



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

**FACULTAD DE CIENCIA POLITICA Y RELACIONES
INTERNACIONALES**

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**Crear, Jugar, (re) inventarse: la experiencia del Centro Cultural El
Gomecito en el proceso de la desmanicomialización**

Alumna: Moya Silvia

Directora: Lic. T.S. Bovino Betina

Rosario, agosto, 2020

INDICE

Introducción	4
Algunas cuestiones metodológicas	6
Objetivos	8

CAPITULO I: ¿DE DONDE VENIMOS? ¿HACIA DONDE VAMOS?

Breve historización de la “ <i>locura</i> ”	9
El manicomio en Argentina	15

CAPITULO 2: ¿UNA CUESTION DE ESPACIOS?

“El Hospital Agudo Ávila”	29
El Centro Cultural “El Gomecito”	35

CAPITULO 3: PASTILLAS SURTIDO MASTICABLE

Los usuarios, la dinámica institucional y los equipos de trabajo	41
Puesta en marcha del centro cultural: los diversos talleres y grilla de actividades	50

CAPITULO 4: DESMANICOAMILAZACION Y TRABAJO SOCIAL

La intervención profesional en un proceso inagotable de (re)invención	54
---	----

Reflexiones finales	59
---------------------	----

Bibliografía

67

Anexos	69
--------	----

AGRADECIMIENTOS

El inicio de esta carrera coincide con mi inserción laboral en la Dirección Provincial de Inclusión para personas con Discapacidad (Provincia de Santa Fe). En esa instancia y con el afán de “darle herramientas a la gente para que solucione sus problemas”, recurrí a “Trabajo Social” en búsqueda de recetas mágicas, magistrales, casi matemáticas, una lectura lineal de resolución rápida y estructurada. Nada de esto sucedió y este es mi primer agradecimiento.

La primera persona que me “abrió los ojos” y con un tono de voz desafiante (casi en calidad de reto) me dijo: “esto no es voluntarismo” fue la Lic. En Trabajo Social Giselle Ferrari, compañera de trabajo, hoy amiga, quien junto al Psiquiatra Nicolás Marinsalta y al Psicólogo Nicolás Elder me acompañaron y me enseñaron con su compromiso.

Dentro del ámbito laboral tuve el agrado de irme “topando” con profesionales de diversas áreas que hicieron reafirmar mi elección, lo mismo sucedió en el transcurso del cursado de la carrera, donde se torna necesario para mí, destacar la calidad humana y profesional del equipo de docentes de la Escuela de Trabajo Social, y en ella a toda la Universidad Pública. Un especial agradecimiento a la Profesora Marisa Germain.

Pero mi proceso no hubiera sido posible sin la contención y el respeto de mi familia, mis logros se ven en lo cotidiano y es allí, en esa relación con el otro que se ven plasmados, y ese otro en este caso son mis hijas, mis nietos y mi marido, todo es para ellos y por ellos, por el amor que es el hilo conductor.

Agradezco también a los trabajadores y usuarios del Centro de Práctica (El Gomecito) quienes marcaron un camino importante dejando huellas que orientaron mi formación como estudiante.

Agradecer también a mi directora de tesina, Lic. Betina Bovino que fue quien guio y acompañó la elaboración de esta tesis.

Por último, a cada compañera y compañero de cursado, quienes después de largas horas del día estudiando y realizando trabajos prácticos, entre las mateadas, las cervezas y las comiditas caseras a modo de mamá, en particular, fuimos creciendo y forjando una amistad que perdura.

Finalmente agradecer a la vida que en su complejidad y dificultad cotidiana

ofrece caminos alternativos maravillosos!

*“El Gomecito para mí es como el potrero, es el lugar donde todos pueden
Acercarse para jugar, donde no importa que tan buen jugador seas, no te hace
falta ser Messi, solo necesitas las ganas de compartir el espacio”*

KURT LUTMAN

INTRODUCCION

A partir de la indagación y reflexión sobre los diferentes conceptos y categorías que atraviesan el campo de la Salud Mental, en el presente trabajo desarrollaremos un análisis en torno al Centro Cultural El Gomecito.

Dicho Dispositivo se constituye (en el marco del paradigma de la desmanicomialización) a instancias de talleres colectivos, con una concreta función orientada a alojar socialmente de “otro modo” a la “locura” intentando desmontar los circuitos de institucionalización, tutelaje y cronificación de personas con padecimiento subjetivo. El mismo se conforma como un instrumento de recuperación de lazos sociales de personas con padecimiento subjetivo, y acompaña la atención en crisis en lo cotidiano, constituyendo un soporte social y cultural para los usuarios, sus proyectos y para sus lazos familiares.

Resulta imprescindible considerar la importancia que tiene la existencia y permanencia de este tipo de espacio, ya que el proceso de atención de los usuarios debe realizarse como expresa la Ley 26657 en su art 3° “preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial”. Dentro de este Dispositivo que funciona como Centro Cultural, los talleres “exponen la locura” como medio de integración, exaltando las capacidades de las personas que acuden a los mismos, pero también los alcances y las barreras que se derrumban a través de cada uno.

El Centro Cultural El Gomecito fue reconocido por resolución N° 0006 del

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe el 17 de diciembre del 2015 mediante el cual la Dirección Provincial de Salud Mental en el marco de la Ley N° 10772/71, propició la formalización de dicho Centro como Dispositivo Sustitutivo de Salud a las lógicas manicomiales.

El proceso instituyente que atraviesa, su dinámica y organización funcional se presenta dentro de una serie de cambios que se producen bajo el marco normativo de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en 2010, la cual busca garantizar el derecho a la Salud Mental para todos/as y el reconocimiento de los derechos ciudadanos de las personas con padecimientos mentales. Así mismo se establece dónde debe realizarse el abordaje de la misma, quienes y en que ámbito deben llevarlo a cabo, (lo cual nos orienta a pensar las lógicas de funcionamientos en los que deberían basarse estos dispositivos hoy). Entendiendo que “**cerrar**” no es transformar ni terminar con los manicomios, sino que se requiere de un despliegue y compromiso mucho más amplio en el interior de estos espacios alternativos.

ALGUNAS CUESTIONES METODOLOGICAS

El presente trabajo se ubica en una investigación de tipo cualitativa; según Sautu “la investigación social es una forma de conocimiento que se caracteriza por la construcción de evidencia empírica elaborada a partir de la teoría” (Sautu, 1997:180). Siguiendo a esta autora, las metodologías cualitativas son apropiadas cuando el investigador se propone investigar la construcción social de significados, la perspectiva de los actores sociales, los condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad. La estrategia metodológica cualitativa, permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas de los sujetos.

Así mismo y siguiendo a Vasilachis (1992), podemos decir, que en los métodos cualitativos se actúa sobre contextos reales y el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos, este tipo de investigación dependerá fundamentalmente de la observación de los actores en su propio terreno.

En este trabajo se utilizaron técnicas como:

- Exploración de resultados de investigaciones empíricas, documentos, leyes, decretos, bibliografía seleccionada en libros, artículos, manuales, notas, cuaderno de campo, relatos y páginas de internet.

- Entrevistas de tipo semi-estructurada, las cuales, según Sautu (2004) se caracterizan por la realización de un diagrama previo sobre ejes a ser trabajados, con ella se busca conocer la lógica y los significados que los propios actores dan a su vida y experiencia social. Este tipo de entrevistas permite formular nuevas preguntas, no se guía estrictamente en el cuestionario. El contenido de la guía dependerá de los objetivos específicos definido por los conceptos y teorías sobre los cuales se apoya. (Las entrevistas se realizaron a trabajadores del Centro Cultural “El Gomecito”)

- Observación participante, entendida, según Taylor y Bogdan (1984) como aquella que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu (escenario social, ambiente o contexto) de los últimos, y durante la cual se recogen datos

de modo sistemático y no intrusivo. Implica la selección del escenario social y el acceso al mismo, normalmente una organización o institución (por ejemplo, un hospital), la interacción con los responsables de las organizaciones que favorecen o permiten el acceso del investigador al escenario, y con los informantes, y la recolección de los datos.

Como se manifestó con anterioridad, “el abordaje cualitativo profundiza en el mundo de los significados de las acciones y las relaciones humanas” (Souza Minayo, 2003: 18), esto implica conocer la perspectiva las usuarias y usuarios frente a la problemática que atraviesan, y cuáles son las demandas que tienen. Dentro de este marco es determinante señalar la importancia del lenguaje como parte constitutiva central, y el análisis en la interacción mutua entre actores (tanto en la construcción de significados, como en el contexto en el que actúan).

El presente trabajo constará de cuatro capítulos que abordarán diferentes aspectos referentes a la temática que nos interpela; en el primer capítulo se pretende esbozar como se han ido produciendo las modificaciones de la interpretación y conceptualización de la “locura”, desde la concepción que ubicaba a las personas con padecimiento como poseídas o enajenadas a la actual que lo plantea como un problema a abordar desde la Salud Mental. También se pondrá de manifiesto como el Estado, de acuerdo a sus concepciones ideológicas, ha llevado a cabo las acciones en este campo en nuestro país, en los diferentes períodos.

El segundo capítulo, en tanto, nos presenta el lugar que ocupa y ocupó desde su nacimiento el Centro Cultural, su anclaje con el Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila, también es, un intento para mostrar los espacios más allá de una descripción meramente arquitectónica, o mejor dicho como esa fachada implicaría una postura conceptual.

La población a la que está dirigido el Centro Cultural, su nombramiento como dispositivo sustitutivo, las actividades que se llevan adelante en el mismo para dar cumplimiento a sus objetivos, serán el eje principal que atravesará el tercer capítulo.

Finalmente el cuarto y último capítulo alude sintéticamente a la tarea inagotable de construcción del rol del Trabajo Social en el campo de la Salud mental.

A modo de cierre se propondrá una reflexión sobre la necesidad e importancia de la existencia de estos espacios, cuales son las limitaciones y apoyos que encuentran en las políticas públicas orientadas a la población que acude a los mismos.

OBJETIVOS:

General:

-Identificar los aportes que realiza el Centro Cultural El Gomecito en la recomposición de lazos sociales de las personas con padecimiento subjetivo.

Específicos:

-Reflexionar en torno a la creación del Centro Cultural El Gomecito como dispositivo sustitutivo de la lógica manicomial en Salud Mental.

-Analizar la importancia que adquiere el Centro Cultural El Gomecito para los usuarios de salud mental que participan de dicho espacio.

CAPITULO 1

¿DE DONDE VENIMOS? ¿HACIA DONDE VAMOS?

Breve historización de la *locura*

En épocas remotas la locura era concebida como obra de entes sobrenaturales que se introducían en el cuerpo para perturbar el alma. Durante más de un milenio, las personas con padecimiento psíquico fueron consideradas poseídas por el diablo, por malos espíritus, brujos o maestros de hechicería. La medicina quedó incorporada a los conocimientos de la iglesia y por lo tanto, los únicos que pudieron estudiar éstos fenómenos, fueron los monjes denominados “alienistas”. Esa condición representó durante siglos, una de las explicaciones más aceptadas sobre el crimen.

El que una persona sea considerada como enferma, no sólo dependía de alteraciones de su personalidad sino también de las actitudes de la sociedad con relación a este tipo de alteraciones. Durante el siglo XVIII los trastornos mentales comenzaron a ser considerados como un alejamiento voluntario de la razón que debía ser corregido mediante medidas disciplinarias. Los enfermos mentales ya no eran quemados en la hoguera, si no que eran internados en hospitales, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. En su tesis doctoral, *Historia de la locura en la época clásica* (1961), Foucault sostuvo que la finalidad de su aislamiento no era el tratamiento en sí mismo, sino por el contrario, proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales.

Los cambios sociales que se produjeron a raíz de la Revolución Francesa, influyeron en forma determinante en la reestructuración social del ámbito de la medicina, dando origen al nacimiento de la psiquiatría, a fines del siglo XVIII. No obstante, dicha ciencia adhiere durante otro medio siglo a los principios de una medicina arcaica (el tratamiento de los enfermos mentales se limitaba a aislarlos y, frente alguna conducta inadecuada, se los maltrataba y/o dopaba). La internación prolongada de los “locos”, aparece con el surgimiento del Estado Moderno, atravesado por los ideales humanitarios de la Revolución Francesa, en su necesidad de distinguir y separar a los ciudadanos libres y racionales de aquellos que no gozaban de tal libertad a causa de su alienación. “Para esto es convocado el médico Philippe Pinel, quien es nombrado director del Hospital de Bicêtre, el primero dedicado al diagnóstico, tratamiento y atención de quienes comienzan a ser llamados ‘alienados’, además es quien le devuelve al insano su rango de sujeto. Este

paso constituye la medicalización de la locura, su entrada como enfermedad al campo de la medicina” (Zlotnik, 2006: 110).

Philippe Pinel (1745-1826) es considerado uno de los fundadores de la psiquiatría, hizo hincapié en la disciplina, en la regulación de la vida de los enfermos, su clasificación y el aislamiento de los más peligrosos. En el campo institucional, se interesó especialmente en la reglamentación de la institución hospitalaria psiquiátrica, a la que llamaría “asilo”. Además propugnaba por la humanización del trato que se daba por entonces a los enfermos mentales, eliminando como primera medida, su encadenamiento a las paredes. Consideraba posible la recuperación de un amplio grupo de los "alienados" (tal la denominación social de la época a los "locos") a partir del tratamiento moral. Enseñó que no es posible comprender las enfermedades sino descomponiendo cada fenómeno y llevándolo al origen de las lesiones orgánicas.

A la importante influencia ideológica que ejerció Phillippe Pinel le continuó el grupo Trieste o Movimiento “anti psiquiatra” (surgido en las décadas de 1960-1970, por iniciativa del Dr. F. Basaglia), quienes ejercieron en Italia una fuerte presión para lograr comenzar con un proceso de desmanicomialización.

En palabras de Basaglia:

“Hemos partido de la realidad del manicomio, que es trágica porque es opresiva. No era posible que centenares de seres viviesen en unas condiciones de vida inhumanas por el sólo hecho de ser enfermos, y no era posible que nosotros, en calidad de psiquiatras, nos convirtiésemos en artífices y cómplices de tal situación. El enfermo mental es «enfermo» sobre todo porque es un excluido, y está abandonado por todos. Porque es una persona sin derechos, en contra de la cual todo es posible. Por ello, nosotros negamos dialécticamente nuestro cometido social —que nos pide considerar al enfermo como un no-hombre—. También negamos por extensión, en el plano de lo práctico, la no-humanidad del enfermo como último resultado de su enfermedad, e imputamos el nivel de destrucción a la violencia misma del asilo, del instituto, cuyas mortificaciones, prevaricaciones e imposiciones, nos remiten automáticamente a la violencia, a las prevaricaciones y a las mortificaciones sobre las cuales se funda nuestro sistema social. Si todo esto ha podido suceder es porque la ciencia —siempre al servicio de la clase dominante—, decidió que el enfermo mental era un enfermo incomprensible y, como tal, peligroso y de reacciones imprevisibles, dejándole como única posibilidad la muerte civil.”; (Basaglia 1972: 46).

Además dicho autor argumentaba que solo cuando el psiquiatra le da la palabra al internado puede producirse el auténtico cambio, porque el paciente puede hablar y exponer sus necesidades. En ese momento comenzaría el verdadero trabajo del psiquiatra: cuando se establece la reciprocidad entre el psiquiatra y la persona que sufre.

Es así que en Italia, se formula en el año 1978, una ley que dio inicio a un proceso de eliminación de los hospitales psiquiátricos, con la creación de servicios centrados en la comunidad, permitiendo al paciente seguir su vida en un contexto social normal. La ciudad de Trieste cerró su psiquiátrico y fue sustituido por servicios domiciliarios que operan durante todo el día; también se abrieron algunos departamentos protegidos, que ofrecen un ambiente agradable y no medicalizado para los pacientes crónicos. Además, se creó una significativa cantidad de servicios, entre ellos: cooperativas que dan trabajo a los pacientes y aseguran su reinserción social.

En Latinoamérica, cobra importancia el hecho de que en 1990 la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) convocó a distintas organizaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, profesionales del derecho y usuarios de los sistemas de salud mental a la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada en Caracas, Venezuela. En el marco de esta Conferencia, el 14 de noviembre de 1990 se adoptó la Declaración de Caracas, en la cual se proponen distintas estrategias para lograr la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina.

La importancia, que para el cambio en la forma de pensar a la problemática social en esta parte del continente tuvo esta declaración, es de carácter histórica, es decir, que fue un punto de inflexión que nadie puede pasar por alto si pretende hacer referencia al tema, desde el punto de vista histórico.

La Declaración de Caracas de 1990 marcó un momento de inflexión fundamental porque allí formalmente se estableció la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región de las Américas. Sin embargo, en la región, con anterioridad a la formulación de la Declaración de Caracas, la mayoría de los países no contaban con legislaciones, planes o políticas de salud mental que específicamente se refirieran a los derechos de las personas.

Uno de los principales ítems de la Declaración, junto con la insistencia para que se formulen legislaciones para la salud mental en los países que no cuentan con una, es la crítica que se hace a la forma de tratamiento, o mejor dicho, al modo en que se presta servicio a aquellas personas que padecen alguna enfermedad mental. La Declaración de

Caracas, en términos generales, constituyó el primer documento formal que vinculó directamente a las violaciones de los derechos humanos inherentes a cualquier persona con una patología mental en el contexto de los hospitales psiquiátricos, “el hospital psiquiátrico [aísla] al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social [y crea] condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo” (Preámbulo de la Declaración de Caracas, 1990).

