable de la profesión y dejar de reducirla solamente a un conjunto de actividades, consideradas hasta ese entonces, por nosotras, como fundamentales y esenciales en la profesión. Se podría

decir que, según nuestro ideal, la profesión no era tal, si no se realizaban dichas técnicas.

Cortés Mancilla (2018) dirá que la deconstrucción es un movimiento, no es un método, que deshace lo que se ha edificado, no para destruirlo, sino para comprobar cómo está hecho, cómo se ensamblan sus componentes y qué elementos ocultos controlan su significado. Plantea que a los diferentes significados de los textos solo se puede llegar con la descomposición de la estructura del lenguaje dentro del cual fue elaborado y significado.

Fue durante nuestro paso por la institución, que pudimos problematizar la teoría que incorporamos a lo largo de estos años de formación profesional, para ponerla en juego en un campo específico, a fin de, acrecentar el conocimiento y llevar adelante una estrategia de intervención acorde que produzca cambios significativos y promueva derechos.

La profesión pone en juego diversas acciones que "rompen" con lo que es considerado trabajo social "convencional" tanto desde las instituciones como la sociedad en general. Como, por ejemplo, en este centro de prácticas en particular, donde se lleva adelante la coordinación de un dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial, además de generar vínculos entre los usuarios y sus equipos, se brinda la escucha y se tejen redes intra e interinstitucionales. Sostenemos que también el dispositivo donde desarrollamos nuestras prácticas se presta a que la intervención del profesional del trabajo social rompa con todo aquello que se constituye como convencional para su accionar, ya que al ser un dispositivo que rompe con una lógica ya establecida, el trabajo dentro de él debe ser innovador, es necesario combinar muchas herramientas como la planificación, la defensa de las políticas públicas, el reconocimiento de los derechos humanos, entre otros. Todo lo que nos aporta la profesión entra en juego y disputa en este nuevo tipo de dispositivo.

En relación a lo que fue nuestro proceso de inserción de nuestras prácticas pre profesionales en el Centro Cultural "Gomecito", nuestra tutora académica, la cual es trabajadora social y coordinadora del mismo, despliega funciones que van desde el armado de propuestas tanto clínicas como políticas del espacio, la gestión con dependencias Ministeriales, reclamos por condiciones laborales del personal que

integra el equipo de trabajo, construye vínculos con los equipos de referencias de los usuarios que asisten al dispositivo, el acondicionamiento del espacio, recibe y atiende a los usuarios que concurren al Centro Cultural, gestiona insumos para la realización de los talleres, y planifica reuniones de equipo, entre otras cosas, lo que permite dar cuenta del perfil versátil de la profesión, en relación a las situaciones que se presenten en la cotidianidad de la institución.

En una entrevista a nuestra tutora académica (quien mencionamos anteriormente, es trabajadora social y coordinadora de la institución), sobre “¿Qué se espera de un estudiante que realiza sus prácticas preprofesionales?” nos dice: *“Se espera que quien transita por este lugar particular o en general, en condición de transitar la formación, es que algo del espacio aporte a esa instancia de formación, en término de pregunta, interrogante, capacidad reflexiva, lectura política. Que alguien se permita transitarlo en condición de formación, tiene como primera medida, poner en juego una posición de permeabilidad, desarmar posiciones que vienen dadas desde los espacios de formación, permitiendo impregnarse de lo que el espacio tiene para brindar, sea lo que sea que éste brinde, positivo o negativo. Que algo de esto se dé en lo más personal del estudiante respecto del inicio y finalización, quiere decir que algo produjo este tránsito que está atravesando un proceso de transición. Eso es lo más significativo para quien se encuentra en proceso de formación.”*

Recuperando nuestro primer día concurriendo al mencionado dispositivo, pudimos hacer una observación de su estructura. El mismo cuenta con un espacio no muy grande, donde al ingresar nos encontramos con un patio delantero, con muchas plantas y una mini huerta en donde se lleva a cabo uno de los talleres denominado “taller verde”. Al entrar lo primero que se puede ver es un pasillo largo que tiene conexión con un salón principal, donde se realizan diversos talleres, entre ellos: cerámica, mosaiquismo, “radio abierta” y “juegos de tronos”. A un lado del pasillo se encuentra la oficina, que es transitada constantemente por profesionales y usuarios, además de realizarse entrevistas para admisiones. Contiguamente a la misma, hay otra oficina más pequeña en donde se reúne el equipo profesional para reuniones de equipo o trabajar cuestiones que surjan en lo cotidiano y también se encuentran estudiantes que estén realizando sus prácticas pertinentes (Psicología y Trabajo Social). También hay una biblioteca y en la misma se lleva adelante el taller de

teatro. Además, en los baños del Centro Cultural se puede observar una intervención artística de expresión libre con diferentes dibujos que los representan subjetivamente, en relación a lo que les gusta: personajes artísticos, bandas musicales, objetos, entre otros. Además, en los espacios contiguos se pueden observar trabajos realizados en el taller de arte urbano, la cocina y el patio trasero, que está conectado con el CRSM Dr. Agudo Ávila.

A continuación, queremos dejar plasmadas nuestras sensaciones (recuperadas de nuestros cuadernos de campo) al ingresar por primera vez al centro de prácticas, para luego hacer un balance al finalizarlas.

“En mi primer día de prácticas me vi totalmente sobrepasada por la situación y me sentí avasallada por los usuarios por el contacto personal con los mismos, ya que en mi anterior centro de prácticas nunca había tenido contacto con la población concurrente, solo asistía a las reuniones de equipo. Al llegar me encontré con un grupo de personas muy extrovertidas y desenvueltas haciéndome muchas preguntas, como, por ejemplo, quién era, qué hacía ahí, y si pensaba quedarme. Algo que me costó mucho marcar en los primeros encuentros con los usuarios fueron los límites corporales y la forma en la que algunos no sabían o no podían acatarlos. Esta situación pudo ser charlada y planteada en la supervisión con las docentes y quedó plasmada como anécdota del proceso de inserción en un nuevo centro de prácticas.” (Campagna, 2019)

“Al llegar a la institución, me impactó la construcción edilicia y las intervenciones artísticas que predominaban en los distintos espacios de la institución. Durante el día, observo como los distintos profesionales recurren constantemente a nuestra tutora académica, sea para dar aviso sobre alguna situación relacionada a los usuarios o cuestiones relacionadas al desarrollo de alguna actividad. En cuanto al Trabajo Social, nuestra tutora nos comenta que muchos de los usuarios concurren al gomecito para resolver demandas urgentes (comida, ropa, cigarrillos), por otro lado, se encuentran los objetivos que se establecen desde el dispositivo en un intento por “romper” con la lógica manicomial, que los usuarios adquieran autonomía, que se promuevan sus derechos, y con estatus de ciudadanía plena. Una pregunta que me surge al momento de conocer a nuestra tutora académica es, si son sujetos con derechos ¿Porque los llaman usuarios?” (Meschini, 2019).