Lo que se resume brevemente en los párrafos antecedentes es lo que se considera la primera etapa de los cambios, la iniciada por Pinel que comprendía la higiene, la mejora en la alimentación y la vestimenta de los internos. Pero también hacemos mención a una segunda etapa de cambios, que comienza a operarse en Inglaterra, merced a la práctica introducida por Conolly del no- restraint, o supresión de todo medio de coerción mecánica: “se proscribió el uso de chaleco de fuerza y ligaduras de toda clase, que fueron reemplazadas por medios de suavidad y benevolencia. Una tercera etapa que trajo aparejado el no restraint fue la mayor libertad, disminuyendo el número de celdas y estableciendo el principio de la vida común.” (Falcone, 2008: 1-2)

Este desarrollo también se observa en la Argentina, el tratamiento de los enfermos mentales no estuvo exento de la influencia ejercida por el positivismo, representada principalmente esta ideología por la “Generación del 80” (los principales integrantes de esta corriente eran José María Ramos Mejía, Agustín Álvarez y José Ingenieros) bajo el mandato social de proteger la comunidad contra los locos.

Según Amico:

“Las categorías salud y enfermedad mental son tanto la expresión de problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento como construcciones culturales y sociales, históricamente determinadas. Las concepciones actuales acerca de la salud mental, en especial en cuanto a su construcción histórica, pueden ubicarse junto al origen de la modernidad. A partir del nacimiento de la psiquiatría, signada por el auge de las ciencias naturales y la objetividad científica, bajo la influencia de la corriente del positivismo, la figura del médico aparece como más efectiva para la búsqueda de la verdad del fenómeno de la locura. A lo largo de la historia las enfermedades mentales han sido terreno de la magia y la religión, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social.” (Amico, 2005: 20-21).

Se fue abandonando la concepción exclusivamente biologista para entender la construcción social de la enfermedad, particularmente en Salud Mental, esto significa darle el lugar que amerita el sufrimiento para recuperar el mundo social que se construye a partir de él. “Es necesario adentrarse en estas cuestiones para comprender que ya no se trata del individuo puesto en el lugar de un objeto natural por su condición de enfermo, como hizo la psiquiatría positivista. Las nuevas políticas de Salud Mental definen al objeto de su intervención como un "sujeto político", y esto, aun en sus comienzos, ha de implicar una transformación muy profunda de lo que hasta hace poco se pensaba como problemas de salud y enfermedad”. (Galende 1990:20)

Reafirma este concepto el aporte que brinda Rojas Soriano en “Capitalismo y Enfermedad” (1982) entendiendo al proceso salud-enfermedad como enraizado en las condiciones objetivas de vida de quienes los padecen.

Dicho autor considera que “el proceso salud enfermedad deja de concebirse como algo exclusivamente biológico e individual y se plantea como un proceso condicionado socialmente que se concreta en seres humanos, en grupos que se relacionan con la naturaleza y entre sí de cierta manera...se parte de que las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse, es decir en el modo de producción dominante, como en este caso el capitalismo” (Rojas Soriano, 1995:9)

Es en este marco donde lo relativo a la Salud Mental está condicionado por la sociedad que es quien genera las condiciones para el surgimiento de la enfermedad mental. Dirá Galende: “toda sociedad produce una subjetividad situada en su tiempo histórico y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental” (Galende, 1994:82)

Por lo tanto cuando hablamos de Salud Mental, nos referimos al bienestar emocional, psíquico y social que nos permiten encarar los desafíos de la propia vida y de la sociedad en la que vivimos.

Dicho autor, reflexiona “Hemos entonces de partir de este primer postulado: el objeto de la Salud Mental (del mismo modo que se habla del objeto de una ciencia) no es un objeto natural, es un objeto social-histórico, que no se restringe a la producción de enfermedades mentales sino a los valores positivos de salud mental, en que las mismas enfermedades pueden ser pensadas y explicadas”. (Galende, 1990:80)

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se la considera como la capacidad que cada persona tiene de relacionarse con los otros y con su comunidad, su familia y su entorno en general. Pero sobre todo es un derecho humano.

En cuanto al desarrollo socio-histórico de las representaciones populares de enfermedad siguiendo a Álvaro, podemos distinguir cuatro fases: “la primera consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda interpretaría la enfermedad como desviación social; la tercera la consideraría como enfermedad física, y finalmente la concepción basada en diferentes modelos psicológicos y socio genéticos” (Álvaro, 1992: 1). Esto que se presenta como una simplificación extrema, fue y es un largo proceso de desconstrucción hasta llegar a poder pensar en un nuevo sujeto de intervención sin desatender su contexto su historia y hasta su idiosincrasia.

En definitiva, lo social va a tener una influencia en concepciones, prácticas e instituciones en el campo de la Salud Mental. Faraone dirá al respecto que: “los nuevos enunciados de “padecimiento” o “sufrimiento” instituyen un concepto histórico-social sobre el padecer (sufrir), es decir un concepto cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto (...) el padecimiento o sufrimiento involucra un presupuesto epistemológico que instituye la subjetividad como elemento sustantivo, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer” (Faraone, 2013:36).

El “manicomio” en Argentina

La fundación de hospitales psiquiátricos en la Argentina es el intento de aclarar la confusión entre lo normal y lo patológico en la ciudad con lo cual se busca separar estos estados: lo normal afuera y lo patológico adentro.

Esta división de la normalidad/anormalidad en nuestro país se remonta a la época colonial, ya entonces y de acuerdo a ciertos parámetros médicos y sociales, se determinaba quienes no tenían la capacidad de percibir la realidad “normalmente”. Los por entonces llamados “excitados” eran llevados a las celdas del Cabildo donde no recibían ningún tipo de atención, o recibían un trato inhumano.

Esta lógica se mantuvo y para el confinamiento el castigo y la vigilancia de estos excitados sociales fue creado el manicomio a fines del siglo XIX sostenido por los valores de la modernidad y bajo la influencia sociocultural del positivismo que pensaba al hombre normal como moral y activo a los fines de producción.

Según Lucía del Carmen Amico (2005) *“En este contexto, el manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado para dar una respuesta científica, moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura. La sociedad moderna priorizó el orden y la limpieza social, separando del espacio público lo que provocaba desorden. El objetivo original del establecimiento manicomial fue dar un lugar definido de contención a la locura, para limpiar la ciudad y sostener el sistema. Una institución psiquiátrica presenta tendencias absorbentes o totalizadoras, simbolizadas por los obstáculos (puertas cerradas, celdas, pabellones, altos muros, etc.) que se oponen a la interacción y circulación de los internos con el medio social.”* (Amico.: 2005: 26-27).

Periodo 1850-1945 (Estado Liberal)

En Argentina, el establecimiento de los primeros manicomios coincidió justamente con la etapa fundacional del Estado, en la segunda mitad del siglo XIX. Es en este periodo donde se originan el Hospital Moyano (1854) y el Borda (1869).

En la época de Rivadavia (1823-26), coincidiendo con la nacionalización de la Iglesia, se pensó en dar a los hospitales una administración civil dirigida por los profesores de la recién creada Escuela de Medicina (1821). Pocos médicos había hasta ese entonces en el Río de La Plata. La salud pública dependía del Real Protomedicato de Lima.

Bajo la reforma iniciada por Rivadavia se destaca el comienzo de una nueva generación de médicos egresados de la Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

La primera tesis de psiquiatría que surge de esta Escuela es la de Diego Alcorta, en 1827, bajo el título de La Manía Aguda. Fue la primera tesis publicada en el país y representa las aspiraciones de los nuevos facultativos de generar cambios en la situación de los alienados. La Tesis se inspira en las enseñanzas de Pinel y le otorga al tratamiento moral toda la importancia que se merece.

El 28 de marzo de 1854 se crea el Hospital de mujeres dementes, éste habría sido el primer manicomio femenino en el predio donde hoy se encuentra emplazado el Braulio A. Moyano. Hasta 1945, el Hospital fue administrado por las Damas de Beneficencia.

“En el año 1859, el Dr. Ventura Bosch encarga a G. Fuentes (cura de la parroquia de San Miguel) la construcción de un asilo para enfermos al que se le dio el nombre de Hospicio de San Buenaventura en homenaje al iniciador de esta obra. El edificio fue levantado el 11 de octubre de 1863. El primer Director fue el Dr. José María Uriarte. Su mayor esfuerzo se centró en pasar las noches en el Hospicio, con el objeto de disciplinar y moralizar el servicio.”(Falcone, 2008: 5-6).

En 1873, después del fallecimiento del Dr. Ventura Bosch, el Hospicio de San Buenaventura, recibió el nombre de Hospicio de las Mercedes. Éste conserva su denominación hasta 1949, cuando cambia por la de Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres. Es en 1967, cuando recibe su denominación actual Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda.

En 1892, el Dr. Domingo Cabred asume la dirección del Hospicio de las Mercedes que por ese entonces seguía siendo el único establecimiento destinado al tratamiento de los alienados.

Cabred influyó notoriamente sobre los círculos del poder político y sobre la opinión pública hasta lograr la sanción, en septiembre de 1897, de la Ley 3.548, que ordena la creación de la primera colonia destinada únicamente a enfermos mentales para toda la República; así se crea la Colonia Nacional de Alienados en Luján.

La noticia de la creación de la Colonia Open Door en Luján fue recibida con recelo. En efecto, se intentaba alojar a miles de “locos” sueltos a menos de dos leguas del poblado. Sus primeros pacientes entraron en medio de la ejecución de obras, y se incorporaron a la construcción de las mismas como albañiles, herreros y carpinteros. Se adquirió un campo de 535 hectáreas, no sólo para dar a los enfermos sensación de libertad y aire libre, sino por sobre todo para intentar un retorno a la normalidad, a través del trabajo.

Falcone (2008) remarca que Cabred pretendía extender este sistema (Open Door) a todo tipo de alienado y que la función de los asilos colonia era la de dar asistencia y educación.

“Al individuo institucionalizado nada le es permitido conservar como propiedad; su circulación es controlada; renuncia a la privacidad; intimidad impedida (el baño en común y sin puertas, las funciones corporales a la vista, las puertas sin su control, la habitación compartida, etc.) la pérdida de singularidad como individuo, equivalente a un estado de fusión-confusión con el otro. (Desde el número o diagnóstico que reemplaza al nombre propio, la pérdida de la libertad, de los derechos civiles, etc.)”. (Amico, 2005: 30)

La historia del Sistema de Salud Argentino se remonta hacia 1880, año de la creación del Departamento Nacional de Higiene, destinado a llevar a cabo obras sanitarias, sobre todo a partir de la aparición de epidemias y pandemias que tuvieron lugar en esa época. Al mismo tiempo, existían organizaciones de caridad, de corte filantrópico

y con carácter moralizante a los pobres (no existía aún el concepto de Salud como derecho universal).

El sector salud estaba representando por el Departamento Nacional de Higiene (que dependía del Ministerio del Interior) y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales (que dependía del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto).

La salud no era considerada un problema público sino privado. Mostraba una medicina privada destinada sectores con capacidad de pago, sistema de Hospitales de Beneficencia para los sectores sin recursos y los servicios mutuales de origen migratorio o de actividad laboral.

La función del Estado era marcadamente subsidiada y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial.

Se entendía a la salud como una cuestión meramente individual de responsabilidad y objeto de caridad. El conjunto de instituciones que conformaban el área de la salud no eran más que el resultado de esfuerzos individuales, sin ninguna coordinación y con una escasa capacidad de prevención y formulación de políticas a largo plazo.

Este transcurso se caracteriza por un ejercicio directo del poder por partes de los grupos económicamente dominantes, los que estaban relacionados con la actividad de agro-exportación.

Existen dos aspectos importantes que marcan este periodo: la eliminación del problema indígena que termina con la última campaña al desierto del General Roca, y la política de poblar con inmigrantes europeos que se suponían traían hábitos de trabajo y de buena educación, que los aborígenes no tenían.

El alienismo se constituye ante la necesidad de encontrar un nuevo estatuto social para los locos: De una parte hay que curarlos, de otra parte, como ciudadanos, reclaman de una nueva legalidad.

A mediados de siglo triunfa la tesis de Bayle (médico francés), dominando la idea de la incurabilidad: la clínica psiquiátrica busca en la lesión las causas de las enfermedades mentales.

A principios del siglo XX, el modelo médico alienista comienza a ser cuestionado por el Higienismo Mental.

El Estado Liberal amplía la democracia a partir de la nueva Ley electoral de 1912. Se puede afirmar que en el periodo de 1880-1930, la cuestión social se va perfilando con la aparición del problema indígena, la presencia masiva de los inmigrantes y la aparición de la clase obrera, todo ello como producto de la instauración del capitalismo en el país.

La acción médica estaba ligada a los ideales civilizatorios del Estado, y a lo largo de este proceso de transformaciones fue acercándose al aparato estatal y a los sectores populares.

La asistencia pública fue uno de los medios a través de los cuales se podían solucionar los males de la sociedad: enfermedades, como la fiebre amarilla, tuberculosis y la locura. La medicina social y el saneamiento urbano encabezaban las ideas del progreso que proclamaba la élite gobernante.

En el Hospital Nacional de Alienadas el espacio era poco para el crecimiento de la población de enfermos, la solución a este problema fue la creación del Asilo de Alienadas de Lomas, en 1908 con capacidad para 500 enfermos, ampliándose poco después con la construcción del pabellón Devoto, mediante la donación de la señora Juana González Devoto.

En 1927, comienza a conocerse en algunos círculos muy reducidos el pre proyecto, presentado por Fernando Gorriti, de constitución de la Liga de Higiene Mental. Este proyecto se inscribe fuera de las fronteras de nuestro país en el interés de seguir los lineamientos de la “Psiquiatría moderna” en la atención de la enfermedad mental. Una de las funciones más importantes de la Liga habría sido crear los Servicios de Higiene Mental acompañados por el Servicio de Asistentes Sociales para aquellos pacientes que revistieran menor gravedad.

Con la crisis del 29/30 el proyecto económico liberal de la Argentina agro-exportadora se sacudió seriamente y sus efectos lo sintieron principalmente los ganaderos. Con ella culminó una época de fuertes exportaciones, cuyas ganancias se invertían en la importación de artículos de consumo.

La caída de la bolsa de New York y su repercusión en todo el mundo, provocó la baja de las exportaciones especialmente de carne, y por consiguiente, la disminución de las divisas para la importación. Los países comenzaron a tomar medidas proteccionistas y la Argentina quedó sin su principal proveedor y comprador, Gran Bretaña, iniciándose lo que con el tiempo se convertiría en una industria sustitutiva de importaciones.

Tres fenómenos acompañaron este proceso en los primeros años de la década del 30: una alta migración interna del campo a la ciudad, que llevó al surgimiento de villas de emergencia en la ciudad y derivó en una gran disminución de la calidad de vida; la elevada tasa de desocupación; bajos salarios; gran aumento de la pobreza, que acarrió un aumento de la desnutrición, de las enfermedades y de la delincuencia; y también nos

encontramos con la sanción de leyes anti migratorias, diferenciándose de la política anterior, que hace que disminuya el flujo de llegada de inmigrantes.

El 6 de octubre de 1930 se produce en Argentina el primer golpe de Estado; es derrocado Hipólito Irigoyen regresando la oligarquía al poder de la mano del General Uriburu. Esta dictadura fue denominada Década Infame y se caracterizó por el predominio del fraude político y la represión.

Los avances sobre el tratamiento de pacientes psiquiátricos no habían presentado mejoras, se seguía tratando a los pacientes de manera inhumana y estos eran encerrados en la cárcel. El encierro era el único tratamiento para los enfermos mentales.

Periodo 1945-1955 (Estado Social)

En este periodo se produjeron importantes transformaciones como por ejemplo el aumento en la presencia del Estado en lo que respecta a la cuestión social, el surgimiento de políticas sociales, implementación de leyes laborales, el reemplazo de la filantropía de los Estados liberales, políticas en salud y en relación a ellas las políticas en salud mental.

Es en 1948 se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se celebra el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres. En Argentina, un año más tarde, a cargo del Dr. Ramón Carrillo, se crea el Ministerio de Salud.

En Argentina, a partir de la aparición en la escena política de Perón (en 1944 como Secretario de Trabajo y en el 1945 como presidente) comienza el proceso para terminar con el sistema de beneficencia, y pasar a constituir un sistema que pondere a la salud como Derecho Social.

El Estado pasa a ser garante de los derechos y lleva a cabo un programa de obra pública y de expansión de servicios en todo el territorio nacional. Las entidades mutuales buscan reagrupar a los trabajadores por rama de producción, sentando las bases de lo que se denominarían las Obras Sociales.

En este periodo se transforma el Departamento Nacional de Higiene en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, se convierte así, por primera vez, la salud pública en asunto de interés específico. Este hecho se ratifica en 1946 con la creación de la secretaría de Salud Pública y posteriormente con el establecimiento del Ministerio de Salud pública en 1949. Desde la secretaria se amplía la cobertura asistencial dirigida a sectores sociales que hasta entonces habían tenido un acceso limitado y marginal a la atención médica hospitalaria. Durante este lapso se da un importante crecimiento de los servicios públicos, se instalan nuevos hospitales y centros médicos ambulatorios.

“Bajo la Dirección del Dr. Carrillo se sustituye el vocablo alienados por el término enfermos mentales y el mismo pretende hacer del manicomio un hospital, ya que, como sostuvo el mismo, la forma en que son estibados en ellos los enfermos, obliga a calificar, en muchos casos, a esos establecimientos como reducidos humanos. (Chiarvetti, 2008: 173-174).

En su contexto de época, Carrillo no cuestionaba la existencia del hospital psiquiátrico; sin embargo ya pensaba que el anexo para enfermos mentales en los hospitales comunes, era la solución que le permitiría en poco tiempo disponer de camas para los mismos.

Periodo 1955-1976 (Estado Desarrollista)

En el marco del gobierno de facto de la llamada Revolución Libertadora (1955-1958, dictadura militar que derrocó al gobierno de Juan Domingo Perón), simultánea al auge del desarrollismo en América Latina, se produjeron tres hechos fundamentales:

1°) Creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM),

2°) Creación de las primeras Carreras de Psicología en el país (Universidad Nacional del Litoral, Rosario, en 1956 y Universidad Nacional de Buenos Aires en 1957) y

3°) El Dr. Mauricio Goldenberg funda el primer Servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir fuera de un Hospital Psiquiátrico.

Al asumir el Gral. Pedro Aramburu, se disuelve el Ministerio de Asistencia Social, el cual incluía las funciones del Ministerio de Salud Pública ya disuelto en 1955 durante el golpe de Estado.

Ambos Ministerios se vuelven a crear por el entonces presidente Arturo Frondizi en 1958, y en 1969 se vuelven a deshacer por el dictador Carlos Onganía.

El 11 de octubre de 1957, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.

Sus finalidades fueron: prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, promover la investigación científica de esta materia, prestar asistencia integral a los enfermos mentales, contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los enfermos.

Bajo la Dictadura de Onganía, se crean los primeros centros de Salud Mental y servicios hospitalarios de Psicopatología. Pero lo que se ha de destacar es que las reformas que se quisieron implementar en esta área tuvieron una fuerte impronta de los movimientos reformistas europeos (Psiquiatría comunitaria inglesa, Reforma psiquiátrica italiana).

El Gobierno de la Revolución Libertadora inicia reformas tendientes a transferir hacia provincias y municipios, las responsabilidades de los establecimientos públicos en manos del Estado Nacional.

Durante la dictadura de Onganía se revitaliza el INSM con la dirección del coronel Estévez “que promueve el Plan de Salud Mental de 1967, con la incorporación de Comunidades Terapéuticas en los asilos, se abren las colonias de alienados del interior del país a la participación de los psicólogos...se sancionó la ley 17.132, que pretende

instaurar el poder de lo médico en la distribución de funciones y reconocimientos en el nuevo campo de lo mental” (Galende, 1997:253)

El Consejo Nacional de Salud Mental estaba compuesto por Mauricio Goldemberg, Jorge García Badaraco y Raúl Usandivaras. Ellos prepararon el Proyecto de Reglamentación Orgánico Funcional del Instituto Nacional de Salud Mental. El proyecto tuvo en cuenta las reglamentaciones en Salud Mental más avanzadas y modernas. Se preparó, teniendo en cuenta las recomendaciones y sugerencias de la Organización Mundial de la Salud.

Falcone (2008) afirma que los dos núcleos esenciales de la reforma lo constituían: el proyecto de privilegiar las comunidades terapéuticas en los hospitales psiquiátricos y el Plan Goldemberg para la Capital Federal. Este último postula la creación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y centros periféricos de salud mental. El Plan Goldemberg logró una reformulación de lo asilar cuyos efectos aún perduran. En un acuerdo con los informes del Comité de Expertos en Salud Mental (OMS) surge la nueva tendencia de la psiquiatría social, en oposición a los manicomios cerrados.

Los cambios fueron muchos y comprendían otro concepto de salud y enfermedad, un nuevo rol para la psiquiatría, y modificaciones importantes a nivel institucional.

Para Falcón (2008) el área asistencial se estimuló la creación de Centros de Salud Mental independientes o incorporados a los hospitales generales como Servicios de Psicopatología. El primero en esta línea fue el Servicio de Psicopatología del Hospital Evita de Lanús, a cargo de M. Goldemberg en 1958.

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. Paulatinamente comienza a imponerse un criterio multidisciplinario que recoge experiencias y perspectivas valiosas para trabajar en contra del encierro impuesto por la ya cuestionada psiquiatría manicomial. Estas innovaciones coinciden con una formulación diferente de lo social en contraposición a la visión naturalista de un medio malsano generador de las enfermedades.

La organización social pasa a ser estudiada desde los efectos propios de los individuos que la componen. Los nuevos conceptos que empiezan a circular son: comunidad, grupo, institución, interacción, praxis.

En 1974, en el marco de la reapertura democrática que permitió al peronismo retomar al gobierno, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el propósito de conformar un sistema único de salud con eje en el Estado que asegurará un

acceso igualitario a la salud para toda la población. Este proyecto no logró suscitar el interés de las obras sociales ni de la mayoría de las provincias. Hasta su intervención, por el nuevo gobierno militar, en 1976, el SNIS registró avances en algunas provincias.

Finalmente notamos que las décadas del '60 y '70, se refiere más a la polarización entre psiquiatría tradicional (manicomial) y psiquiatría con orientación reformista, que al enfrentamiento entre las distintas disciplinas que conforman el campo de la salud mental.

Periodo 1976-2001 (Estado Neoliberal)

Este modelo llega a la Argentina estableciendo con su estrategia la desarticulación del Estado de Bienestar, lo cual afectó a la clase trabajadora en cuanto a su economía y modificó de manera negativa el nivel de atención sanitaria que venía recibiendo la clase obrera en cuanto a periodos anteriores en los cuales esta atención había sido buena y muy amplia. El desempleo alcanzó durante esta etapa niveles históricos.

“La dictadura militar de 1976 instala el “Terror de Estado”. Se destruyen los servicios de Salud Mental ya que las instituciones fueron intervenidas por una burocracia cívico-militar para llevar adelante la Doctrina de Seguridad Nacional. En este momento empieza a afianzarse una política privatista en el campo de la Salud”. (Carpintero, 2010:1)

Empiezan a tomar poder los grupos privados para poner el campo de la Salud Mental al servicio de sus intereses económicos.

La idea del nuevo modelo se basaba en un Estado mínimo, que respondía solo a lo que el mercado no podía abarcar. El Estado delegaba sus responsabilidades a organizaciones.

En 1981, el dictador Roberto Viola le cambió el nombre al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública que había sido creado en 1958, por el de Ministerio de Acción Social.

Con el retorno de la democracia de la mano de Raúl Alfonsín, reapareció el Ministerio de Salud y Acción Social.

El proceso de descentralización de la década del '90 hace que prácticamente no queden establecimientos significativos dependientes de la Nación, quedando las provincias y municipios librados a desarrollar prácticas diversas según políticas sociales.

Como documenta Carpintero (2008), Vicente Galli ocupó el cargo de Director en la Dirección Nacional de Salud Mental –creada durante la última dictadura militar-, entre marzo de 1984 y agosto de 1989.

En un documento de 1986 entre las estrategias generales que planteaba para Salud Mental, incluía:

- a) la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud;
- b) la integración intersectorial;
- c) la ampliación de la cobertura, incluyendo acciones de promoción y prevención, de manera que la misma fuera equitativa para toda la población;

d) la participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades, estrategias y asignaciones de recursos;

e) el desplazamiento del eje centrado en el modelo hospital-enfermedad hacia el modelo Comunidad Salud y el incremento de presupuestos para ello y nunca para incrementar prácticas y sistemas custodiales, segregacionistas y/o exclusivamente asistencialistas;

f) la transformación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y desaliento de los institutos privados que funcionaran similarmente;

g) el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Salud Mental.

Chiaverti (2008), expresará: *“Vicente Galli no pudo con los grandes hospitales psiquiátricos en la ciudad de Buenos Aires, pero desarrolló una intensa actividad con las provincias –sobre todo las gobernadas por el radicalismo–, logrando que al finalizar su gestión casi todas las provincias del país tuvieran la organización de una conducción de Salud Mental diferenciada al interior del área de Salud, que salud mental fuera reconocida como una problemática importante para las políticas provinciales y que se conociera que las soluciones tradicionales eran injustas y poco efectivas.”* (Chiaverti, 2008: 176-178)

El neoliberalismo es retomado con fuerza durante los gobiernos de Carlos Menem (1989-1999). En el primer momento de su gobierno, se intervinieron a fines de 1989, los tres hospitales psiquiátricos (Borda, Moyano y Tobar García).

“Las políticas de salud, fundamentalmente en los ’90 se ven direccionadas fundamentalmente por los lineamientos del Banco Mundial a los países latinoamericanos, con el fin de que los gobiernos se desentiendan cada vez más sus responsabilidades, lo que formalmente se denominó “descentralización del Estado”, para que estos tengan como principal responsabilidad el reembolso de la deuda externa. En el sector salud, esto se ve reflejado en la estrategia de brindar una canasta básica de prestaciones, en función del Costo-Beneficio”. (Del Carillo, 2004:5-6)

La “mercantilización de la salud”, en esta etapa neoliberal, se convierte entonces en un “bien de consumo”.

En el año 2000, se aprobó la Ley de Salud Mental N° 448, el objetivo de esta ley es garantizar el derecho a la salud mental; hace un llamado a la desinstitucionalización, y a la rehabilitación y reinserción social de las personas institucionalizadas de salud mental.

En 2002 el Presidente Eduardo Duhalde unificó dos funciones para crear el Ministerio de Salud y Ambiente. Se sustituyen los conceptos “trastornos mentales” y “enfermo mental” por el de “personas con padecimientos psíquicos”.

En 2007, la Presidenta Cristina Fernández desdobló las funciones y volvió a crear el Ministerio de Salud.

En el año 2010 se sanciona en Argentina la nueva Ley de Salud mental N° 26.657, norma que establece una serie de garantías para las personas que padecen ese tipo enfermedades y que establece como principio rector la necesidad de evitar la internación de los pacientes en institutos neuropsiquiátricos.

Por considerar el de la salud mental un campo interdisciplinario, establece la posibilidad de que sea abordada desde diferentes actividades, además de la psiquiatría, como la psicología, la terapia ocupacional y la enfermería. En su artículo tres, establece que: "En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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.". (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2010: 1)

Finalmente un gobierno indiferente a las necesidades de su población para construir ciudadanía, el gobierno del presidente Mauricio Macri, y tras un recrudescimiento de las políticas neoliberales suprime el Ministerio de Salud; según Mario Rovere (2018), la degradación del Ministerio de Salud de la Nación representa un gesto político inadecuado, resultado de una concepción equivocada del Estado y de la sociedad, pero consistente con un conjunto de medidas que venían anticipando el desinterés del gobierno nacional en cumplir sus obligaciones constitucionales para garantizar el derecho a la salud de la población, dado que la vigilancia y el rol compensador de las inequidades sociales y geográficas en salud es su responsabilidad indelegable. Los antecedentes de medidas de esta naturaleza muestran cómo y cuándo ha sucedido con anterioridad. Se trataba de gobiernos autoritarios instalados por golpes militares, de políticas económicas neoliberales, minimizando la función de salud pública en formas que resultaron funcionales a la privatización de la salud (filantropía en el caso de Aramburu, seguridad social comprando servicios privados, Onganía). El momento de degradación del Ministerio de Salud no podría ser más imprudente e inoportuno dado el desafío que la salud global advierte sobre las epidemias del siglo XXI y atendiendo el

imprescindible rol compensador que salud debe desarrollar, muy especialmente en momentos en que una injuria programada sobre el tejido social y sobre el nivel de ingresos de la población, solo puede traer aparejado un incremento de los problemas de salud...

CAPITULO II

¿UNA CUESTION DE ESPACIOS?

El “Hospital Agudo Ávila”

La creación del hospital psiquiátrico que hoy conocemos como Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila (C.R.S.M. en adelante) tiene sus orígenes y la influencia de la ideología reinante de ese momento. El 23 de abril de 1918, en la Universidad del Litoral, se presenta un proyecto en la Cátedra de Medicina Legal para que la Cátedra de Psiquiatría de Adultos se transformara en Instituto de Psiquiatría. Se creó así el Instituto de Psiquiatría de la ciudad de Rosario, integrado por varias cátedras.

En el año 1920 el Dr. Antonio Agudo Ávila organizó, a partir de la Facultad de Medicina, la obtención de un contrato para levantar el hospital de alienados en los terrenos donde funcionaba una modesta enfermería anglosajona, que por problemas de la guerra había dejado de funcionar.

Allí, con los aportes del gobierno de la provincia de Santa Fe, se levantó lo que es hoy el actual Centro Regional. Empezó a funcionar el 1º de octubre de 1927, contando en ese momento con cinco pabellones. El espacio debía ser dedicado al tratamiento de enfermos mentales, tanto 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 (hospital público de alta complejidad)

Desde 1981 se evidenció una gran demanda; la guardia era sostenida por residentes las 24 horas, los pabellones eran atendidos por algún docente (se muestra así la dimensión hospital-escuela, que mostró en las primeras décadas) y no tenía presupuesto propio ni una organización administrativa que diera cuenta de la necesidad del servicio.

Hasta antes de la dictadura funcionó en el hospital una experiencia de comunidad terapéutica, sostenida por estudiantes de diversas carreras (antropología, psicología, medicina, enfermería) y los médicos dependientes de la Universidad. Hasta 1983, la internación era el elemento principal del tratamiento psiquiátrico ofrecido por el Centro, con el advenimiento de la democracia comienzan a esbozarse alternativas diferentes, haciéndose posible la asistencia de emergencia (guardia, atención en crisis) como dispositivo institucional predominante (1989 - 1990). La idea del hospital-escuela comenzó a desmoronarse a partir de los años '90.

El 9 de octubre de 1991, por resolución n° 1479 y de la mano de la Ley provincial de Salud Mental (Ley 10.772), 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, provincial (hoy denominado Nodo). La conducción y el personal van a depender de la provincia de Santa Fe. El Centro es el único agente de salud monovalente (en salud mental) de la zona VIII.

Las nuevas alternativas que fueron surgiendo a nivel mundial, en relación al tratamiento que debía impartirse a los pacientes, fueron produciendo cambios en la institución, los cuales se fueron evidenciando desde mediados de la década de 1990. Esto queda ejemplificado al contemplar que mientras que el número de camas disminuye de casi 200 a 70 entre 1997 y 1998, se observa que aumenta la asistencia ambulatoria: de 10.000 consultas en 1992 y a 21000 en 1996.

El perfil de la institución se va delineando como de asistencia en la emergencia de la Salud Mental, aunque sin capacidad para solucionar las problemáticas de las internaciones por tiempo indeterminado.

Vale aclarar que desde 1960 hasta 1993 no se hicieron inversiones económicas en el CRSM. La Provincia y la Universidad fueron abandonando sus responsabilidades para con la institución. En 1991 no había profesionales ni técnicos dependientes de la UNR trabajando en el CRSM, salvo psicólogos que realizaban su práctica en consultorios externos. En 1991 la provincia se hace cargo de los profesionales, aunque sin aumentar su número.

En 1993, bajo la dirección del Dr. Mossotti, se logró una planificación presupuestaria a partir de la ubicación del Centro dentro de los efectores provinciales de salud.

En 1994 se conforma el programa de Cultura y Salud Mental del CRSM, y se recuperó un pabellón abandonado creando un espacio abierto a la comunidad. El programa comenzó con un Área de Producción y Difusión Cultural cuya actividad principal fue la realización de Talleres Creativos, luego comenzó a funcionar el Área de Producción y Difusión Científica. Este espacio en particular es el que va a dar lugar a lo que hoy conocemos como Centro Cultural El Gomecito que fue declarado así por votación de los usuarios del mismo en el año 2009, y así queda plasmado en el hall de ingreso donde se encuentra la placa de fundación y el cuadro conmemorativo (apelamos a dicha observación ya que no existe un documento oficial). Este espacio fue creciendo y transformándose permanentemente hasta que por Resolución n° 0006 del 17 de

Diciembre del 2015 del Gobierno de la Provincia de Santa Fe queda constituido como dispositivo de salud sustitutivo a las lógicas manicomiales.

Las características tanto de ubicación como así también las edificaciones de lo que es hoy un centro de salud de atención primaria, pero que al momento de mis prácticas, se levantaba como un hospital monovalente, Centro Regional de Salud Mental Doctor Agudo Ávila, nos permitirá analizar las nada casuales ni azarosas particularidades que presentó.

Actualmente el CRSM ocupa casi la totalidad de la manzana delimitada por las calles Santa Fe, Suipacha, San Lorenzo y Ricchieri, y que actualmente por el crecimiento de la Ciudad se encuentra en un punto macrocentrico y estratégico, contrariamente, en los orígenes del mismo, se encontraba en los márgenes, marcando que lo anormal se alojaba o mejor dicho se expulsaba del ejido urbano, solo lo normal era aceptado dentro de los espacios diseñados como espacios de apropiación de los ciudadanos. En su libro “Antropología de lo urbano” Ariel Gravano (2016) nos dice que la ciudad es un hecho y un derecho, consumación de la producción material y simbólica, por tanto no solo se vive en la ciudad sino que se vive la ciudad, con todo lo que ello implica producirla, sufrirla, gozarla reivindicarla y lucharla.