Es imprescindible en este proceso continuo de aprendizaje, contar con la posibilidad de construir junto con otros/as, alternativas artísticas y culturales a la lógica manicomial. Lo cual, se lo agradecemos mucho a nuestra tutora, al equipo profesional y los talleristas que sostienen cotidianamente al Gomecito.

Citando a Susana Cazzaniga, sostiene que *“hoy el desafío es encontrar nuestros instrumentos para la comprensión, para articular saberes, encontrar nuevos caminos de acción, desarrollar prácticas innovadoras; potencialmente se trata de la posibilidad de apertura expresada en la indagación de las relaciones entre subjetividad y procesos sociales; el replanteo de ciertos criterios no gráficos, de gestación de marcos referenciales más abiertos y complejos, en una búsqueda de profundización y pluralidad y ampliar la mirada”*. (Cazzaniga,2003;54) En este artículo académico, la autora desarrolla la importancia de la construcción crítica de conocimiento, investigar para luego intervenir, desarrollar incansablemente la capacidad de investigación para conocer y ampliar la mirada de nuestro alrededor sobre el cual vamos a intervenir.

Antes de continuar nos parece pertinente dejar plasmado el por qué nos dirigimos a los concurrentes de la institución como Usuarios.

Desde la Ley Nacional, al nombrar al sujeto como usuario, se destaca su carácter de sujeto activo cuya palabra debe ser escuchada, no sólo en cuanto al tratamiento singular de su padecimiento sino también como participante fundamental en los lineamientos de las políticas en Salud Mental. Los usuarios se constituyen en actores sociales que intentan diferenciar su voz de la de los profesionales y familiares, marcando la importancia de hablar en nombre propio.

Por otro lado, nuestro pasaje y recorrido por la institución con los usuarios fue sumamente reconfortante. Lejos de sentirnos ajenas o extrañas, desde el primer momento, encontramos un espacio en el cual poder participar a la par de ellos, con una mirada analítica y también observándolos participando, con sus opiniones, dudas, sentimientos y espontaneidad.

Llegando al final de nuestro recorrido experiencial en el Centro Cultural “Gomecito” pudimos dar cuenta de la evolución que tuvimos como estudiantes y futuras profesionales. Lejos nos encontrábamos de esas dos jóvenes que iniciaron sus

prácticas llenas de miedos e incertidumbre. Somos conscientes de los vínculos solidarios y de trabajo, participación, apoyo, y aprendizaje que pudimos construir tanto con el equipo profesional como con los usuarios que concurren diariamente a la institución.

Tuvimos la oportunidad de poder conocerlos y captar al instante cuando algo malo les estaba sucediendo, cuando se encontraban atravesando alguna crisis o simplemente cuando no querían hablar con alguna de nosotras. Aunque estas formas de ser y hacer no son solamente consecuencia de la vida inhumana que les ha sido impuesta desde el manicomio y el encierro, sino también de las condiciones inhumanas en las que sobreviven. El tener reprimidos y olvidados sus deseos, ganas de explorar sus cuerpos, imaginación, darle rienda suelta a la fluidez de sus movimientos, bailando al ritmo de la música, quizás cantar con otro compañero, hacer teatro, dar lugar a la risa, el llanto, el enojo, la frustración, o simplemente el silencio, representa un desafío para el sostenimiento del espacio. Planificar actividades o talleres, que permitan o al menos intenten poder ir corrompiendo con la vida que involuntariamente han ido construyendo en el hospital psiquiátrico y/o en la calle. Involuntario, porque no son ellos los que deciden sobre qué quieren hacer y cómo, sino que deciden por ellos, en fin, una vida sin vida.

Supimos aprender a respetarlos en momentos cuando simplemente no tenían ganas de participar o hablar. Y también, supimos hacernos carne propia cuando veíamos cómo les dolían en el cuerpo y en sus subjetividades las injusticias que involuntariamente padecen todos los días. Supimos marchar a su lado, sintiendo y escuchando su grito, haciéndonos eco de su lucha, la nuestra, luchando por sus derechos y por la desmanicomialización.

Porque conociéndolos, vimos cómo les duelen las indiferencias y la marginalización, el encierro, la sobremedicalización de sus cuerpos, el egoísmo que injustamente les aleja y separa de la sociedad de la cual son parte. Y es gracias a ellos, que nos hacemos responsables y copartícipes de esta lucha diaria por la desmanicomialización, y la cual, nos hace o debería hacer partícipes a todes como sociedad. Aprendimos muchísimo a la par de ellos, a conocer su realidad, a ponernos en sus zapatos, a poner en práctica la empatía. A reírnos, bailar, cantar, y

dejar libres nuestros cuerpos al menos durante dos o tres horas, que es lo que duraba un taller.

Nos queda muchísimo por recorrer como futuras profesionales, pero ambas consideramos que nuestro recorrido en el Gomecito, fue rico en aprendizaje como futuras profesionales y más que nada fue rico para nuestro crecimiento y evolución como personas.

En esta línea, y para concluir con este apartado sobre "¿Qué hace un estudiante de trabajo social en un taller?", hay un elemento que como estudiantes es imprescindible, y es que podamos darnos el lugar de poder problematizar los contenidos adquiridos, y ponerlos en juego a la hora de entrar en una institución, donde vamos a realizar nuestras prácticas profesionales. La participación que tenemos los estudiantes en las instituciones para realizar las mismas implica la posibilidad de iniciar la construcción de un futuro perfil como profesionales, además de trabajar para y con un sujeto portador de derechos que deben ser promovidos, a la par de un equipo interdisciplinario y con otras instituciones intervinientes. Darnos la posibilidad de problematizar lo aprendido para tensionar críticamente teoría y práctica, nos permite en un horizonte de construcción profesional, no quedarnos solo con lo "socialmente esperado" de un trabajador social, por ejemplo, alguien que interviene de forma desinteresada, sino que por el contrario, que podamos construir un perfil profesional que reinvente cotidianamente su profesión e intervención, para producir cambios significativos en la realidad.

## *Capítulo 3: “Trabajo Social y Salud Mental”*

### 7. Trabajo social y salud mental.

El Trabajo Social, desde una perspectiva histórico-social, se construye a fines del siglo XIX como campo de conocimiento e intervención en un contexto de fragmentación de la sociedad, malestar y desigualdad. Surge, teniendo como mandato fundacional la transformación de los efectos de ésta perspectiva, a través, de diferentes objetivos y metas.

Teniendo en cuenta que la medicina se constituyó como la profesión dominante durante años en el campo salud mental, el Trabajo Social junto con otras profesiones, no ha tenido la importancia que tiene en la actualidad, ya que no se consideraba al “sujeto” como “sujeto de derecho” y fue en ese entonces cuando comienza a cobrar relevancia la profesión.

Desde Basaglia podemos retomar que la razón por la cual muchas de estas personas habían terminado en el hospital, mucho antes, era una consecuencia de lo insoportable de la vida social. El manicomio no hacía otra cosa que capturar a estas personas indeseables y contenerlas en la institución, es una especie de muerte civil. Esta es todavía la lógica de algunos manicomios.

En relación a la inserción del Trabajo Social en dicho campo, en los EEUU, al principio del siglo XX se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. Se reconoce la importancia de su inclusión, a partir de considerar la necesidad de una completa información sobre las intervenciones sociales para el tratamiento de los pacientes.

Desde ese entonces psiquiatras de diferentes instituciones comienzan a apreciar el valor de los datos sociales y en consecuencia el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando como parte de los equipos de Salud Mental. Esta influencia que llega a España importada de los EEUU viene acompañada de la idea de “**equipo psiquiátrico**” y de la necesidad de trabajar con las familias de los/las enfermos/as mentales.

La evolución del Trabajo Social en Salud Mental, ha estado influenciada por el desarrollo de la **asistencia psiquiátrica**.

La década de los 70 se caracterizó por la precariedad de recursos sociales, existiendo una escasa y confusa red de beneficencia-asistencia social, en manos de patronatos, ayuntamientos, diputaciones, algunas dependencias ministeriales y congregaciones religiosas. La asistencia psiquiátrica no estaba incluida como prestación sanitaria de la seguridad social y la escasa asistencia dependía de los servicios sanitarios de las diputaciones provinciales. El sistema psiquiátrico se reducía a una organización manicomial.

La figura del Asistente Social era muy ambigua en un principio, pero poco a poco, tanto en el campo sanitario como en el ámbito psiquiátrico se fue desarrollando, y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica.

En la década del 80 se da un cambio en la forma de concebir al “enfermo mental”, como una persona sujeto de derechos y obligaciones, que precisa de una intervención técnica, psicológica y social, acompañada de la definición de Salud desde la Organización Mundial de la Salud, definida como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad, lo que estructura un nuevo marco normativo en el campo, permitiendo el desarrollo de la salud mental en las últimas décadas.

En la década de los 90, los problemas de la población con padecimientos subjetivos desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones de índole psicosocial y social, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo y por consecuencias producto de la desventaja social (pobreza, empleo, aislamiento social, rechazo, problemas de alojamiento), sin olvidar los problemas de tensión y sobrecarga que supone para sus familias. Todos estos aspectos forman parte de la actividad profesional de los trabajadores sociales, de forma que no es necesario solamente atender su problemática psiquiátrica, sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la rehabilitación e integración social en la comunidad.

## 7.1 La interdisciplina

Según Basaglia debemos tener en cuenta que en un principio en Salud Mental existía solo el psiquiatra como profesional, estaba solo, dominaba la escena y no había nadie que cuestionara su poder. Pero la creación de una nueva cultura hace aparecer al psicólogo, asistente social, el terapeuta ocupacional, entre otros, y de esta manera al diagnóstico del psiquiatra se le agregan los de todas otras figuras profesionales.

La estrategia de intervención del Trabajo Social adopta un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como adopción de medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen trastornos y constituye un eje de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de salud mental.

El ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención *interdisciplinar*, por lo tanto es un lugar donde concurren diferentes profesiones, con sus respectivos modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones e incluso diversas ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención. Si algo caracteriza el funcionamiento de la Salud Mental es su intervención en equipo; se ha de ofrecer integración, coherencia y articulación ya que, de lo contrario son imposibles actuaciones eficaces y de calidad. La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada.

Cabe resaltar que la interdisciplina surge “(...) de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadidas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (Stolkiner, 2005:1)

En relación a las transformaciones que se dan a partir de la reglamentación de la Ley Nacional y Provincial de Salud Mental y que en la actualidad se encuentran

inmersas en un escenario complejo, es en donde se encuentra un conflicto de intereses y prácticas, tanto por parte de los profesionales como de las instituciones y de los propios sujetos. Por lo que se entiende que la intervención del trabajador social en el área de salud mental debe darse mediante un análisis constante, que tenga en cuenta la singularidad del sujeto, entorno socio histórico y la interacción en el mismo. Pero también este análisis debe verse reflejado en lo que refiere a las instituciones involucradas en el proceso y a la práctica profesional en sí misma.

La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual, laboral y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental, su tratamiento clínico y el equipo interdisciplinario trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. En la práctica, el trabajador social interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos) procurando la integración de las diferentes disciplinas con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema.

Las demandas actuales en el campo de la salud mental están atravesadas por una serie de cuestiones que se expresan a través de una creciente complejidad ligada a las características del clima de época que atraviesa nuestra sociedad. Lo social, mirado desde lo singular, fue incorporando nuevas categorías de análisis orientadas a acrecentar la intervención. Ésta puede ser entendida como un *“proceso de análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo.”* (Carballeda, 2012:39)

Cómo plantamos en el párrafo anterior, el campo de la salud mental se encuentra atravesado por una creciente complejidad, adherimos a lo que plantea Emiliano Galende en su libro *“Conocimientos y prácticas de salud mental”* donde sostiene que no es posible conocer los orígenes de un problema mediante el método único

de una sola disciplina cuando se trata de un objeto complejo, ya que el mismo necesitará un abordaje desde diversos ámbitos de conocimientos y sus disciplinas.