Así el espacio es construido socialmente, como la sociedad es entendida espacialmente. El espacio es un signo de identidad social para los actores sociales y son estos los que, viviendo ese espacio, le aportan significado (della Dora, 2007; Mácha, 2010). De este modo, el espacio refleja las características de una sociedad y de un momento histórico. Refleja las características de una sociedad porque es una expresión de los diversos tipos de relaciones que se desarrollan en ella: económicas, políticas, ambientales y propiamente sociales, y las características de un momento histórico, porque las relaciones sociales (económicas, políticas...) cambian con el tiempo y la experiencia muestra cómo en cada momento histórico el espacio se interpreta y utiliza de manera específica (Yeckting Vilela & Ramírez Zapata, 2012).

No se debe olvidar que las políticas llevadas adelante en salud mental tienen que tener un enfoque de derecho, porque el mismo le otorga un nuevo sentido a las Políticas Sociales; “los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles” Organización de las Naciones Unidas (1948)

El enfoque basado en los Derechos Humanos es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo.

En dicho enfoque los planes, las políticas y los procesos de desarrollo están anclados en un sistema de derechos y de los correspondientes deberes establecidos por el derecho internacional. Ello contribuye a promover la sostenibilidad de la labor de desarrollo, potenciar la capacidad de acción efectiva de la población, especialmente de los grupos más marginados, para participar en la formulación de políticas, y hacer responsables a los que tienen la obligación de actuar” (Carballeda, 2016:1); y es en este sentido que es imprescindible pensar que el derecho humano a una vivienda adecuada es el derecho de toda mujer, hombre, joven y niño a tener y mantener un hogar y una comunidad seguros en que puedan vivir en paz y con dignidad. Un aspecto fundamental del derecho a una vivienda adecuada es que este derecho no puede desvincularse de otros como la dignidad humana, el principio de no discriminación, la libertad de expresión y de asociación, de elegir la residencia o de participar en la toma de decisiones.

También es interesante analizar cómo se presentan hoy a la sociedad los diferentes espacios que conformaban el C.R.S.M, porque ello servirá para comprender más en profundidad como fueron quedando plasmadas arquitectónicamente las diferentes lógicas, el lugar de la política social, el enfoque de los derechos humanos y las prácticas disímiles que se llevan adelante al interior del mismo.

El C.R.S.M aloja en su interior cuatro espacios totalmente diferenciados entre sí, por calle Santa Fe se encuentra la guardia, de puertas cerradas con llave, vidrios rotos y paredes que evidencian las crisis que atravesaron algunos de sus usuarios; por calle Suipacha encontramos el ingreso principal al Hospital, donde al atravesar un patio externo se accede a un edificio de dos plantas, prolijo, de puertas abiertas donde se encuentran los consultorios externos y las oficinas administrativas que hacen del funcionamiento de la Institución. Por calle San Lorenzo tiene su acceso el Centro Cultural, un espacio que nos invita a entrar, ornamentado con plantas, paredes alegremente pintadas en colores llamativos, de puertas abiertas a toda la comunidad y donde se llevan a cabo distintos talleres.

Todos estos espacios nombrados anteriormente rodean los pabellones de internación, impidiendo la visualización y el ingreso directo desde el exterior.

No es un dato menor también señalar que la dirección del hospital se encuentra en el segundo piso del área administrativa con ventanas que miran al patio central y desde donde pueden observarse todas las áreas que conforman dicho espacio, convirtiéndolo en un panóptico.¹

Todos estos espacios nombrados anteriormente se encuentran enlazados por puertas internas que los interconectan; en el caso particular del Centro Cultural y merced al respaldo de la resolución provincial N° 0006 del 17 de diciembre de 2015, la puerta que comunicaba al Centro Cultural con el sector de internación fue cerrada. Ésta misma había servido como pasaje y también como barrera para la libre circulación de los usuarios, ya no se utilizó a partir de ese momento dejando como único ingreso un acceso externo por calle San Lorenzo. Si bien lo manicomial no es sólo lo edilicio de la institución sino el conjunto de sus prácticas, se observa cómo muchas veces queda evidenciado en olores, colores, limpieza, accesos y malestares.

El cierre de acceso directo del Centro Cultural con el sector de internación marcó un hecho significativo donde se logró alcanzar una realidad que el equipo de coordinación del Gomecito aspiraba como meta y que marca un cambio en la forma de trabajo. Esta posibilidad se concretó con el espaldarazo que significó la declaración del espacio como un Dispositivo alternativo de la lógica manicomial y anclar su dependencia organizacional desde ese momento en la Dirección de Salud Mental de la Provincia. Este acto fue una apertura hacia la calle y un paso para empezar a hacer efectiva la implementación de la Ley de Salud Mental y Adicciones. Laura Coll destaca que esa puerta abierta hacia la calle tuvo un efecto trascendente: “Lo más importante es que, sobre todo la población que se encuentra alojada en el Hospital Agudo Ávila, pudo salir y dar la vuelta por la calle para participar del espacio, este fue para nosotros un acontecimiento muy importante, simbólico y real al mismo tiempo, porque significa poder salir del

¹ El panoptismo se basa, según la teoría del panóptico de Michel Foucault, en ser capaz de imponer conductas al conjunto de la población a partir de la idea de que estamos siendo vigilados. Se busca generalizar un comportamiento típico dentro de unos rangos considerados normales, castigándose las desviaciones o premiándose el buen comportamiento.<https://psicologiymente.com/social/teoria-panoptico-michel-foucault>

encierro para ingresar por la puerta que da a la calle a un espacio que se elige para hacer una actividad concreta, que en este caso está vinculada a lo cultural.”

Sin embargo un debate quedó abierto y es a quién se le impide o permite el ingreso al dispositivo. Porque sin dudas se colocó una barrera al manicomio o a aquellos “pacientes” que en su deambular conseguían uno de los únicos o incluso el único contacto que sostenían fuera del encierro. Teniendo presente que un dispositivo puede producir activa y estructuralmente dominación, alienación, pero también puede producir creatividad, solidaridad, amistad, etc.

El dispositivo a su vez puede ser un espacio o un lugar, haciendo la distinción como la realizamos habitualmente entre oír y escuchar; mirar y ver; el dispositivo también puede ser de acuerdo a su apropiación un lugar o un espacio.

El lugar se cumple por la palabra, el intercambio alusivo de algunas palabras de pasada, en la connivencia y la intimidad cómplice de los hablantes. (Auge, 1992:85), por tanto ese lugar de residencia si no cumple con estas características pasa a ser un “no lugar”, un espacio donde el sujeto es anónimo, invisibilizado, y la posibilidad del vínculo efectivo adquiere las características mercantilizadas y mentirosas de las sociedades capitalistas.

El Centro Cultural “El Gomecito”

Dentro del discurso de las últimas décadas sobre la desmanicomialización aparece la idea del cierre progresivo de los manicomios y su sustitución por otro tipo de servicios diferentes al monovalente. Al mismo tiempo se supone un cambio de paradigma o miradas sobre las problemáticas de Salud Mental. Existen experiencias concretas en este sentido y es la apertura de espacios por fuera de los muros del hospital (aunque por dentro también surgen efectivamente), basados no en la exclusividad de los saberes generales de la medicina y psiquiatría, sino incorporando la mirada interdisciplinaria y caracteres del orden de lo productivo, cultural y colectivo. Muchas de estas experiencias reciben el nombre de dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial. Pero ¿que entendemos por dispositivo?, ¿cuál es su definición, finalidad, función; puede la sola existencia de los mismos realizar los cambios paradigmáticos que se enuncian?

“Un dispositivo sería un complejo haz de relaciones entre instituciones, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos económicos, sociales, técnicos y tipos de clasificación de sujetos, objetos y relaciones entre éstos, un juego de relaciones discursivas y no discursivas, de regularidades que rigen una dispersión cuyo soporte son prácticas (...) producen sujetos que como tales quedan sujetos a determinados efectos de saber/poder” (Fanlo, 2011:3).

Esta definición hace que pensar al manicomio como un dispositivo disciplinar donde el efecto saber/poder queda plasmado en diagnóstico tratamientos regulación del tiempo, etc. Por ello es importante resaltar que la mera etiqueta “dispositivo sustitutivo” no realiza por si sola el cambio previsto o esperado.

La noción de relaciones sociales de saber/poder y campo de las relaciones de fuerza que se constituyen en determinado momento histórico van de un punto a otro formando tramas, una red de saber poder y subjetividad. El dispositivo produce subjetividad pero no cualquier subjetividad.

En este caso vamos a detenernos en el centro cultural “El Gomecito”, el cual entiendo ya funcionaba como un dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial desde su misma creación, pero el reconocimiento recién lo obtuvo a través de la Resolución n° 0006 del 17 de diciembre del 2015 del gobierno de la Provincia de Santa Fe, respaldo fundamental pero no fundante.

Mediante esta resolución quedó constituido como dispositivo de salud de la lógica desmanicomializadora dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud de la provincia.

Este centro cultural, que como ya se ha mencionado nace al interior de un hospital monovalente (de una sola especialidad); y va a tener las características propias que esta particularidad le imprimió. En ocasiones muchos aspectos de las instituciones pueden reflejarse en los dispositivos, y viceversa.

Sus prácticas, estrategias e intervenciones son llevadas a cabo bajo el respaldo y las normativas que tanto a nivel nacional como provincial lo enmarcan. Realizando una lectura acerca de los procesos de desinstitucionalización y de desmanicomialización, y de cómo se intentan llevar a cabo desde el centro cultural, vemos como la Ley Nacional 26.657, promulgada en el año 2010, y su predecesora la ley provincial 10772/91 se convierten en un paraguas protector para dichas intervenciones. Si bien la realidad actual exige un despliegue más amplio y heterogéneo de prácticas, de actores involucrados, y de políticas sociales que vayan en sintonía con la finalidad última de ambas leyes.

Las nuevas concepciones de salud mental y los ideales de modalidades terapéuticas exigen cada vez más una presencia de estrategias de intervención en las que se contemple la dimensión social de la problemática. Todo proceso instituyente como el que está atravesando el Campo de la Salud Mental y el Centro Cultural en particular generan procesos de tensión, de avances y retrocesos.

Dado que toda institución no es rígida ni estática conlleva “una constelación de discursos y prácticas económicas, sociales, políticas, jurídicas, técnicas, etc. (...) las instituciones son procesos que, en tanto tales, tienen “juego” lo cual implica conflictos, desajustes y que presupone todo menos la armonía de un proceso fijo y estable” (Kaminsky, 1990:32). Esta lucha sostenida al interior del Campo de la Salud, particularmente en este caso a la puja que se sostiene entre las diferentes lógicas llevadas adelante por representantes de espacios que apuntan en direcciones contrarias remite al concepto de campo de Bourdieu (2013) 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). Una especie de capital es aquello que es eficaz en un campo determinado, que permite a sus poseedores disponer de un poder, y por tanto existir en el campo en consideración. El campo, es también, un campo de luchas tendientes a preservar o a 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, 2013:147)

En este sentido y como muestra de la puja que se viene llevando a cabo una de las coordinadoras, la psicóloga Julieta Morandi, expresó:

“Nosotros venimos trabajando hace mucho tiempo para instalar otro sujeto de la salud mental, que no es el sujeto peligroso, o la peligrosidad y la cuestión del encierro como mecánica de la atención. Y, además, abrir a lo diverso. El hospital psiquiátrico como lo conocemos, lo monovalente, lo manicomial, tiene una propuesta unívoca: para todo el mundo lo mismo, entonces, poder abrir la puerta a lo diverso, a la libertad de elección, a la posibilidad de entrar y salir, atravesado por los deseos, por las ganas, por lo que a uno le gusta, ese nos parece uno de los puntos centrales. Nosotros tenemos una propuesta que está sostenida clínicamente, entendemos que formamos parte de un esquema de atención desde lo terapéutico pero abriendo el juego a otras aristas del tratamiento.”

El marco legislativo obligó a rever prácticas, la manera de tratamiento del sujeto y el funcionamiento institucional, la ley nacional 26.657 en su art. 9 expresa: “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”.

Entendiendo y reforzando la importancia que tiene la existencia de estas instituciones propias de los procesos de desinstitucionalización y de desmanicomialización, analizar lo expresado remite nuevamente a la paradoja y contradicción que se enmarca en la autonomía relativa que existe del “Gomecito” con respecto al CRSM. Aquí cabe preguntarse ¿ambos representan la misma institución? Muchos aspectos de las instituciones pueden reflejarse en los dispositivos, y viceversa. Las experiencias sustitutivas al manicomio nacen del seno institucional, y en general del manicomio, una institución total que Kaminsky (1990) describirá como éstas que se constituyen en dispositivos de violencia física y simbólica.

Por un lado la historia del “Agudo Ávila” nos lleva a dar cuenta de la definición de institución de Faleiros: “La instituciones sociales son organizaciones específicas de las

políticas sociales. Estas ocupan un lugar político en el nudo de las relaciones entre el estado y la sociedad civil. Son organizaciones transversales a toda la sociedad y se muestran preocupadas por el bienestar de la población. En este sentido, su función, es operar como un vehículo de mercantilización de bienes y servicios. Cumplen también una función de control político – social, siendo que las clases dominantes necesitan de canales institucionales para dar salidas a las demandas de las clases dominadas, apaciguarlas y controlarlas.”(Faleiros, 1986:9)

Siguiendo a Baremlit, las instituciones son árboles de decisiones, es decir una serie de proscipciones, prohibiciones y de opciones independientes, que guían la vida social, de manera consciente o no. Esas prescripciones se puntan de acuerdo con valores que definen lo que es verdadero o falso, lo que es justo o injusto para la sociedad en cuestión. (Baremlitt, 2005: 33).

Para poder cumplir su función de regular la vida humana, las instituciones deben materializarse en organizaciones; las cuales son formas materiales muy variadas que comprenden, desde un gran complejo organizacional, como un Ministerio de educación, justicia, y trabajo. Las organizaciones son desde grandes hasta pequeños conjuntos de formas materiales y funcionales que definen las opciones que las instituciones distribuyen y enuncian. Es decir, las instituciones no tendrían existencia real, vida propia sino es a través de las organizaciones.

En una institución se pueden distinguir tres vertientes o procesos importantes: los distinguirá de la siguiente manera: “Así esos grandes momentos institucionales, que son resultantes de fuerzas que tienden a instaurar o transformar las instituciones, se lo denomina instituyente. Este gran momento inicial y su continuación en el proceso constante de transformación mencionado, tiene un producto, genera un resultado y este es lo instituido. Lo instituido es el efecto de la actividad instituyente, y el movimiento continuo según el cual lo instituyente va creando o modificando una institución, se denomina proceso de institucionalización. En consecuencia es posible decir que: lo instituyente es una fuerza o una potencia productora de instituciones, lo instituido un resultado del trabajo de esa fuerza, y el proceso de institucionalización es el movimiento según el cual lo instituyente genera y transforma lo instituido” (Baremlitt, 2005: 37)

En general, las instituciones rectoras tradicionales de la sociedad (cárcel, hospital, escuela, familia, lenguaje) no son estructuras rígidas ni formadas de una vez y para siempre, aunque en los hechos puedan apreciarse formas de existencia similares a lo largo del tiempo. Las instituciones se mueven, y a ello responde el juego permanente entre dos

dimensiones o fuerzas, lo llamado “instituido” y lo “instituyente”. Esta puja tiene diversos resultados y particularmente llama la atención el efecto que la institución asilar ha producido por ejemplo en aquellos/as pacientes que no desean abandonar la estructura en la que han vivido y que han hecho propia durante mucho tiempo. Es importante aquí resaltar la necesidad de la diversidad de respuestas para desalojar el manicomio, algunos usuarios más allá de no querer abandonarlo, lo que no desean es volver a un núcleo que no los contuvo, que no los acompañó y donde se sintieron el chivo expiatorio de una situación familiar conflictiva y compleja.

Kaminsky (1990) dirá que las instituciones son las relaciones sociales heterogéneas que se cruzan y condensan. Este atravesamiento no implica que la violencia se condense dentro de ellas, no proviene de la agresividad del individuo y de la sociedad clasista. La violencia física y discursiva son formas de autoritarismo que se pueden dar en pequeña o gran escala y ante las funciones, los roles y las prácticas.

La idea de la dialéctica entre lo instituido y lo instituyente hace a la producción de “una constelación de discursos y prácticas económicas, sociales, políticas, jurídicas, técnicas, etc. (...) las instituciones son procesos que, en tanto tales, tienen “juego” lo cual implica conflictos, desajustes y que presupone todo menos la armonía de un proceso fijo y estable” (Kaminsky, 1990:32).

Es hasta un poco risueño pensar a las instituciones como rígidas y estables, las mismas se mueven, se sacuden permanentemente; tienen el efecto de onda expansiva estremeciendo a algunos de los grupos que la componen, y apenas haciéndole cosquillas a otros que también mutan dentro de esta dialéctica. Hay dentro del conjunto de las instituciones rectoras tradicionales una mayor fuerza de resistencia para afrontar los procesos instituyentes pero la historia ha demostrado que en estas instituciones tan fuertes han acontecido procesos revolucionarios.

La dialéctica instituido-instituyente mencionada es uno de los aspectos que pueden compatibilizarse en un dispositivo. Esta capacidad “productora” de la institución o el dispositivo es la bisagra que permite discernir entre lo sustitutivo y lo manicomial en cada recorte. Las relaciones internas serán capaces de determinar si estamos frente al asilo o no, y claro que éstas no son inmutables, modificarlas será la tarea para transformar o desmontar los efectos que produce en los sujetos.