*“Lo que caracteriza al campo de la salud mental es la existencia, múltiple y simultánea, de diferentes disciplinas o corrientes intelectuales, que definen modos distintos de comprender el sufrimiento mental, o la enfermedad, por lo tanto, también modos distintos de conocerlos y tratarlos.” (Galende,2015:175)*

Por lo tanto, Galende sostiene que *“La propuesta racional de abordar los problemas de Salud Mental desde el reconocimiento de que se trata de un objeto complejo, ha llevado la idea de un abordaje que supere a de una disciplina específica, esto es, que sea transdisciplinario para su conocimiento.” (Galende,2015:177)*

## 7.2 Teoría y Práctica en Trabajo Social

La intervención del Trabajo Social y de las demás disciplinas del campo de la salud tienen la oportunidad de apartarse del lugar de lo normativo, para aproximarse al de los derechos. La Intervención en lo Social como derecho, se vincula con el crecimiento y nuevo perfil de demanda a esta disciplina. En definitiva, una manera de concebirla donde se ligan el derecho a ser asistido, a recibir algo más que una prestación o un subsidio, el derecho a ser escuchado, a la valoración de la palabra. En resumen, a ser “visible”.

En el campo de la Salud Mental, ante la complejidad de las problemáticas y los escenarios de intervención es quizás donde este derecho se expresa con mayor claridad. Franco Basaglia (2013) sostiene que *“allí, donde existe algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social.”* De este modo, la lógica de la inclusión social se relaciona en forma intensa con la Salud Mental.

La autora Susana Cazzaniga establece que la intervención profesional es la puesta en acto de un trabajo o de determinadas acciones, a partir de una demanda social asignada a una determinada especificidad profesional. El origen de la misma va a estar atravesado por el lugar que esa profesión tendrá asignado en el imaginario social. Esto es, la construcción histórico-social que de esa profesión se ha realizado: funciones, características, resultados esperados, etc. Dicha construcción opera en el

desarrollo que han tenido a lo largo de la historia esas profesiones como también las prácticas profesionales que le han otorgado, sentido a la intervención profesional. Este instituido al que cada vez, reforzamos o intentamos romper desde la intervención, se transforma en un eje significativo para comprender y analizar esa misma intervención.

Desde la profesión se construye la posibilidad de deconstruir y reinterpretar la idea de herencia con la que el Trabajo Social se relaciona, y se ha relacionado históricamente, para así repensar la intervención, lo que implica una acción política deconstructiva para comprenderlo críticamente, que se niegue a la mera reproducción de lo que la tradición nos lega. (Mancilla, 2018; 21)

El trabajo social debe esforzarse en instrumentar una adecuada comprensión de los problemas sociales, creando las condiciones necesarias que hagan posible que las personas con padecimientos subjetivos, logren mejorar sus relaciones sociales y calidad de vida, promoviendo sus derechos, autonomía y libertad, construyendo ciudadanía, desde la esfera de la sociedad civil, es decir, desde un lugar que ofrece oportunidades para la iniciativa y participación, respondiendo a una doble pertenencia: al Estado y a la sociedad, como parte de un espacio público-institucional que garantiza sus derechos civiles, sociales y políticos, lo que representa un desafío y objetivo para los/las profesionales del Trabajo Social desde los diferentes espacios de intervención.

En relación a la intervención profesional, *Carmen Inés Lera* nos plantea que, si pensamos la asistencia solo desde el recurso material, lo que se hace es empobrecer las potencialidades que la misma nos puede habilitar. Las problemáticas que llegan al Trabajo Social tienen un doble registro, material y simbólico. Es por eso que podemos dar cuenta que en la dimensión asistencial se pone en juego el encuentro con el otro, brindando la creación de espacios para establecer una comunicación, compartiendo experiencias colectivas, construyendo así escenarios donde los sujetos puedan hacerse de espacios para ampliar su ciudadanía.

De este modo, de acuerdo a la situación en la que va a intervenir, el profesional despliega de manera creativa diversas herramientas que permitan ir

“desmenuzando” la situación problemática, la historia de vida, relaciones, vínculos, condicionantes que encuadren a la misma, con la finalidad de producir una transformación en ella.

La profesión interviene en situaciones concretas, poniendo en práctica sus técnicas, habilidades y estrategias para conseguir alcanzar los ideales de justicia social. A través de la escucha activa, del diálogo, de la empatía, de los silencios, es como el Trabajo Social lucha por conseguir que los derechos humanos se promuevan.

Consideramos que, para intervenir en salud mental, no es imprescindible solamente que los profesionales que allí ejercen su profesión tengan una concepción de sujeto que se aproxime a promover su integración social, autonomía y estatuto de ciudadanía, sino que también se requiere de una transformación cultural en cómo se concibe a este sujeto, asociado a un “loco/a peligroso/a” el cual se considera debe ser encerrado/a para garantizar la seguridad del resto de la sociedad.

La profesión así, interviene en una realidad vasta y compleja, que es atravesada por múltiples problemáticas sociales, económicas, culturales, políticas, que ponen a determinados sujetos en una posición de vulnerabilidad con respecto a otros, lo que puede definirse como campo problemático, comprendido como la construcción conceptual, producto de la tensión entre categorías teóricas y empíricas, que recorta y focaliza la intervención profesional, desde el cual se definen las diferentes líneas o formas de abordaje. De esta manera los campos problemáticos de la intervención profesional se construyen y redefinen en relación con las transformaciones sociales que afectan la vida de los sujetos, en tanto supervivencia, dignidad, derechos, o dicho en las palabras de *Margarita Rozas*, en relación con la cuestión social del momento histórico.

En cuanto al rol desempeñado por nuestra tutora en la institución, *“La función del/la coordinador/a dentro de un grupo es definida como la de “co-pensador/a”, rol que implica una clara posición ideológica en términos de aprendizaje: trabaja “junto” al grupo y no “para” ni “por” el grupo. Si bien su rol lo/a ubica en una situación de asimetría respecto de los integrantes, ejerce su rol democráticamente, facilitando la comunicación entre los/las miembros y propiciando la resolución de los obstáculos que se interponen entre el grupo y sus objetivos”* (García, 2008: 37)

Desde la profesión se construye una idea de concepción de “Sujeto” con el que se interviene, entendiendo que:

Las normas legales convierten a las personas en sujetos de derecho, lo que les permite exigir el cumplimiento de dichas normas para poder desarrollarse como personas, pero les impide exigir todo aquello que no se reconoce legalmente. El Trabajo Social convierte a las personas en sujetos de intervención, permitiéndoles solicitar ayuda institucional para salir de aquellas situaciones de necesidad. Pero la convergencia entre la perspectiva de los derechos humanos y la del Trabajo Social facilitará un acercamiento a la persona como sujeto dotado de capacidad de autonomía, es decir, personas libres y responsables, con capacidad de decisión, siempre y cuando existan posibilidades de superación. Las razones para la intervención profesional tendrán como finalidad potenciar la autonomía, teniendo presente las capacidades de los sujetos y del medio, para tratar de superar los obstáculos que impiden su desarrollo.(Ramos y otros, 2006 :12)

La profesión, por su parte, aporta y pone en juego distintas herramientas a la hora de intervenir. En relación a esto, *Carballeda* sostiene que las enfermedades son narradas, relatadas desde diversas modalidades de relatos. Desde la intervención del Trabajo social en salud mental, las narrativas de la enfermedad forman parte de la escucha, la mirada y el registro.

*Las narrativas de la enfermedad, dan cuenta del marco comprensivo-explicativo de la vida íntima, de la cultura, de la explicación de lo mórbido desde quien narra. En definitiva, lo que se escucha desde el lugar de la intervención en lo social está ligado a la experiencia singular del sujeto de intervención mediatizada por sus aspectos histórico-sociales, por la cultura, las representaciones sociales, la construcción de significados dentro de una secuencia cronológica ligada a la concepción de la enfermedad de quien está relatando. Desde el relato de la enfermedad, se ratifica el lugar del proceso histórico social de la salud. La narración le confiere un papel a la enfermedad, puede ser este principal o no. Pero, un papel al fin, un nuevo atributo que puede ser leído y comprendido desde la intervención social. A su vez, la narrativa le da entidad sociocultural a la enfermedad, la nombra, es denominada desde un determinado lugar signado por la experiencia personal, la cultura y el contexto.(...) La construcción de la narrativa, también, le da sentido al*

*sufrimiento, lo introduce en un contexto propio, subjetivo, que se entrelaza con la cultura. Pero, asimismo, desde esa construcción de sentido, la narrativa explica el padecimiento, lo integra al mundo de lo cotidiano. La naturalización del dolor y sus causas, implican una serie de nuevas interpelaciones a la práctica del Trabajo Social y a las disciplinas que intervienen en el campo de la salud. El hacer ver esa naturalización del sufrimiento, se entrelaza de manera sugestiva como camino de la restitución de derechos sociales. (Carballeda, 2012:45)*

El planteo que hace Karsz (2006) acerca de que el *Trabajo Social es una práctica transdisciplinaria* nos parece más que interesante ya que sostiene que el trabajo social se ocupa de gente con problemáticas de salud tanto físicas como psíquicas, pero sin poder curarlos, los trabajadores sociales no pueden curar ni deben jugar a ello. Lo que hacen es acompañar a las personas en toda clase de cosas, ya sea en intervenciones caracterizadas por una mezcla de elementos psicológicos, biológicos o económicos. Por lo tanto, se vuelve casi imposible distinguir por un lado lo psicológico, por allá lo social, más acá lo sexual y por acá lo político.

Por otro lado, la complejidad de las problemáticas sociales actuales marca la necesidad de acceder al mundo de ese “otro”, como lo interpreta, lo comprende y lo explica. En fin, cómo se vincula con la imputación de sentidos haciendo énfasis en sus aspectos socioculturales. En la intervención en lo social, el conocimiento de las causas no se presenta como un fin sino un medio ya que facilita el acceso del conocimiento al sentido de la acción.

En nuestro recorrido por el centro de prácticas pudimos comprender e identificar cual es la función del trabajo social dentro de este dispositivo sustitutivo y cuál fue nuestra intervención dentro de él. Esto va más allá de las técnicas que llamamos “tradicionales, habituales o convencionales”, por el contrario, la intervención corresponde a poner el cuerpo en las distintas actividades que se llevan a cabo en el Centro Cultural, brindar la escucha, construir vínculos, generar un acompañamiento cotidiano para los usuarios, entre otras.

Los concurrentes del dispositivo, son sujetos que generalmente no se encuentran incluidos en la sociedad, de los vínculos propios producidos por esta y por lo general de sus vínculos intrafamiliares. Es la propia sociedad quien los marginaliza muchas

veces por este ideal gestado en la misma donde locura y peligrosidad van de la mano, por ende el imperativo dominante que se constituye como solución, es el encierro.

Para explicar mejor en que consta lo que denominamos como “Acompañamiento” de los usuarios utilizaremos los aportes de *Esther Raya Díez* que plantea al acompañamiento como un método de intervención social, mediante el cual se puede orientar las acciones profesionales hacia procesos de cambio con la persona y con el entorno. La autora sostiene que hablar de acompañamiento es hablar de Trabajo Social. Acompañar significa “avanzar al lado de”, y esto es compartir un proyecto en común. Mientras se acompaña se observa de otra forma a la persona y a su historia, para que ella misma pueda verse desde otra perspectiva. Mediante el acompañamiento se actúa mediando entre las instituciones que se encuentran burocratizadas en la sociedad y las personas que por encontrarse excluidas no pueden hacer valer sus derechos. Pero se debe tener muy en claro que acompañar no es lo mismo que dirigir o tutelar, supone de un reconocimiento como protagonistas a los sujetos en el desarrollo de sus procesos aportando los elementos necesarios para que el mismo pueda desarrollarse.

## *Algunas Reflexiones: ProblematizArte*

Siguiendo la línea de lo que plantea Bovino (2018) en su texto “Arte, salud mental y trabajo social”, en relación a las estrategias de intervención impulsadas desde la profesión, en donde nos encontramos con un sujeto subjetivamente lastimado, a causa de problemas concretos como la carencia de su vivienda, falta de empleo, precariedad en las relaciones sociales, es allí donde el quehacer profesional, es decir, nuestra estrategia de intervención, abre un abanico de posibilidades de transformación guiado en el acompañamiento hacia estas personas, con el objetivo de recuperar un empoderamiento e identificarse como personas capaces, activas e integradas dentro de un colectivo, que es la sociedad.

Por lo tanto, ante la complejidad de los nuevos procesos políticos, socio-económicos que nos atraviesan, se requiere un posicionamiento epistemológico, metodológico, ético y político que posibilite leer, comprender, y analizar a los sujetos, los contextos y la situación social donde el Trabajador Social actúa.

Teniendo en cuenta los aspectos sociales dentro de las instituciones psiquiátricas, podría decirse que el Trabajo Social desde su fundación intervino en general desde una perspectiva centrada en la disciplina y la normalización de lo que Bovino dirá, “el otro desviado” para integrarlo al sistema.

Consideramos que la implementación de talleres artísticos en los servicios de salud mental, se encuentra vinculado a los movimientos de reforma psiquiátrica, y como mencionamos con anterioridad, a experiencias antimanicomiales. Son acciones que ponen de manifiesto su carácter interdisciplinario de la salud incluyendo, en los objetivos del tratamiento del usuario, el bienestar físico, psíquico y social del mismo.