Basaglia (2000) ilustra la idea de transformar las relaciones (en este caso, la relación de mayor tensión en la escena del manicomio) al comparar el hospital psiquiátrico con el hospital general:

“Creo que en el fondo no hay una verdadera diferencia entre los dos, porque la lógica de la relación médico-paciente es siempre la misma, una relación de dependencia del enfermo con respecto al médico. Evidentemente no se trata de una relación de reciprocidad, y si no hay reciprocidad no hay libertad entre dos personas. La cuestión a resolver se transforma en cómo cambiar este tipo de vínculo” (Basaglia, 2000:90).

Esta comparación muestra al interior de las instituciones puede haber movimientos y transformaciones de las relaciones, que, en este proceso, permiten configurar una realidad diferente a la convencional.

Para seguir profundizando, a continuación, se verá la institución en base a su organización y tipología, también partiendo de una corriente crítica que la estudia.

CAPITULO 3

PASTILLAS SURTIDO MASTICABLE

Los usuarios, la dinámica institucional y el trabajo interdisciplinario

En este espacio, a diferencia de otros centros culturales, se trabaja principalmente con la población derivada por equipos de salud mental, personas que tienen un padecimiento psíquico y que por esa razón son catalogadas como personas con discapacidad. En el año 2008, nuestro país por medio de la Ley N° 26. 378, suscribe la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD); reconociendo así que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. La CDPD establece que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (ONU, 2006).

De esta manera, las personas que presentan problemáticas en salud mental quedan incluidas en su definición y por lo tanto sus derechos quedan garantizados como personas con discapacidad. En la misma dirección y paradigma se encuentra la sanción en el año 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Dicha ley cuestiona el modelo tutelar deficitario centrado en la enfermedad mental; establece un piso mínimo en garantía de derechos, siendo el Estado quién debe garantizar el ejercicio de los mismos. El proyecto de investigación y extensión “La Producción Social de la Discapacidad” dependiente de la UNER construyeron su propia definición al decir que:

...Hoy nos proponemos pensar a la discapacidad como una producción social, inscripta en los modos de producción y reproducción de una sociedad. Ello supone la ruptura con la idea de déficit, su pretendida causalidad biológica y consiguiente carácter natural, a la vez que posibilita entender que su significado es fruto de una disputa o de un consenso, que se trata de una invención, de una ficción y no de algo dado.

Hablamos de un déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo

“normal” del cuerpo Uno (único). Es, también, una categoría dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos. El parámetro de una normalidad única para dicha clasificación es inventado en el marco de relaciones de asimetría y desigualdad. Esas relaciones asimétricas producen tanto exclusión como inclusión excluyente. (Rosato y Angelino, 2009:51)

Contrariamente a lo esperado o a lo dispuesto en las estructuras sociales, los usuarios del Centro Cultural son recibidos en éste para explotar sus capacidades; allí realizan aquellas actividades donde se destacan o simplemente les gustan y de esta manera les resulta más sencillo la interrelación con la gente “normal”, sin dejar de estar atentos a las características particulares y singulares que implica su situación y mucho menos romantizando su patología. En este sentido puede llegar a entenderse que este tipo de dispositivos son un auto a contramano de lo que aún se percibe como normal en nuestra sociedad.

Con respecto a esta perspectiva, mejor dicho a esta percepción personal que persiste, tomaremos el pensamiento de Vallejos quien sostiene que las restricciones sociales impuestas a las personas con discapacidad son pensadas como producto de la normalidad bio-médica que, naturalizada, opera como criterio de demarcación social. Las causas de la discapacidad no son biológicas sino sociales. La discapacidad es producida como tal a partir de la emergencia de la línea demarcatoria que establece la normalidad. Y no es una mera distinción retórica: la naturalización de la normalidad, la presunción de su existencia eterna, hace “invisible” la línea divisoria, pero potencia sus efectos demarcatorios. La producción de discapacidad puede pensarse como uno de esos efectos de demarcación. Es preciso, entonces, comprender a la discapacidad como una forma particular de “construir” al otro, distinto al nosotros en términos de desigualdad centrando críticamente el análisis en las relaciones entre normales y anormales, sin que importe la “medida” de la anormalidad. Esto definitivamente implica considerar las condiciones de desigualdad que dan origen al proceso de alterización y se refuerzan como su producto. (Vallejos, 2010:13)

En un primer momento la discapacidad fue entendida “como toda disminución (restricción) o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro de un margen que se considera normal para un ser humano. La discapacidad sería así el resultado de la incidencia de una deficiencia que restringe o

anula las habilidades de una persona para desarrollar una actividad considerada normal dentro de su contexto sociocultural.” (OMS, 1980) Dicha clasificación se basa en el modelo médico hegemónico, individualista y rehabilitador, que interpreta la discapacidad como un mero hecho biológico, resultado de una deficiencia del organismo y considera que la discapacidad es un atributo del sujeto, que se determina desde el saber profesional, con predominancia del saber y el criterio médico. En este modelo, “el cuerpo como pura organicidad es despojado de su historicidad y de su socialidad; la enfermedad y la deficiencia son hechos biológicos universales y clasificables, cuyos síntomas son descritos en manuales de clasificación. La discapacidad es, en esta perspectiva, un problema personal, y las causas del mismo están situadas básicamente en el individuo, sin ninguna referencia a la estructura social”. (Vallejos, 2010: 3)

Pero al entender que “el sufrimiento humano es un problema socialmente producido, en contextos culturales y socio históricos definidos y no un problema biológico, se torna necesariamente crítica la mirada sobre los sistemas clasificatorios que no contemplan las dimensiones sociales, culturales o institucionales”. (Ausburger, 2002:74) Así un segundo momento en la conceptualización de la discapacidad de la OMS la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), plantea, desde una perspectiva bio-psico-social, la funcionalidad del individuo, alejándose “de la perspectiva de la enfermedad y situándose en la salud. Propugna un pretendido enfoque más social que médico –aunque no abandona la órbita de la salud, como base material de la discapacidad –” De esta manera en la CIF “el funcionamiento de un individuo es entendido como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores ambientales (físicos, sociales y actitudinales), ya sea esta interacción positiva (facilitadores) o negativa (barreras). (Vallejos, 2010: 5)

Cobra importancia en esta nueva visión el contexto que ya no es sólo el escenario en el que se produce la discapacidad, pero aun así y pese a este nuevo planteo no se analizan todavía las estructuras económicas, culturales y políticas de la sociedad capitalista como condiciones objetivas determinantes para su producción , si bien esta nueva CIF propone una crítica que resulta superadora del modelo médico de la discapacidad, al incluir la interacción de una persona con un estado de salud y su entorno, mantiene como supuesto la comparación de la participación de un individuo, con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en esa cultura o sociedad dando por sentada y natural la normalidad de esa participación esperada.

Pensar en acciones en este sentido es pensar en salud como colectivo ya que la misma “abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que prestan “asistencia” a la salud de las poblaciones hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y organizaciones de la sociedad civil que puedan tener un carácter científico o sindical interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por el “derecho a la salud” de la ciudadanía.(Liborio, 2013:139)

Por lo tanto el trabajo con esta población en el Centro Cultural adquiere una característica particular: el abordaje se realiza considerando las posibilidades de las personas que concurren al mismo, prevaleciendo desde la coordinación y las y los talleristas una visión holística, mucho más aproximada a esta nueva concepción de discapacidad como una interacción sujeto/contexto y no permanece anclado todo el tiempo en las limitaciones propias que les otorga su sufrimiento psíquico, aunque no se las desconoce y se encuentre todo el tiempo anclado por lo institucional manicomial.

Para llevar adelante su grilla de actividades el Centro Cultural cuenta con un equipo de coordinación interdisciplinario propio. El mismo está formado por un psicólogo, Leonardo Parón, una psicóloga, Julieta Morandi y la Trabajadora Social Laura Coll. Su objetivo principal no es sostener el tratamiento, sino que sus escuchas aporten a la circulación y a la permanencia en el espacio.

Recientemente, a partir de la película “EL JOCKER” la Licenciada en Trabajo Social Silvana Martínez reflexiona sobre la importancia de la circulación de la palabra y sobre todo de la escucha, en relación a esto da cuenta que la posibilidad de visibilizar y reflexionar sobre el poder de la escucha, el silencio y las palabras en todo proceso de intervención, puede proveer de más instrumentos para comprender, explicar y hacer, entendiendo a ese Otro como sujeto de derechos. Es importante recuperar la noción de relato como constructor de sentido. Así, la escucha, tiene la posibilidad de salir de los lugares establecidos, adentrándose en otros donde la interacción no implica sometimiento” y concluye: ...vivimos en un mundo en el que para sobrevivir muchos/as necesitan ponerse caretas de payasos intentando tapar el verdadero rostro del tormento y del dolor que provoca la indiferencia social, el abandono del Estado y las violencias sociales que constituyen el paisaje diario de nuestras vidas.

Las diferentes prácticas abordan lo particular desde lo colectivo, buscando mantener los espacios más asistenciales para que la persona reciba la asistencia donde

corresponda, procurando la construcción de lazos sociales a partir de la disposición de espacios que brinden todo tipo de socialización de las personas que transitan cotidianamente el Centro Cultural. Es decir, desde la coordinación, la función primordial es poner el lugar en marcha todos los días, abriendo sus puertas, haciendo que los talleres funcionen y haciéndose cargo de todo lo que demande las actividades. Es todo un engranaje que implica la toma de decisiones que competen la organización de los talleres, del día a día, y la grilla de actividades.

Así busca poder indagar constantemente sobre las diferentes manifestaciones y significaciones que se expresan en los espacios colectivos de la institución, es decir, poder abordar lo individual desde lo grupal, captando como el entorno influye en el sujeto y sus acciones. En el marco de los diversos espacios de la institución, donde se presentan rasgos particulares, no se puede dejar exento el ámbito cotidiano en el que se desarrolla la intervención profesional del Trabajo Social.

Por lo tanto, el Trabajador Social, en su intervención, se “encuentra” con demandas atravesadas por las determinaciones propias de la cotidianidad, entendiéndola como un ámbito de ideas, valores, significados, sujetos al mundo histórico y social. Rosana Reguillo (2000) define a la cotidianidad “*como el tejido de tiempos y espacios que garantizan la existencia de un orden construido.*” La vida cotidiana es centralmente el escenario de la reproducción social que se encuentra atravesado por un momento específico y una cultura particular, refiriéndonos a la vida cotidiana como un factor histórico, que no puede separarse al margen de las estructuras sociales que produce.

Entendemos que no hay posibilidad de trabajar con la locura si no es a partir del lazo social y de cómo ese lazo se inserta en la cultura. Freud (1991) en su texto “El malestar de la Cultura”, plantea que tres son las fuentes del sufrimiento humano: el poder de la naturaleza y la caducidad de nuestro cuerpo, que son inevitables. Y la tercera, que es nuestra insuficiencia para regular las relaciones sociales que nos genera una hostilidad hacia lo cultural. Entendiendo a tal, como una suma de producciones que nos diferencian de los animales y que sirve a dos fines: proteger al hombre de la naturaleza, y regular sus mutuas relaciones sociales. Para esto último el hombre debió pasar del poderío de una sola voluntad tirana al poder de todo, es decir, al poder de la comunidad. Freud examinó sobre qué factores hacen al origen de la cultura, detalla que el hombre primitivo comprendió que para poder sobrevivir se debía organizar con otros seres humanos, de la familia primitiva se pasó a la alianza fraternal, donde las restricciones mutuas permitieron la instauración de un nuevo orden social, más poderoso que el individuo aislado, buscando

unir a la comunidad con lazos más fuertes que los derivados de la necesidad de organizarse para sobrevivir. Pero volvemos a ver en el término lazo social o resocializar factores que se encuentran ocultos o bien no se manifiestan tan abiertamente como todo lo que afecta los intereses capitalistas.

Resocializar es “mostrar la desigualdad social que subyace a los procesos de salud, enfermedad y atención, pero también destacar el papel de las hegemonías en la construcción de doctrinas generadoras de la ilusión de consenso cuando, en los hechos, impera el conflicto y la inequidad”. (Martínez-Hernández 2010: 67). Por ello es imperioso pensar al usuario como sujeto que debe realizar modificaciones pero no aisladas y en soledad, no se espera un sujeto rehabilitado sino una modificación compartida por ese mundo continente y por la persona que se ha expulsado por su padecimiento.

En línea con los conceptos vertidos se ve como en los espacios colectivos del Gomecito se busca la restitución de lazos sociales como una forma de relación social mediada por la cultura, el lenguaje y la historia. El lazo social es un lenguaje, posee un orden, pautas, formas y múltiples subjetividades. El lazo social está allí, nos precede, desde la historia y los mandatos sociales. Desde papeles, guiones, pre escritos y significados, desde una estrecha relación entre cada actor social el escenario de intervención y sus componentes. Es también un observable de la interacción, las relaciones sociales informales y la vida cotidiana. El lazo social es, de esta manera, un mecanismo atravesado por lo simbólico, que da cuenta de la relación entre sujeto y mundo social, es singular y está compuesto por elementos materiales y múltiples significaciones que se hace necesario en la construcción de subjetividad, dado que actúa como mediador en la construcción de diferentes sistemas de significados y valores que nos hacen sujetos.

“El Gomecito” ofrece una grilla de talleres amplia y variada en sus actividades y propuestas, la misma tiene la función de ser el instrumento que intenta cumplir con los objetivos mencionados anteriormente. Pero para ello tuvo que haber previamente una serie de acuerdos del orden de lo ideológico, compartir acuerdos como por ejemplo y sustancialmente quien es el sujeto de intervención y cuál es la construcción que se persigue en la relación equipo de trabajo y los usuarios.

La complejidad de la intervención suma a las particularidades ya referidas el hecho de que en la diversidad de su propuesta, el equipo se compone por personas con saberes disciplinares y no disciplinares, El equipo de trabajo está integrado por los talleristas, quienes sostienen los espacios. Entre ellos, una Musicoterapeuta, una Lic. en Comunicación Social, un profesor de Educación Física, la tallerista de papel y cerámica,

una profesora de Yoga, una trabajadora social que está como profesora de panificación, una terapeuta ocupacional y una psicóloga. Es justamente esta diversidad la que remite inmediatamente a pensar en un trabajo interdisciplinario entendiendo la interdisciplina como“(…) 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 inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (Stolkiner, 2005:1).

A partir de esta definición y como ya se ha planteado en infinidad de oportunidades surge la duda y nos pone en tensión si lo que ocurre al interior del Gomecito es un trabajo interdisciplinario o multidisciplinar; ya que la interdisciplina presupone la multidisciplina, esta última, se entiende como *“el esfuerzo indagatorio convergente de varias disciplinas diferentes hacia el abordaje de un mismo problema o situación a dilucidar”* (Sotolongo Codina y Delgazo Luiz, 2006:66). La interdisciplina, a diferencia de la anterior, persigue el objetivo de obtener “cuotas de saber” acerca de un nuevo objeto de estudio, diferente a los que pudieran estar previamente delimitados disciplinaria o incluso multidisciplinariamente.

En este sentido, para lograr una atención integral, tanto las instituciones como los/as diferentes profesionales, deben trabajar en equipo, fortaleciendo la comunicación, el diálogo, la planificación en todo su conjunto y el intercambio de miradas, poniendo en marcha una real inter disciplina y no un mero trabajo multidisciplinario.

Por ello el campo de la salud mental presenta una dificultad que es la prevalencia que tuvo y que al parecer sigue queriendo mantener la psiquiatría. Actualmente y ante la necesidad de plasmar un verdadero cambio paradigmático se reconoce que “Cada campo profesional implica un posicionamiento y un marco de referencia y, como tal, 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 para consolidarse en su pretensión de abordar, explicar, tratar...” (Martínez-Hernández, Correa-Urquiza, 2017:270)

La historia del campo y ciertas prácticas que se llevaron a cabo en su interior muestran cómo se fueron naturalizando abusos de aislamiento, farmacológico y hasta físico, pero para ello cabe destacar que no solo fue una cuestión de escalas de saberes o de estatus quo, sino una sinrazón de índole de meritocracia inversa.

Por eso se vuelve a destacar como imperiosa la necesidad de la interdisciplina, entender que un cambio que se arraigue con fundamentos fuertes a la sociedad necesita de una red que vaya atrapando y convenciendo a todos de las transformaciones.

Desde la salud mental colectiva se plantea que para la misma crezca y se fortalezca hay que pensar en cuatro conceptos básicos (lo cual no significa que sean únicos y el listado se restrinja de aquí en más, todo lo contrario es una invitación para seguir aportando a las mutaciones), a saber: permeabilidad, lateralidad, reciprocidad, y singularidad.

Pensar en permeabilidad es acordar que “la salud colectiva no implica la adopción de un marco teórico de referencia exclusivo y excluyente”(Liborio, 2013;139) ya que todas las disciplinas son incompletas y permeables carentes de límites rigurosos, cada área del saber no puede estar separada de otra por muros que la delimiten y le den dentro de esas paredes exclusividad, el campo profesional, propone, es un marco de referencia para encontrarse con otros conocimientos en virtud de la complejidad de lo que se aborda asumiendo la incompletud del saber.