*“Para Wanderley, psiquiatra y artista plástico, el arte es un camino que hace estrecha la relación entre la “locura” y la salud, a través de la creatividad, un movimiento contra la reproducción de los estereotipos, un acto que amplía las posibilidades del sujeto promoviendo una nueva modalidad de aprehensión del mundo, por medio de la ampliación del contacto activo con la realidad” (Ferigato y Carvalho, 2011:351)*

El arte como proceso creativo, dinámico, flexible, implica un cambio permanente, dado el movimiento constante de la realidad social, entendida como el entramado de fuerzas relacionadas contradictoriamente. Prevalece una relación dialéctica entre el arte y el resto de las esferas que componen la vida social, y en ella pueden expresarse las mismas: ciencia, tecnología, educación, etc.

Uno de los grandes avances en los cambios de abordajes institucionales concibe en no aislar a la persona de su mundo social, sino que las intervenciones están orientadas en una reinscripción social y familiar. Pero para ello es fundamental cambiar las unidades de análisis y de intervención. No se trata del cierre del manicomio y la expulsión del “loco” sino de una estrategia que permita habilitar los espacios que son imprescindibles, como lo preguntan en su documento los trabajadores de A.T.E (Asociación de Trabajadores del Estado) salud mental **¿Que abrir para cerrar?** Donde constantemente se crean, construyen y reconstruyen el instrumental técnico de la intervención dentro de la práctica en desarrollo a partir de las relaciones que se establecen entre la institución/profesión/usuario, en contextos determinados. Entendiendo a lo instrumental como medio de trabajo, y como tal, supone un sujeto que lo realice.

Dentro del Trabajo Social esta instrumentalidad va a estar dada por la forma en que la profesión se encuentra en división social y técnica del trabajo, siendo que la técnica e instrumento no tienen racionalidad por sí solos, sino que son aquellos que le darán sentido es la dimensión política, el interés de su intervención.

Por otro lado, queremos expresar la contradicción que se nos presenta al decir “*campo salud mental*”, ya que consideramos que éste representa sólo una arista dentro del campo salud. Es por esto que nos parece pertinente utilizar el concepto “*salud colectiva*”, retomando a *Martínez-Hernández y Correa-Urquiza* quienes la definen como un campo interdisciplinario de abordaje de los problemas estructurales individuales relativos a la salud. De esta manera decimos que la salud mental colectiva puede pensarse de ese esfuerzo por una permeabilidad que nos acerque a la construcción participativa, colectiva, de afiliación.

Nos posicionamos desde una salud mental colectiva, lo cual implica asumir la necesidad de deconstruir ciertas rigideces de los saberes instituidos en un

cuestionamiento que podríamos denominar como condición necesaria de permeabilidad; es definir el trastorno mental como un fenómeno biopsicosocial mientras las prácticas muestran una jerarquía profesional y de legitimidades: lo bio como territorio del/de la psiquiatra, lo psico como espacio de los psicólogos y psicólogas, y lo social como escenario del Trabajo Social. Cada campo profesional implica un posicionamiento y un marco de referencia, entonces necesita de otros posicionamientos para encontrarse con un conocimiento atento a la complejidad de aquello que analiza, asumir la incompletud del saber, hace evidente la necesidad de una articulación permeable a la multiplicidad en su pretensión de abordar, explicar, tratar, intervenir, en este caso la salud mental.

Lo colectivo no puede pensarse sin lo singular, desde allí la salud mental colectiva puede pensarse en tanto generadora de un contexto potencial para lo singular. Un contexto que contribuya en la descolonización de los cuerpos, identidades y vidas, y también que ayude a desentrañar las condiciones de producción de esa colonización.

Hablar de la salud mental colectiva, implica posicionarnos en una propuesta desmanicomializadora, a partir de un proyecto político que aborde socialmente la locura desde la promoción de derechos universales y su concreción a través de políticas públicas que garanticen la viabilidad de los objetivos propuestos desde la LNSM antes mencionada.

A raíz de esto nos surge el siguiente interrogante *¿Qué tipo de salud mental y salud pública construimos o pensamos construir, si continuamos reproduciendo este tipo de lógicas hegemónicas y manicomiales que matan en vida a personas con derechos que tienen que ser reconocidos?*

Posicionarnos desde la salud mental como un derecho, es construir conjuntamente entre los profesionales, los usuarios/pacientes, la sociedad y el Estado, una verdadera reinserción social de éstos, donde su vida no se reduzca nunca más a cuatro paredes.

Por lo tanto, sostenemos que esta transformación es compromiso y responsabilidad de los actores intervinientes en el campo de Salud, Salud Mental, como también de

autoridades del Estado Provincial y Nacional, los cuales deben acompañar en la implementación de planes, programas y proyectos, para llevar adelante la transformación de lógicas y atención de usuarios/pacientes. Por ende, es necesario construir estructuras sólidas, llevar a cabo la capacitación de profesionales en el campo y tejer redes entre las instituciones pertinentes que hagan posible la implementación de las mismas.

En palabras de Carballada *“allí donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social. De este modo, la lógica de la inclusión social se relaciona en forma intensa con la salud mental”* (Carballada, 2012:9)

El autor Franco Basaglia en su libro *“La condena de ser loco y pobre”* plantea que cuando un interno sale y regresa a la vida social, emerge una nueva contradicción que suele enviarlo nuevamente al manicomio. En ese momento es sumamente importante que en la comunidad se produzca una toma de conciencia y que los técnicos y profesionales que trabajan con dicha problemática puedan ligarse a la clase que sufre dichas contradicciones. Es importante penetrar en el tejido social para poder crear un consenso que lleve a la toma de responsabilidades y hacerse cargo por parte de la comunidad de los problemas que le pertenecen. Los sujetos que tomen conciencia del porqué de su internación tendrán las posibilidades de lograr una nueva integración social, aunque no sostiene que el internado en un manicomio deba ser un revolucionario, sino que es simplemente una persona que intenta expresar su subjetividad en la sociedad.

De esta forma, como profesionales y ciudadanos debemos problematizar e interpelar una construcción social, histórica, cultural, política e ideológica, la cual descalifica, clasifica y excluye a este “loco/a” que no tiene lugar en una sociedad (de la que debe ser parte por derecho), lo cual desde nuestro lugar debemos adquirir con responsabilidad y compromiso, la transformación de estas estructuras establecidas, por una nueva sociedad que integre y visibilice a los padecimientos subjetivos.