La lateralidad implica asumir esa permeabilidad y a su vez tener una mirada de asombro para actuar por fuera de lo dado, en referencia Canetti nos dice: “No hay uniformidad en el verdadero saber. Todos los auténticos saltos se realizan lateralmente, como los saltos del caballo en el ajedrez. Lo que se desarrolla en línea recta y es predecible resulta irrelevante. Lo decisivo es el saber torcido, y sobre todo, lateral” (Canetti 1994:155)

Por su parte la reciprocidad, como cualquier relación social, no es algo ajeno o externo al sujeto, sino una urdimbre que lo constituye, lo subjetiviza, lo “sujeta” a un mundo, pues le dota de entidad e identidad. La reciprocidad puede producirse entre iguales o entre individuos con posiciones asimétricas, como aquellas que se establecen entre sistemas expertos y profanos; puede implicar ayuda mutua u otro tipo de transacciones; puede ser una reciprocidad generalizada o particular entre dos individuos; incluso puede hablarse de reciprocidad negativa, pero siempre reconoce a los sujetos de la relación, ya que habitualmente es más importante el sujeto-otro del vínculo (quién es) que la materialidad específica de la transacción (qué es). En esto se diferencia de otros tipos de relación sociales, como es la de consumidor-mercancía, en la cual lo que se prioriza es la materialidad de la transacción (la mercancía) frente a la identidad de los sujetos, que se desdibuja. (Angel Martínez-Hernández Martín Correa-Urquiza, 2017:275).

La reciprocidad entonces legitimara, dará existencia a ese otro y lo hace partícipe del juego social, les permite ser “alguien”.

Por último se hace referencia al concepto de singularidad, a lo que le es propio a cada sujeto para así y desarmando esa construcción que históricamente lo cosifico, lo silenció y lo tuvo al margen, incorporarlo en un colectivo, un colectivo que no puede pensarse sin lo singular. En síntesis dar importancia a aquello que diferencia a cada sujeto pero no para excluirlo sino para incluirlo a un colectivo donde recupere su autonomía y le devuelva su existencia desapropiada.

Puesta en marcha del centro cultural: los diversos talleres y grilla de actividades

Poner en funcionamiento el Centro Cultural implica la suma de diferentes factores; a la decisión política es necesario sumarle el instrumental como aquello que se interpone entre el sujeto y el objeto de trabajo. En este sentido, tanto la técnica como el instrumento funcionan como mediaciones. Las técnicas son “un conjunto de habilidades y procedimientos regidos por una serie de reglas para llegar a determinado fin” (Travi: 2006:42)

Las diferentes actividades se realizan a través de talleres abiertos al público, siendo la mayoría de estos por la mañana y en el mismo Centro Cultural con las excepciones del Taller de Panificación que es el único taller cerrado, es decir, que cuenta con cupos limitados para la participación (ya que se trabaja en un espacio muy reducido y con elementos cortantes). Tanto el Taller de Radio como la Feria se sostienen por fuera de las instalaciones del Centro Cultural; el primero, en “aire libre”, y el segundo, en la Plaza San Martín.

Estos talleres grupales remiten al concepto vertido por Enrique Pichón Riviere quien define al grupo a partir del desarrollo de un proceso de enseñanza-aprendizaje con la modalidad de grupos operativos donde el sujeto es el protagonista. Este autor, considera al grupo en un ámbito operativo e introduce como distinto a otras teorías o concepciones la noción de tarea, definiéndolo como “un conjunto restringido de personas que ligadas por una constante de tiempo y espacio y articuladas por una mutua representación interna, se proponen en forma explícita o implícita una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de Asunción y adjudicación de roles”. Lo significativo en este escenario grupal es el sujeto y su acontecer puesto que al situarse en el grupo se relaciona a través de la interacción y el vínculo, logrando de esta manera la construcción de un aprendizaje.

Podemos destacar cómo el número de participantes va variando de acuerdo a los quehaceres de los usuarios, sus intereses, estados anímicos, permisos y demás. También, la importancia y el peso que tienen estos espacios donde les permite, no solo aprender y enseñar, sino que se brinda un lugar de encuentro, de socialización con el otro, por fuera del hospital dando lugar a la construcción de lazos y vínculos. Por ejemplo, en el Taller Verde particularmente, al estar al aire libre y trabajando informalmente sobre una mesa compartiendo el mate, se improvisa un tentempié donde se da lugar a compartir el mate y en algunas ocasiones se hace una recolección mínima de dinero entre todos para

comprar algunas galletitas y compartir una merienda. Este espacio, que se nos aparece como instituyente de un taller determinado, abre a conversaciones donde los usuarios comparten experiencias, sentimientos, inquietudes personales, interrogantes y conocimientos, como así también la vida cotidiana, en el margen de la construcción de un vínculo de confianza y asimilación con el otro.

En dicho espacio también se nos dio lugar a detenernos a pensar y cuestionar el tema de los límites, cómo marcarlos como futuras profesionales, aquello que es ‘lo apropiado’ y lo que no, cuáles llegan a ser los conceptos y prenociones que se ponen en juego, de qué manera se manifiestan, cómo lograr poner y/o ubicar al sujeto de manera pasiva o lograr darle la connotación y participación requerida frente a determinada situación, etc. Que luego dio lugar a seguir trabajándolo de manera colectiva en los espacios de supervisión académica.

En la grilla ofrecida nos encontramos también con el espacio de Radio Abierta desarrollado por la mañana de los jueves en “Bancate la pelusa” y los miércoles por la tarde sale al aire desde la FM el programa “Tardes Nuestras”. El coordinador de los mismos espacios es el musicoterapeuta Ignacio Blacona, quien también lleva adelante la Revista del Gomecito, los micros de “Pastillas surtido masticable” y otras realizaciones audiovisuales. En todos ellos podemos observar como los usuarios son protagonistas, adquieren valor y relevancia sus aptitudes personales, se las destaca valora todo el tiempo, toman la palabra, se articula de manera variada la posibilidad de que los mismos plasmen sus opiniones y concepciones sobre diversos temas para ponerlos en debate. Particularmente, en los últimos cortos del programa “Pastillas surtido masticable” (<https://www.youtube.com/watch?v=BhmBjOkBb0U>), es incluida la opinión de diferentes personas sean usuarios o no de salud mental. Así, empieza un juego interesante que nos pone en tensión y nos hace reflexionar, casi automáticamente uno comienza a querer separar y distinguir quienes son *unos y otros*.

También participamos en el espacio de Infusiones Culturales que se lleva adelante una vez al mes, el mismo busca generar y crear un lugar de encuentro entre los usuarios, los profesionales que comparten las diferentes actividades semanales y el público en general, siendo una actividad “abierta a la comunidad”, es decir, que cualquiera que quiera puede participar. La jornada consta de compartir una tarde distinta, donde se sirve una merienda y se disfruta de variadas presentaciones de artistas locales que son invitados previamente por el equipo, lo que requiere de una organización de agenda mensual. El clima es más bien festivo y celebrativo, por lo tanto el espacio se presta principalmente

para el compartir, el descanso y disfrute, donde se disfruta de la música, cantos o bailes. Con una lógica parecida se enmarcan los ensayos diferentes, donde se predispone el lugar para hacer uso una sala de ensayo con la particularidad que se permite que los usuarios se sumen a participar y aprender.

A lo largo del trabajo de campo hemos participado en los primeros meses del taller de percusión, actividad abierta a la comunidad, que se llevaba a cabo los días miércoles de 14.30 hs a 16:00hs. El espacio constaba de la utilización de diferentes tipos de instrumentos, conocer y aprender la historia de los mismos, sus notas, claves, y poder apreciar su música. Al llegar se permitía escoger el instrumento que se deseaba tocar durante clase, lo que brindaba una dinámica participativa y didáctica entre el tallerista y los participantes.

Realizando una lectura más en profundidad pudimos visualizar, que al ser la convocatoria abierta a la comunidad se permitió que en las primeras clases asistan un número importante de personas que se encontraban por fuera de cualquier relación o vínculo con los manicomios, o que hasta incluso desconocían del funcionamiento del Centro Cultural. Esto se fue modificando en el transcurso de las clases quedando solo un participante de los seis que asistían aproximadamente, generándonos el vestigio de creer que es la misma sociedad la que no está preparada para compartir estos espacios ni muchos menos pensar en la apertura y externación de los usuarios.

Esto repercute en la decisión de cerrar el taller por parte de la Dirección de Cultura quien dirige y coordina la organización general de los talleres en Rosario, y asigna talleristas para los espacios. La argumentación de este hecho se basó en que era el lugar que menos convocatoria tuvo. Fue así que pudimos notar que el cierre del mismo dejó un vacío e incertidumbre en el resto de los participantes que asistían, ya que lo manifestaron de diferentes maneras. Principalmente invitando a sus compañeros a participar para evitar que no se lleva el cierre de manera definitiva del taller.

Si bien quedo esa sensación de negativa o desaliento, cabe mencionar que en el cierre del mismo se dio lugar a una muestra donde se compartió con el público todo lo aprendido hasta ese entonces, se compartió un baile y un cálido y festivo clima que finalizó con una infusión y brindis entre los participantes.

Por último queríamos referirnos a la posibilidad que se nos brindó de participar en la Asamblea de usuarios/as de salud mental por sus derechos, si bien este espacio nace al interior del centro cultural, ya no funciona más en él. Su posicionamiento y su autodefinición como minoría política, tiene su objetivo central en la búsqueda de

reconocimiento y acceso a los derechos básicos de los usuarios de salud mental, teniendo como ejes centrales para alcanzar dicho fin temáticas que debaten y problematizan en su reunión semanal de los días lunes en el Centro Cultural “La Toma”.

Estas discusiones atraviesan diferentes temáticas que van desde el acceso a la vivienda, o al trabajo como así también violencia institucional, necesidad de los órganos de contralor, etc. Allí analizan la realidad actual que atraviesan haciendo hincapié en la necesidad de su inclusión, hecho que no es posible sin las modificaciones que reclaman.

CAPITULO 4

DESMANICOMIALIZACION Y TRABAJO SOCIAL

La intervención profesional en un proceso inagotable de (re)invención

“una cuerda de guitarra para emitir un sonido necesita de dos elementos que la ejecuten: el dedo que se posa en el traste y el dedo que rasga la cuerda. No son las manos las hacedoras del sonido, el sonido sale de la cuerda misma. El tipo de sonido, la combinación, varía de acuerdo al ejecutor pero la cuerda sigue inmutable y siendo la misma. Del mismo modo, podemos aseverar que el lazo social es como una cuerda que permite la articulación de algún sonido cuando está frente a dos continentes que lo ejecutan”. Carlos Marchevsky, 2013. “Encrucijadas del Trabajo Social: lazo social 2”

Como ya se ha mencionado la intervención llevada a cabo en este espacio está basada en el hecho fundamental de entender a las personas que asisten al Centro Cultural como un sujeto de derecho, este cambio en principio simple, sólo nominal, marca toda una modificación en el trato y en la concepción que dominaba el campo anteriormente, hoy nos referimos a los usuarios/as ya no a meros pacientes, esta nueva definición conlleva una serie de derechos reglamentados legalmente.

Pero plasmar estas conceptos en hechos y que no queden solo en acciones implica modificar un proceso histórico donde no se puede desatender la hegemonía que ejerció y que continúa pretendiendo ejercer una parte de los profesionales de la psiquiatría, deconstruir una historia de centralidad y de “unicato” ha configurado un campo de tensión donde la necesidad de atender al sujeto en su realidad compleja fue incorporando profesionales de otras áreas y así se fueron sumando al mismo psicólogos y en lo que nos incumbe particularmente, trabajadores sociales, apelando a equipos interdisciplinarios, donde cada uno de estos profesionales aporte su saber específico, su estrategia, su metodología, de esta manera se abandona el lugar de “asistente” que revestían el resto de las profesiones con respecto a la psiquiatría en el campo de la salud mental.

Estas disputas que muestran las desavenencias por la supremacía de teoría o práctica, supremacía que como ya se ha manifestado es inexistente ya que ambas se necesitan y se retroalimentan remiten a lo manifestado por C. Montaña “No se debe despreciar la actividad del "profesional de campo" por considerarla limitada teóricamente, ni se debe deslegitimar las elaboraciones teóricas de un "profesional académico" acusándolo de no estar sostenidas en la experiencia práctica. Este enfrentamiento mutuo trajo experiencias nocivas al Servicio Social, reproduciendo la lógica positivista de su génesis, donde la

producción de conocimiento es cuestión de las "ciencias" y al asistente social corresponde su aplicación en la práctica (Montaño, 2000:143).

Sin dudas un posicionamiento que exige que para realizar una atención íntegra, tanto las instituciones como los diferentes profesionales deben trabajar en equipo, fortaleciendo la comunicación, el dialogo, la planificación en todo su conjunto y el intercambio de miradas, para que así se garanticen la existencia de estos derechos, que solo se logra a través de la puesta en marcha de una real interdisciplina y no un mero trabajo multidisciplinario.

Actualmente no se ubica a la persona usuario/a en un lugar pasivo, la toma de decisiones acerca de las acciones a llevarse adelante en el tratamiento no es solo una posibilidad sino su derecho. Por lo que sería adecuado hablar también de sujetos de derecho, de usuarios, e inclusive llegar al ideal de utilizar sus nombres.

Lo expresado queda reafirmado en el capítulo 1º “Derechos y garantías” de la ley Nacional de Salud Mental 26657:

“ARTICULO 1º — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.”

Afortunadamente pudimos visualizar, a partir de la participación en las reuniones de equipo, cómo todos los profesionales del Gomecito se esfuerzan en fortalecer y trabajar sobre éstos lineamientos, ya que mensualmente generan este espacio de encuentro y reflexión que da lugar a una relación horizontal de poder y con voluntades compartidas de resolver las posibles diferencias de criterios y de intervención, buscando darle al usuario una respuesta única del equipo y no la suma de miradas, lo que se manifiesta tanto en las pautas de convivencia, así también como en determinadas conductas a seguir dentro del establecimiento: horarios de utilización de la computadora, la diferenciación del sector fumador, el cuidado de los servicios disponibles y la limpieza después de su utilización, etc.

A lo largo este proceso de inserción y aprendizaje tuvimos en principio, una gran dificultad para situar el Trabajo social y su intervención en este centro de práctica. Fue a través de numerosas y largas charlas con nuestra tutora Lic. En Trabajo Social Laura Coll

que pudimos ir desmenuzando el rol que ocupa el Trabajador Social en ese ámbito. Si bien ella ocupa un lugar en el equipo de coordinación, que podría corresponder a cualquier otra disciplina, resalta que uno lleva la especificidad de la profesión al trabajo que desempeña. Explicación que remite al concepto de intervención profesional de Susana Cazzaniga, entendiendo a la misma como *“una acción con sentido (...) una puesta en acto de una estrategia que intenta dar respuesta a demandas que, en términos de problemáticas, interpelan la presencia de la profesión”* (Cazzaniga, 1997:26).

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.

Respecto a esto, el Trabajo Social no solo se encuentra con un desafío personal al intentar definir su posicionamiento teórico y metodológico de intervención en esta nueva área que es la “Coordinación” en un espacio que funciona como dispositivo, sino que también la profesión se encuentra en un constante conflicto de intervención, teniendo en cuenta que la misma se desarrolla en un ámbito tensionado por los diferentes sujetos.

Por un lado, el campo institucional (campo de tensión), y el de las demandas (de presión). Lo que se busca en este sentido, es poder romper con las tensiones y dificultades de este campo de luchas entre los dominantes y dominados, buscar “estar en el medio”, un medio tensionado. Busca ser funcional (intervenir de una manera no reproductiva). Y para ello, creemos fundamental destacar la necesidad de brindar y trabajar con nuevas estrategias y técnicas de intervención que se enmarquen en esta nueva lógica y en estos nuevos espacios.

Cabe resaltar que el Trabajo Social ha sido dueño de ciertas prácticas tradicionales atravesadas por su procedencia de origen, por los formatos institucionales dominantes y por trabajar con sectores populares con un contexto determinado, legado que le cuesta aún desprenderse, por lo que quedó dentro de la profesión en el propio imaginario colectivo y en el de otras profesiones. Hablando así del reduccionismo del Trabajo Social con los sectores pobres y excluidos del sistema capitalista, o centrando principalmente en la asistencia más que en la posibilidad de rehabilitación terapéutica en el campo de salud mental.

Como bien se mencionó anteriormente donde los objetivos no los encontramos en el tratamiento o la asistencia tradicional, sino en los aportes que se dan a través de la escucha y la circulación de la palabra en la construcción del vínculo, del lazo social con el otro. Donde el Trabajador Social busca poder indagar constantemente sobre las diferentes manifestaciones y significaciones que se expresan en los espacios colectivos de la Institución, es decir, poder abordar lo individual desde lo grupal, captando como el entorno influye en el sujeto y sus acciones.

En el marco de los diversos espacios de la Institución, donde se presentan rasgos particulares, no se puede dejar exento el ámbito cotidiano en el que se desarrolla la intervención profesional del Trabajo Social. Por lo tanto, lo que aparece al profesional en su intervención, son demandas atravesadas por las determinaciones propias de la cotidianeidad, entendiéndola como un ámbito de ideas, valores, significados, sujetos al mundo histórico y social.

Históricamente se ha respondido a atender al “enfermo” de la familia aislándola de ella, aumentando la fragilidad social, desapropiándolo de todas las redes vinculares existentes y no posibilitando otras. Modelo instituido que rigió durante décadas y del cual es harto dificultoso salir. Aunque como resultados de luchas y nuevas conquistas en este ámbito, como lo es en el caso de la nueva ley de salud mental, entre otras, podemos decir que ya hay nuevas lecturas que pueden comprender la complejidad del tema y se animan a dar nuevas respuestas a estas históricas demandas. Es de suma importancia explorar sobre estos saberes para extraer las herramientas necesarias para el análisis de estas situaciones concretas que aparecen en las prácticas institucionales.

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 estén 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 *¿Qué abrir para cerrar?* Donde constantemente se crean, construyen y reconstruyen el instrumental técnico de la intervención dentro de la practica 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.