Un profesional comprometido con valores ético-humanistas: con los valores de libertad, igualdad y justicia, como presupuestos y condiciones para la autoconstrucción de sujetos individuales y colectivos, creadores de la historia. En el

plano de la práctica sociopolítica, este compromiso se ha traducido en la defensa de una práctica profesional involucrada con la construcción de una nueva ciudadanía colectiva, capaz de abarcar las dimensiones económicas, políticas y culturales de la vida de los productores de riqueza, del conjunto de las clases subalternas.

(Iamamoto, 2003; 202)

Bovino (2018) menciona que, en la actualidad, nuestra profesión se ve atravesada por nuevos desafíos que traen consigo continuidades y rupturas con respecto a la práctica profesional tradicional y nos demandan, además de grandes destrezas técnicas, el desarrollo de sólidas bases teóricas que nos permitan convertir el oficio del profesional en una actuación con sentido y orientada según este mismo.

Así, la intervención no se puede pensar como un “acto natural” sino más bien como una construcción artificial, pensada en términos de estrategias (construcción metodológica que da a conocer intención y objetivo), y en un tiempo y espacio determinado, que es el pensar el cuándo y dónde de nuestras prácticas. Es en este momento de elaboración de una estrategia donde se juega nuestro posicionamiento guiado a una acción con sentido (intencionalidad), donde también aparecen nuestros fundamentos, la necesidad de hacer explícito el porqué de lo que hacemos.

En este sentido, Richmond (Bovino, 2018) introduce una intencionalidad interventiva que supone una relación dinámica entre conocer-intervenir-transformar integrando lo individual y lo colectivo, tomando en cuenta las relaciones sociales y el ambiente en el que está inmerso el sujeto. Carballada (Bovino, 2018) con respecto a esto, va a establecer que el sentido de la creatividad implica un redescubrimiento de la importancia de lo grupal y lo comunitario, como puede observarse en las técnicas artísticas que se desarrollan en el Gomecito, donde se promueven nuevas formas de comunicación, desde la expresión, la creatividad, y la posibilidad de explorar con el cuerpo nuevos espacios.

## *Propuesta de Acción*

Por todo lo expuesto, y teniendo en consideración lo imprescindible que se vuelven las técnicas artísticas y culturales, ya que posibilitan construir nuevas formas de abordaje de una salud mental desmanicomial en el marco de la promoción de derechos, es que planificamos la conformación de un encuentro denominado "tejiendo redes".

Nuestra propuesta es que se lleve adelante dos veces al año. La primera instancia será a mediados de febrero, y la segunda en el mes de diciembre. Optamos por elegir estos meses ya que los talleres que se dictan durante los meses de marzo a diciembre, no son los mismos que se ofrecen en los tres meses de verano. La propuesta se llevará adelante durante una jornada para pensar en conjunto y colectivamente, la modalidad de trabajo, la planificación de determinadas propuestas artísticas y culturales que se vienen desarrollando o se desarrollarán.

Dicha actividad, se realizará en dos partes, una que será en conjunto con los usuarios y profesionales, y la segunda instancia se ejecutará por separado, por un lado los usuarios y por otro el equipo profesional. La misma servirá como punto de encuentro para intercambiar percepciones, compartir un momento grato de "entre tiempo", a través de la gestión de un almuerzo que ayude además a fomentar y consolidar los vínculos sociales entre las diferentes partes.

Durante tal jornada, se llevarán adelante diversas propuestas colectivas de trabajo, pudiendo entrecruzar las perspectivas del equipo profesional y de los usuarios, haciendo hincapié en lo fundamental que es la participación de los mismos en la planificación de las propuestas artísticas que se llevan adelante desde el dispositivo. Elaboramos dicha propuesta, ya que, en nuestro paso por el dispositivo pudimos notar que no se construye de forma conjunta la agenda institucional. A partir de la misma se crearán ciertos canales de participación activa en la vida institucional.

Vale destacar, que las mismas habitualmente son pensadas al inicio del año , pero no teniendo en consideración el deseo de los usuarios que son los principales destinatarios de las mismas. Por lo tanto, haciendo referencia a uno de los ejes de militancia por la salud mental desmanicomial, que postula "nada de nosotros sin

nosotros" sostenemos lo fundamental de abordar en conjunto los deseos, intereses, valores, aspiraciones de los usuarios, para así luego poder planificar colectivamente propuestas que se llevarán a cabo en el Gomecito.

Uno de los ejes que se trabajarán durante este encuentro, se denominará "ronda de usuarios". Uno de los integrantes del equipo profesional, por ejemplo la Trabajadora Social, ocupará el rol de *coordinador*, y trabajará sobre lo mencionado anteriormente (deseos, aspiraciones, intereses, entre otros) además de proponer un intercambio sobre las actuales propuestas que se llevan adelante, si resultan interesantes o si modificarían/sacarían/agregarían algo al respecto.

Sostenemos que la salud mental se debe construir colectivamente, tejiendo redes entre los diferentes actores e instituciones, que favorezcan la comunicación, construcción de lazos solidarios y la construcción coparticipada de estrategias de abordaje de las diversas subjetividades.

Otro de los ejes de trabajo, se denominará "ovillo de lana". Esta propuesta será la que se realice en dos grupos, por un lado los profesionales/talleristas y por otro los usuarios. La misma, tiene por objetivo la presentación de los participantes que se ubican en círculo. Se toma un ovillo de lana y se le arroja a un miembro del grupo al azar. El objetivo es construir una red que une a todos los miembros. Lo que queremos lograr con esta técnica es que cada profesional/usuario pueda aportar lo que desea en un futuro para el Centro Cultural, para el equipo profesional, para los usuarios y la Salud Mental, evidenciando que sin las convicciones, creencias y luchas que cada uno aporta al Centro Cultural "Gomecito", no sería lo que hoy en día es, ya que todos los actores que cotidianamente transitan allí, son los que sostienen y mantienen a flote este barco que está en constante movimiento. Al finalizar, se dejará plasmado que ellos no son sólo trabajadores y usuarios, sino que además ponen el cuerpo y el alma incansablemente en una lucha que por momentos se torna un dilema y que sin sus ganas de seguir remando sería imposible sostenerlo. Además, es una oportunidad de deconstrucción de los conceptos que atraviesan al campo de la salud mental, entendido como un campo donde se estructuran relaciones de poder y que subjetivamente tienen diferentes apreciaciones sobre el campo y el dispositivo como tal, aunque el horizonte de

trabajo sea construir colectivamente un espacio que "aloje socialmente de otro modo a la locura".