La intervención en lo social, atenta al lazo social y al contexto, puso en primer lugar tres ejes fundamentales: la mirada, la palabra y la escucha, en palabras de Carballada. Ejes sin los cuales no podría, según mi criterio, haber intervención posible. Para finalizar, entiendo que el lazo social es independiente de los ejecutores tal como la cuerda lo es de los dedos. No habrá sonido sin dedos, no habrá lazo sin sujetos, pero eso no inhibe la existencia ni de la cuerda ni del sujeto.

REFLEXIONES FINALES

Entendiendo que los problemas comprendidos en el campo de la Salud Mental pertenecen enteramente a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas, aun cuando la naturaleza biológica de los hombres esté comprometida y participe en estas relaciones, los valores salud y enfermedad mental, tanto en los individuos como en los grupos humanos, los modos técnicos en que son abordados y los saberes que se ponen en juego requieren de una referencia a la realidad social, recortan en ella un sector de la problemática subjetiva conformando una disciplina que instaura y regula el conjunto de prácticas ligadas a ese sector.

Como se vino enunciando hasta aquí el campo de la Salud Mental ha atravesado una serie de cambios tanto estructurales como formales que han evidenciado procesos de lucha. Hoy y en la diversidad de respuestas que se tornan imprescindibles para dar satisfacción a la demanda, es totalmente impensable un equipo de trabajo interdisciplinario sin un/a Trabajado/a Social.

En el caso específico del dispositivo que nos convoca Centro Cultural el “Gomecito” esta imprescindibilidad queda plasmada en la búsqueda incesante de propuestas alternativas a la lógica manicomializadora, más allá de que ciertas tareas llevadas a cabo se tornaron controversiales, no es la finalidad de este trabajo hacer un juicio de valor de las mismas.

Como se mencionara anteriormente, el proceso de las prácticas pre-profesionales coincide con el cierre del acceso directo del Centro Cultural con el sector de internación, hecho significativo donde se logró alcanzar una realidad que el equipo de coordinación del Gomecito aspiraba como meta, (quizás este haya sido el acontecimiento más debatido y criticado que realizó la coordinación SEPARATISTA) Esta acción pudo realizarse merced a la independencia relativa que le brindó la declaración del espacio como un Dispositivo alternativo de la lógica manicomial dependiente de la Dirección de salud mental de la Provincia.

En la normativa provincial vigente Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772/91 en su artículo 1: Toda persona que padeciera sufrimiento por, o en su salud mental tiene derecho a solicitar y recibir tratamiento. El mismo deberá ser prescripto y conducido por profesionales de la salud mental legalmente habilitados, y estará orientado hacia la curación, la recuperación y rehabilitación.

Entre las alternativas más idóneas, se evitarán aquellas que pudieran ocasionar algún daño a la salud, privilegiándose las que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social. Las personas tienen derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo los casos en que así lo disponga la autoridad judicial en la forma prevista en la Ley. Se refleja así la necesidad de que en el proceso de atención de la salud mental se deben privilegiar los ámbitos extra hospitalarios y todo tipo de alternativas que menos restrinjan la libertad de los pacientes y la conservación de sus lazos familiares y sociales.

Esta es una de las fundamentaciones que dio origen a la re categorización del Centro Cultural; dicho acontecimiento ha generado una serie de cambios que produjeron nuevos movimientos y caminos por dentro de la institución, aunque no significó una ruptura total las relaciones de dependencia/independencia que mantiene el Centro Cultural con el Hospital, esto queda plasmado en ciertos hechos que ponen luces y sombras a dicha resolución. Por ejemplo, podemos citar que el primero carece de personal de mantenimiento necesitando que esas tareas se realicen con personal del Hospital. Otro hecho a destacar es la irregularidad de las partidas presupuestarias que no permiten una programación. Otro ejemplo es que los profesionales del Gomecito sigan marcando su asistencia, ingreso y retiro horario en dicho Hospital.

Estas situaciones que se han ejemplificado nos hacen pensar en la autonomía relativa de los profesionales, y en particular de trabajo social, como lo manifiesta Marilda Iamamoto (1998) “La autonomía relativa de la que dispone el Asistente Social deriva de su propia naturaleza de ese tipo de especialización de trabajo: actúa con individuos sociales – y no con cosas inertes-, disponiendo de una interferencia, en la reproducción material y social de la fuerza de trabajo a través de la prestación de los servicios sociales. Predominantemente su trabajo se sitúa en el campo político-ideológico: el profesional es requerido para ejercer funciones de control social y de reproducción de la ideología dominante con los sectores subalternos, siendo que su campo de trabajo se encuentra atravesado por tensiones e intereses de clases. La posibilidad de reorientar el sentido de sus acciones para rumbos sociales distintos de aquellos esperados por sus empleadores (...) deriva del propio carácter contradictorio de las relaciones sociales que estructuran la sociedad burguesa” (Iamamoto, 1998: 120), que aun pudiendo delinear sus acciones deben hacerlo, en su calidad de asalariados, respondiendo al esquema que marca la institución a la cual pertenecen, lo que se ve agravado en este caso particular por esta doble dependencia.

Por otro lado, no podemos dejar de situarnos en la realidad actual de las instituciones relacionadas a la Salud Mental. Este proceso instituyente de cambio paradigmático coloca el campo en una situación de permanente tensión y lucha de los diferentes actores. Realidad que afecta la vida cotidiana del Centro Cultural.

A nivel más “macro” de la política de Salud Mental podemos ver y notar una fuerte ausencia de lineamiento claro de la Dirección Provincial en torno a los dispositivos alternativos en particular y en relación a sus objetivos en general. No vemos un plan de trabajo que sirva de columna vertebral para las actividades diversas de cada uno de ellos.

Pareciese así, que se invierte la función a modo más global, porque son estos dispositivos alternativos los que elaboran las diferentes líneas de acción para alcanzar sus metas más particulares. Estos actos individuales son sumados y reunidos en un gran conjunto por la Dirección haciendo de esta sumatoria su política de salud. Tampoco se ha modificado el presupuesto que recibe la Dirección de salud mental, el aumento de espacios que dependen de la misma no lleva su correlación en un aumento presupuestario para el área, manteniéndose los valores que recibía del gobierno Provincial con anterioridad. Así los paraguas de protección y tranquilidad que deberían ser otorgados se desdibujan, quedando como único paraguas y herramienta la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en donde se propone el cierre del manicomio.

Esta realidad provincial y local se encuentra enmarcada por el cambio de Gobierno a nivel Nacional en diciembre del año pasado, lo que comenzó a sembrar incertidumbres en cuando disminución del número de camas de internación, que se tradujo en un considerable aumento de camas en clínicas privadas. En este sentido, el sector de las prepagas fue uno de los más favorecidos y esto se refleja, no solo en la salud mental sino en toda la asistencia sanitaria brindada, con una notable disminución de la cobertura que el sistema público ofrece y un florecimiento del sub-sector privado. Las camas reducidas no fueron suplantadas por dispositivos intermedios como propone la ley, ni remplazadas por una política habitacional que acompañe el alta del manicomiales. Este temor se fundamenta en el nombramiento del Psiquiatra Andy Blake como director de la Secretaría Nacional de Salud Mental y Adicciones, ya que él se había opuesto de manera abierta a la promulgación de la Ley de Salud Mental. Anteriormente había ocupado el cargo de coordinador de Redes integradas de Salud Mental de la gestión macrista en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el transcurso de dicha gestión se lleva a cabo la represión del el 26 de abril de 2013, con la consecuente entrada de la Policía Metropolitana al

Hospital Borda y la agresión a usuarios, familiares y trabajadores que buscaban defender del desalojo a los talleres integrados de carpintería.

No hay que dejar de recordar que esta gestión, de la cual Blake fue parte como funcionario público, vetó la creación del Órgano de Revisión (OR) en CABA. Según la ley 26.657 este órgano es el encargado, entre otras funciones, de evaluar las condiciones en las que se realizan los tratamientos, supervisar las condiciones de internación, requerir intervención judicial de caso necesario, detectar irregularidades, realizar propuestas que busquen garantizar los derechos de los usuarios y controlar el cumplimiento de la presente ley. En otras palabras el OR debería ser el encargado de velar por los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental.

En la misma línea, durante el 2015 se eliminó la residencia de salud mental y se cambió su denominación por psicología y psiquiatría, yendo en contra del espíritu impulsado por la ley y favoreciendo una fragmentación de la formación en las residencias. En nuestra ciudad, este nombramiento, despertó una luz de alerta y no tardó la sociedad civil en organizarse, con esta finalidad se conformó el movimiento de trabajadores y usuarios en defensa de la ley de salud mental. Más aún si tenemos en cuenta las dificultades que se presentan en la atención de salud mental en polivalentes que sigue concentrando y fomentando más líneas a modo de barreras que facilitadores.

Este movimiento cuenta con la participación tanto de trabajadores como de usuarios. Estos últimos, a su vez, se encuentran participando desde hace tiempo de la asamblea de usuarios y no usuarios por sus derechos, asamblea con un vasto recorrido que realiza acciones de difusión y concientización, también hace trabajos de vigilancia y denuncia en casos de violación de derechos. Estas actividades fueron reconocidas por la Dirección Provincial de Salud Mental que en su proyecto de órgano de revisión tiene contemplada la incorporación de representantes de los usuarios, también ha sido propuesta la participación en un ente fiscalizador que lleva adelante auditorías.

Cabe destacar que trabajadores muestran tensiones internas al tener que confrontar con esta nueva realidad. El discurso de cierre del monovalente sin una explicación sobre las necesidades de nuevas alternativas hace temer por la continuidad del empleo. Otro ingrediente que entra a tomar peso es la cuestión gremial y las diferentes representaciones de estos trabajadores agremiados a ATE o UPCN.

Frente a esta realidad nos vuelven de manera recurrente los interrogantes centrales de la intencionalidad del trabajo social el por qué y para que se llevan a cabo determinadas

acciones, sin dejar de posar nuestra mirada en el compromiso ético político como sostén de las estrategias.

Finalmente, y no como un dato menor sino todo lo contrario, observamos la resistencia que ofrece la sociedad al cierre del manicomio que sigue viendo al loco como peligroso.

Es a partir de todos estos lineamientos a nivel más macro de la política de Salud Mental, donde nos surgen determinadas cuestiones a modo de interrogantes, que por momentos nos opacan y nos hacen dejar de lado el acontecer cotidiano del Centro Cultural. Si bien consideramos que estos debates son definitivamente necesarios y que hacen de la vida general de dicho campo, creemos que no podemos olvidar discursos ni análisis críticos sobre todo lo que se nos aparece y presenta en nuestras prácticas más particulares.

En lo que respecta al taller, es posible entenderlo como un espacio de intervención y aprendizaje, como un tiempo y un espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización. En ellos se busca articular el hacer con el sentir, para producir de esta manera diferentes aprendizajes. En este aspecto, se entiende por aprender, al proceso que lleva a todo sujeto a preguntar, indagar, investigar la realidad, y que le posibilita tomarla para producir las modificaciones en ella, al mismo tiempo que se realizan en el mismo sujeto. Así, ese transitar por las diferentes experiencias, lo lleva a ratificar o rectificar modelos apprehendidos, actitudes y comportamientos.

También se movilizan las estructuras personales, rompiendo con los estereotipos que no ayudan a crecer. Todo aprendizaje parte de una experiencia previa y de una red de interacciones, que en el taller se ponen de manifiesto; por lo tanto éste se puede convertir en un lugar de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación, y por ende un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos.

Del recorrido que hemos realizado nos es propio rescatar, a modo de reflexiones finales una serie de aportes que esta experiencia nos ha dejado tanto a nuestra trayectoria académica y como a nuestra futura inserción laboral. La necesidad del profesional de poseer ciertas herramientas teórico metodológico que puedan ser articuladas y puestas en juego a la hora de intervenir. En este caso hablamos de poder manejar con facilidad elementos que nos han dejado autores de la psicología social, y la pedagogía entre otros. El trabajador social ocupa, además de otros, cierto lugar de educador, y nosotros como

estudiantes apostamos, a un educador popular en términos freirianos. Abrir a los sujetos con los que se trabaja, nuevas posibilidades, de emancipación y libertad.

La libertad no es una libertad absoluta para aquellos usuarios del Hospital Agudo Ávila. No es la única arista posible para este concepto. Hablamos aquí de libertades, de decidir de qué modo transitar su encierro, de expresar sus malestares y deseos. Libertad de vincularse con otros, poseer una autoestima sana, y ser reconocido por el equipo de trabajo y por sus compañeros de grupo. No en vano, tantos autores y docentes han rescatado la importancia del grupo.

La ponderamos en medio de un contexto, que se nos presenta negativo, pero que intentamos, sea, aunque sea un poco, positivo su tránsito. Entonces, aprovechemos ese encierro para dar una contrapartida desde el Centro Cultural a un lugar de encuentro, un espacio de múltiples representaciones, y roles. Un campo para este interjuego de adjudicación y asunción de roles.

Todos estos elementos aportan al desarrollo subjetivo del interno, y generan experiencias que marcan nuevas posibilidades y caminos. Así se presenta un nuevo desafío para nosotros como estudiantes, y futuros profesionales del Trabajo Social. Este es, la puesta en marcha de intervenciones creativas y estratégicas. Es decir, el desarrollo de una observación más aguda, que nos permita reconocer aliados dentro de una institución que presenta tantas complejidades y luchas de poder.

Además, apostamos a la apertura de nuevos espacios y caminos, en aquellos lugares que aún no fueron explorados por los trabajadores sociales en el ámbito de salud mental, el frente de una Coordinación la puesta en marcha Como lo han sido los talleres, infusiones, ferias y demás aconteceres grupales.

También y por último, lo que se ha intentado manifestar a lo largo del trabajo a modo de reflexión es que la propia existencia de los dispositivos alternativos no son en sí mismos garantía de un proceso desmanicomializador, son un elemento sustancial que cobra una importancia relevante, pero insuficiente para garantizar un cambio paradigmático. Las acciones que se llevan adelante en esos espacios se tornan escasas en contextos de falta de inclusión. Entendemos que el dispositivo es sólo un eslabón en una cadena que no lo puede tener como único elemento y donde es necesario que se incorporen , adjunten y coordinen otros que aseguren la asistencia, la autonomía y todos los derechos de los que son portadores los usuarios.

Fue a partir de situaciones particulares vividas, que podemos replantear la manera de llevar adelante nuestras prácticas, no solo intentando darle un contenido teórico a los

conceptos de límites sino también sobre aquellas limitaciones que tiene ese sujeto con el que intervenimos, poder pensar cuáles son las responsabilidades que puede o debe asumir cada uno en este juego de ida y vuelta, con qué representaciones simbólicas cuenta cada uno, entre otras.

También sostenemos que el hecho de atribuirle una responsabilidad mayor de la que no puede desarrollar ese sujeto podría ser, en ocasiones, un “arma de doble filo”. Esto volvería a situarlo en un lugar de desventaja a aquella persona que ya está vulnerada en sus derechos, y que al otorgarle una responsabilidad de dicha magnitud podría quedar relegado de ese lugar de contención que obtuvo.

En este sentido, creemos importante resaltar el concepto de ‘inmediaticidad’ que se presenta en la inserción de nuestras prácticas, entendiendo que frente a las múltiples demandas del cotidiano, se responde activamente, produciéndose una relación directa entre pensamiento y acción. Esto nos hace reflexionar que como estudiantes y también como futuras profesionales, aun las más mínimas acciones deben ser analizadas previamente. Entender que todo lo que desarrollemos en ese espacio produce un efecto en ese otro y debemos estar alertas para que los resultados se conduzcan en la dirección que teníamos planificada.

Por último, la importancia de que estas situaciones y reflexiones surgieron a posteriori de compartir una reunión de equipo con la coordinación, donde se trató de aclarar y compartir los diferentes puntos de vistas para justamente tener recaudo en cómo abordar estas cuestiones, cuál puede ser la manera más conveniente, evitando malas interpretaciones tanto de nosotras estudiantes, así como también evitar generar falsas expectativas en los usuarios/as, ya que justamente nosotras no podemos controlar lo que el otro piensa y siente, ni sus representaciones frente a determinadas situaciones. Consideramos que es nuestro deber como futuras profesionales evitar y cuidar aquellas situaciones que puedan llegar a dar lugar a una serie de confusiones, así como también aprender a resguardar nuestra privacidad, nuestra intimidad y no exponerlo al ámbito profesional.

Siguiendo con el funcionamiento de estos espacios podemos entenderlos como actividades donde se fortalece la intervención y el aprendizaje, como tiempos y espacios para la vivencia, la reflexión y la conceptualización, buscando articular el hacer con el sentir, para producir de esta manera diferentes aprendizajes. En este aspecto, se entiende por aprender, al proceso que lleva a todo sujeto a preguntar, indagar, investigar la

realidad, y que le posibilita tomarla para producir las modificaciones en ella, al mismo tiempo que se realizan en el mismo sujeto.

Así, ése transitar por las diferentes experiencias, lo lleva a rectificar modelos aprendidos, actitudes y comportamientos, donde por momentos, se movilizan las estructuras personales, rompiendo con los estereotipos que no ayudan a crecer, teniendo en cuenta que todo aprendizaje parte de una experiencia previa, de una red de interacciones que en el taller se pone de manifiesto. Por lo tanto, este se convierte en un verdadero lugar de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación, hechos y conocimientos así como también una producción social de objetos, objetos que luego son mercantilizados y que lo recaudado va a un fondo que luego es dividido por los participantes.