Los resultados obtenidos en este encuentro servirán de insumo para re-pensar la sostenibilidad del dispositivo como tal, es decir, las intervenciones que se ejecutan, cómo se construyen los vínculos sociales, las propuestas artísticas que se están llevando a cabo, la funcionalidad del equipo profesional y la coordinación, entre otros. Luego se llevará a cabo, una especie de "retrabajo" entre el equipo profesional y la coordinación, para abordar los resultados que se obtengan y en base a los mismos planificar propuestas en el presente y futuro.

Para finalizar este trabajo, como estudiantes y futuras Licenciadas en Trabajo Social, comprendemos la importancia y significancia que implica poder posicionarse desde otro lugar a la hora de realizar prácticas profesionales con un "otro". Construir un vínculo, el cual es uno de los elementos fundamentales que nos permite poder acceder a la historia de vida y trayectoria de ese sujeto, analizar críticamente la misma, nutrir de información y conocimiento las herramientas necesarias que se requieren para poder construir y llevar adelante una estrategia de intervención acorde a la problemática inicial que demanda nuestra intervención.

Nuestra participación por el dispositivo estuvo en un inicio, rodeada de distintas sensaciones que se debían en parte al desconocimiento del campo como también de los usuarios concurrentes al mismo. Fue nuestro compromiso, participación, dedicación, además de las herramientas teóricas adquiridas en el ámbito académico, lo que nos permitió acceder, interpelar y problematizar nuestra participación por el dispositivo, y posicionarnos como estudiantes, pero además futuras profesionales para la sociedad, haciendo una lectura analítica sobre las situaciones cotidianas que se producían, las necesidades, urgencias, relatos e historias de vidas.

Al final del recorrido, podemos ver los distintos resultados que pudimos obtener, como por ejemplo ser partícipes del cierre de año de la institución y además formar parte de una obra de teatro realizada en conjunto con los usuarios, lo cual significativamente ha marcado en nosotras una nueva perspectiva sobre Salud

Mental, Desmanicomialización y Trabajo Social, una en donde todos tengan lugar y sean sujetos de derechos.

El horizonte, es la salud mental colectiva y desmanicomial, y nosotros, la sociedad en general... *¿Continuaremos encerrando las vidas en un diagnóstico?*

## Bibliografía:

- Amarante, Paulo (2009). "Superar el Manicomio". Buenos Aires. Ed. Topia.
- Ander Egg, Ezequiel. (1991). El taller: Una alternativa de renovación pedagógica. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata.
- Bang, C., & Wajnerman, C. (2010). Arte y transformación social: la importancia de la creación colectiva en intervenciones comunitarias. *Revista argentina de psicología*, 48, 89-103.
- Bang, C.,(2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. *Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*
- Basaglia, Franco (2013) La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio. Fichas para el siglo XXI. Editorial Topia
- Bourdieu, Pierre. (1990). *Sociología y cultura, algunas propiedades de los campos*. México: Grijalbo
- Bovino, Betina Mariel. (2018). Arte, salud mental y trabajo social. Universidad de investigación y desarrollo.
- Castel, Robert (1980). *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*.
- Castel, Robert (1997) La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del asalariado. Cap. 8. Buenos Aires. Editorial Paidós
- Carballeda, A (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Revista Margen*. N° 65. Julio 2012.
- Cortés Mancilla, R. (2018). Herencia, acontecimiento y cuerpos políticos en la intervención social: Una deconstrucción desde el trabajo social. *Revista Intervención*, 1(7), 19,26. Recuperado a partir de <https://intervencion.uahurtado.cl/index.php/intervencion/article/view/44>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). Recomendaciones para la Red integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. Buenos Aires

- Falcone, Rosa (2008) Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del hospital cerrado al hospital abierto. Disponible en: [www.psi.uba.ar](http://www.psi.uba.ar/directorio/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia-2/Archivos/inv/revista_virtual_historia_de_la_psicologia.pdf), directorio: academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\_adicional/obligatorias/034\_historia-2/Archivos/inv/revista\_virtual\_historia\_de\_la\_psicologia.pdf
- Faleiros, Vicente de Paula (1986). "Trabajo Social e Instituciones". Buenos Aires. Ed. Humanitas.
- Ferigato, S., Sy, A., & Resende Carvalho, S. (2011). Explorando las fronteras entre la clínica y el arte: relato de una experiencia junto al Frente de Artistas del Borda. *Salud colectiva*, 7, 347-363.
- Foucault, Michael (1998). Historia de la locura en la época clásica. Segunda reimpresión (FCE, Colombia)
- Galende, Emiliano (1990). "Psicoanálisis y Salud Mental". Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Goffman, Erving, (1992). "Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales" Buenos Aires. 1° ed. 4ta reimp. Amorrortu editores.
- Iamamoto, Marilda, (2003). "El servicio social en la contemporaneidad". Brasil. Cortez editora.
- Moreno, Tatiana. Cuaderno: La palabra de la ley en el campo de la Salud Mental. Sobre la Ley N°26657 y sus decires – 2014/2015. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Psicología, cátedra lingüística y discursividad social.
- Moya Silvina (2020) " Crear, Jugar, (re) inventarse: la experiencia del Centro Cultural El Gomecito en el proceso de la desmanicomialización"
- Lapassade, George (1977). "Grupos, organizaciones e instituciones", Ed. Granica, 1° ed.
- Rossi, G. (2011). "Usos y variaciones del "encuadre" en el acompañamiento terapéutico." Bs As.
- Sampayo, A. R. (2005) La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de la Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

-Stolkiner Alicia. (2017). "Un largo camino hasta la ley Nacional de Salud Mental. Revista Soberanía Sanitaria. Recuperado de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

-Vivas Erica Aneley (2018) " Trabajo Social y Salud Mental en el Centro Cultural el Gomecito. El desafío de la Coordinación en el Dispositivo y la Especificidad de Intervención."

- Ley Nacional 26.657, Recuperado 2021 de [http://www.jus.gob.ar/media/1199853/politicas\\_publicas\\_en\\_salud\\_mental.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/1199853/politicas_publicas_en_salud_mental.pdf)

-Ley Provincial 10.772/91, Recuperado 2021 de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>

Resolución provincial N°0006., Recuperado 2021, de <https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/1recursos/boletines/14-01-2016avisos.html>

-Idep Salud. (S.f.). Argentina. Otra salud es posible, otro Estado es necesario. Recuperado 2021, de <http://idepsalud.org/desmanicomializacion/>)

-Programa cátedra práctica profesional III (plan 1997- 2019)