BIBLIOGRAFIA

- Arancibia, L. y Cáceres, Julio G. (2011) “La reflexividad como dispositivo crítico en la práctica del Trabajo Social” en Revista de Investigaciones de Intervención Social.
- Carballeda, A. “La intervención en lo social” Editorial Paidós. Buenos Aires 2002.
- Cazzaniga, S. “El abordaje desde la singularidad. Facultad de Trabajo Social” UNER (Universidad Nacional de Entre Ríos) 1997.
- Coll, Laura (2015) entrevistas realizada a la coordinadora del Centro Cultural “Gomecito”
- Compendio Histórico del Centro Regional de Salud Mental “Agudo Ávila” (2002), anónimo.
- Galende, E. (1994) “Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica”.
- Iamamoto, M. (2003) “El servicio social en la contemporaneidad: Trabajo y formación profesional”
- Freud, Sigmund (1991) “El malestar de la cultura”.
- Pichon Riviere, E. (1999) “El proceso grupal”, ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Travi, Bibiana (2013) “Notas sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje del oficio en su dimensión técnico-instrumental y la recuperación de nuestras tradiciones.”
- Villanueva, Amparo (2004) Tesina final “Trabajo y Salud mental
- Liborio, Mónica(2013) ¿ Por qué hablar de salud mental colectiva?
- Alicia Stolkiner (2012) Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas
- Angel Martínez-Hernández , Martín Correa-Urquiza (2017) Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva, revista SALUD COLECTIVA
- Rovere: (2018) <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/significado-y-sentido-de-un-ministerio-de-salud/>

- Silvana Martinez:
<https://www.facebook.com/RevistaPecado/photos/compartimos-una-reflexi%C3%B3n-de-la-dra-silvana-martinez-desde-la-mirada-deltrabajo/1794351854033999/>
- Basaglia, F. “*La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio*”, 2008.
- Bourdie, P. “Grandes pensadores del siglo XX” [Video]. Canal YouTube, 2011. Recuperado en: https://www.youtube.com/watch?v=BkO_wjL-LM
- Faleiros, V. “*Trabajo social e instituciones*”. 1986.
- Foucault, M. “*El poder psiquiátrico*”. Buenos Aires
- Galende, E. “*Consideración de la Subjetividad en Salud Mental*” 2012.
- Montaña, C. “*La naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*”.2000.
- Regullo, R. “*La clandestina centralidad de la vida cotidiana*”. 2000.
- Soriano Rojas, R. “*Capitalismo y Enfermedad*”. Mexico, Plaza y Valdéz, 1983.
- Ana Rosato y M.A. Angelino, (Coord.), *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit.* 2009
- Vallejos, Indiana. “Ni grillete atado a la pared ni grillete con la bola pesada: un recorrido conceptual para pensar la discapacidad en la perspectiva de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad” (2010)
- FARAONE, S. “*Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones* 2013.

ANEXOS:

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN N° 0006

Santa Fe, Cuna de la Constitución Nacional,

17 de Diciembre de 2015;

Vistos:

El expediente N° 00501-0142655-7 del S.I.E., mediante el cual la Dirección Provincial de Salud Mental propicia la formalización del Centro Cultural “Gomecito”, como Dispositivo de Salud sustitutivo a las lógicas manicomiales; y

Considerando:

Que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, tiene, por objetivo asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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, (artículo 3°, 1er Párrafo);

Que tanto la normativa nacional como la Ley Provincial N° 10.772 rezan que en el proceso de atención de la salud mental deberán privilegiarse el ámbito extra hospitalario, las alternativas que menos restrinjan la libertad de los pacientes y la conservación de sus lazos familiares y sociales (artículo 9° de la Ley Nacional y 1°, 2do. Párrafo, de la Provincia);

Que en ese sentido el Estado, a través de dicha legislación nacional, les reconoce a las personas con padecimiento mental: “a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada (...); 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” –artículo 7°-;

Que el artículo 18° de la reglamentación de la citada Ley N° 10.772, aprobada por el Decreto N° 2155/07 establece que “Para alcanzar la transformación se deberá promover la sustitución progresiva y gradual de los hospitales psiquiátricos, por medio de su transformación bajo la modalidad de Hospitales Interdisciplinarios y de la creación de los diferentes servicios alternativos (...). La transformación de los Hospitales Psiquiátricos tendrá como objetivo la erradicación de las lógicas manicomillos; medicalización de los padecimientos subjetivos, internación por tiempo indeterminado, aislamiento social,

silenciamiento, ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas, perpetuación de las medidas de seguridad”;

Que ambas leyes propugnan la sustitución de las lógicas manicomiales y el reforzamiento de dispositivos alternativos que tiendan a la “inclusión social, laboral y la atención en salud comunitaria...” (Artículo 11° de la Ley Nacional N° 26.657);

Que la creación de dispositivos de sostenimiento de los procesos de externación e inclusión social de usuarios del servicio de salud mental, se basa 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 lógicas manicomiales;

Que a través del Centro Cultural “Gomecito”, dispositivo de asistencia en talleres e instancias colectivas, se propone alojar socialmente de otro modo a la “locura”, e interferir e intentar desmontar los circuitos de institucionalización, tutelaje y cronificación de personas con padecimiento subjetivo, construyendo estatuto de ciudadanía;

Que el mismo está 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, entre ellas: el programa de radio FM “Tardes Nuestras”, la revista “Renacimiento 22” – entre otras publicaciones más pequeñas- que se edita dos veces al año, y la asamblea de usuarios;

Que dicho dispositivo se ofrece como soporte para el acompañamiento de la construcción de lo cotidiano, atención en crisis, espacios de atención individual que se requieren para poder propiciar el pasaje por el centro cultural, asesoramiento y orientación respecto de otros espacios e instituciones de la cultura, gestión asociada a fortalecer los proyectos productivos desde la perspectiva de la economía solidaria;

Que entre los principales objetivos se encuentran: constituir un soporte social y cultural para los usuarios cotidianos, para mejorar sus condiciones de vida encontrando un lugar de apoyo para la reconstrucción de sus proyectos de vida y sus lazos familiares y sociales; contribuir a una política de inversión del estigma de las personas invalidadas por el sufrimiento psíquico y por sus dificultades de convivencia con la sociedad, siendo participes en la producción cooperativa, en la activación de intercambios sociales, en el fomento del respeto y la validación social, con la promoción de actividades sociales y

culturales, presentaciones artísticas y gestiones laborales, y facilitando la inclusión de los participantes y socios en centro culturales, comunitarios, etc.,

Que en definitiva, la propuesta formulada por la Dirección Provincial de Salud Mental pretende lograr el reconocimiento y formalización como Dispositivo de Salud sustitutivo de la lógica manicomial, y resolver la precariedad en la que se venía sosteniendo el funcionamiento de éste y de otros dispositivos alternativos, dándoles institucionalidad para que queden incluidos como política de Estado y del Ministerio de Salud Provincial; ello mediante la gestión correspondiente, aportando diseño de funcionamiento basado en las experiencias actuales para próximas propuestas de características similares a la presente;

Que por los motivos expuestos precedentemente, se estima procedente la medida propuesta, la cual se sustenta además de los artículos 19° de la Constitución Provincial y 24°, inciso 1), de la Ley de Ministerios N° 13.509;

Que ha tomado de intervención de su competencia la Dirección General de Asuntos Jurídicos, sin formular objeciones al trámite (fs. 7);

POR ELLO: EL MINISTERIO DE SALUD

Resuelve:

Artículo 1°.- Formalizase como Dispositivo de Salud sustitutivo a las lógicas manicomiales, al Centro Cultural “Gomecito”.

Artículo 2°.- Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.

Bioq. MIGUEL GONZALEZ

Ministerio de Salud

Entrevista a la Lic. en Trabajo Social Laura Coll, integrante del equipo de coordinación del Centro Cultural Gomecito

- ¿De quién depende el “Centro Cultural Gomecito”? ¿Cómo es la relación con el Hospital Agudo Ávila?

L.C.: EL Centro Cultural es un dispositivo del Agudo Ávila, la dependencia es Plena. Algunos trabajadores tienen relación contractual y otros son trabajadores de

planta. Otros están dependiendo del contrato y/o cargos de la dirección de salud mental. Pero el 95% de los trabajadores tienen una relación contractual con el Agudo Ávila

El espacio físico pertenece al Agudo Ávila, al igual que los usuarios en su gran mayoría. Hay cada vez más usuarios de otros efectores que han tenido o tienen alguna relación con el Hospital por controles o por alguna atención puntual y se han referenciado con el espacio y más allá que su tratamiento no se sostenga en esta institución siguen participando del centro cultural.

- ¿Cuándo se crea el “Centro Cultural Gomecito”?

L.C.: en el 2009 se transforma en el centro cultural Gomecito, pero desde muchos años antes hubo participación. Originariamente era un centro de día, después pasó a ser una Biblioteca Popular, que dependía de la CONABIP. La persona que estaba a cargo era una psicóloga.

Lo que pasaba es que como era una Biblioteca Popular no tenía un copulo que la asista; la persona que estaba a cargo, tenía muchas dificultades con el estado en que venían las personas; es decir si estaban limpias, si no estaba limpios; por lo cual durante mucho tiempo funciono para una sola persona. Entonces ahí se empieza a pelear, en la segunda gestión de Horacio Bucci. Durante su gestión, se habilitaron muchas cosas y de ahí en adelante se crea el espacio Gomecito, en el 2009.

-Actualmente, ¿Quién está a cargo del equipo de coordinación del centro cultural?

L.C.: Leonardo Parón, y Julieta Morandi, son psicólogos y yo, Laura Trabajadora Social. Este es el Equipo de coordinación

- ¿Se encuentra algún otro profesional dentro del Gomecito?

L.C.: Hay un equipo de trabajo que lo conforman los talleristas, los cuales sostienen los espacios. Hay una musicoterapeuta, una licenciada de comunicación social, un profesor de educación física. La tallerista de papel y cerámica, una profesora de Yoga, una trabajadora social que está como profesora de panificación, también hay una trapista ocupacional, una psicóloga que hizo prácticas de pregrado acá, y por el momento sostiene el espacio como voluntaria, y acompaña el taller de papel, y también

sostiene el espacio de ventas. Y Gladys que es empleada del hospital, se sumó este año para acompañar.

- ¿Cuál es tu rol dentro del centro cultural?

L.C.: Yo, ahora estoy en la coordinación del espacio. En primer lugar, somos un equipo. Este espacio tiene la particularidad, a diferencia de otros centros culturales, que trabaja con la población que asiste al Hospital psiquiátrico. Es una población de adultos y muchas veces o en general es necesario replicar referentes.

Desde el vamos, desde un primer momento siempre fueron psicólogos, primero fueron 4 y luego una psicóloga se fue. Dentro de la institución se habían armado dos dispositivos: el de talleres y el de Instancias colectivas, que en un momento confluyen en el centro cultural y permanecieron como dos lógicas que ahora intentan ser una misma, que incorpora diferentes modalidades. La diferencia es que una de las Patas fuertes que sostenía Instancia Colectivas era la asamblea de usuarios. A partir de ciertas dificultades institucionales, por lo que sucedía con la asamblea, por lo que se traía como denuncia, por los efectos de la asamblea; quienes coordinábamos la asamblea en ese momento, que veníamos más de la mano de Instancias colectivas, éramos dos trabajadores sociales, Alberdi y yo, que integrábamos el equipo de internación en ese momento, nosotros éramos quienes quedábamos asumiendo el lugar de voceros de esa asamblea, y lo hacíamos también con una de las abogadas. Esto trajo serias dificultades porque quedábamos nosotros sosteniendo denuncias contra nuestros compañeros de trabajo, entonces empezamos a evaluar y el efecto rebote de lo que sucedía con los compañeros de trabajo, lo recibían los pacientes. Entonces, la asamblea no tenía el efecto deseado, por lo tanto se empezó a pensar la posibilidad de externar la asamblea de usuarios y fue así como a partir de un proyecto que se da en la extensión universitaria de la facultad de psicología, nosotros integramos ese proyecto ya por fuera, y quienes sostienen y llevan adelante la asamblea de usuarios ya no es solo del Agudo Ávila, sino que intervienen otros efectores, son los compañeros de psicología. Son los últimos jueves de cada mes; y el proyecto lleva el 2do año consecutivo que logra financiamiento de extensión universitaria. Por lo tanto instancias colectivas quedó sin actividad específica.

Así fue que en el tiempo yo participaba de la coordinación de la asamblea y de la coordinación del programa de radio que tampoco se hacía más acá, sino que hace ya 10 años, se realiza en FM.

Después de un tiempo; yo ya hacía 10 años que estaba en la institución y decido, a partir de que una compañera de acá se corre, quedando una vacante en este lugar, yo venía sosteniendo estos espacios con bastantes horas dedicadas al centro cultural, decidí correrme absolutamente de la internación y así ocupar uno de los lugares de coordinación. Siempre fue necesario y se pensaba que se debía romper con la lógica de que todos los que coordinaban tenían que ser psicólogos, por una cuestión de miradas, de saberes y ahí es cuando se inserta el trabajo social como otra disciplina dentro del espacio de coordinación. Si bien la tarea deja de ser meramente asistencial, ésta coordinación tiene un piso asistencial. Porque asumir esta coordinación y trabajar en estos espacios, lo asistencial aparece como intermitente. Desde acá se escucha a los pacientes que vienen, las demandas que vienen acá no tienen que ver solamente con la organización del espacio, sino con la escucha más particular, y desde acá consideramos que hay que hacerle lugar y por lo tanto se escucha como trabajadora social.

La idea, en este espacio, no es sostener el tratamiento. Intentamos que nuestras escuchas aporten a la circulación y a la permanencia en el espacio. Se intenta trabajar lo particular de alguien para que continúe estando acá a pesar de su malestar. Entonces hay una pata, asistencial, una pata de trabajo cotidiano, es decir de poner en funcionamiento las actividad cada día, todos los días; garantizando que las personas que deben ocupar los espacios, estén (los talleristas).

La coordinación es sostener los espacios más asistenciales en la medida que corresponde, generando el recorrido para que esa persona reciba la asistencia donde corresponda. La función principal de la coordinación es que esto se ponga en marcha todos los días, es decir abrir las puertas que los talleres funcionen, hacerse cargo de todas las actividades. Es todo el engranaje que implica poner en funcionamiento este espacio, que si bien depende un 70% de la Institución, hay muchas cosas que las resolvemos desde acá. Tenemos un nivel de autonomía, no de autarquía, porque no tenemos el financiamiento para hacerlo que sería mucho más interesante y es por lo que estamos peleando, digamos para poder tener de q manera sortear los obstáculos que implican el uso del dinero que es lo que nos está haciendo más obstáculos en un punto.

- ¿Cómo es la relación con los otros efectores? ¿Cómo es la llegada? ¿Hay alguna normativa, para que puedan acceder al espacio?

L.C.: En un momento, esto estuvo abierto solo para los pacientes internados. Desde un tiempo hasta esta parte nosotros venimos sosteniendo la necesidad de la apertura para que el objetivo del centro cultural, que es hacer lazo con la cultura, se cumpla. Consideramos que la cultura no se encierra en estas cuatro paredes. Entonces para eso primero hubo que hacer un movimiento, ese movimiento implicó abrir la puerta, a otros efectores, a la comunidad, para que se permita el intercambio, el lazo con la cultura con lo social; más allá de las paredes de la institución. Entonces, desde hace un tiempo, empezamos con esa apertura; lo cual necesariamente implicó hacer lazos con otros efectores y a poner criterios. Vale aclarar que es una realidad que somos un equipo importante de gente no menor, pero también el tiempo es limitado. Así fue que ese año empezamos a abrir espacios con horarios más vespertinos y nos estamos repartiendo como podemos para sostenerlo, porque ahí sí que no tenemos más recursos. No llegamos a duplicar el horario, pero sí a poner todas las mañanas algunas actividades, mas algunas a la tarde. Es una prueba piloto porque lo estamos haciendo con los tiempos que tenemos.

El único criterio que tiene que ver con el ordenamiento, es que cada uno que venga, no sea un número de historia clínica, sino que tenga un lugar, un nombre, que pueda recorrer, elegir a q va a venir, hacerle un lugar y un tiempo a la recepción de esa persona. Por eso establecemos como criterio que quien se incorpora como nuevo integrante del espacio tenga un día de admisión, que no determine si entra o no entra, si lo admitimos o no lo admitimos, sino que hacerle lugar a la llegada. Saber quién es, algo mínimo de su historia, saber que lo motiva de venir acá, cuales son los intereses, ofertarles la grilla, que le interesaría, hacerle lugar a esa llegada. El vínculo es a través del equipo de trabajo, que intentamos que todas las personas que se acercan tengan un referente terapéutica, intentamos porque tampoco le decimos que no a alguien que no tiene. En todo caso lo que se hace es trabajar con el que no lo tenga. Porque justamente no es cualquier centro cultural y como está atravesado lo terapéutico, está atravesada la cuestión de la asistencia en salud mental. Nosotros necesitamos de referentes sino nos tornamos un espacio de tratamiento, y esto no queremos que pase porque si no cada vez en lugar de ir más para afuera, va más para adentro. Acá lo que se hace es que el

tratamiento aparezca en otro marco, que aparezca quien lo escuche, pero es cada vez y es con cada quien.

- ¿A quién se refieren con comunidad? ¿Cómo es la relación con esa comunidad? ¿Su participación es medida?

L.C.: Depende mucho de la convocatoria, nosotros en general las actividades que son abiertas a la comunidad son abiertas a la comunidad en general, el que tiene ganas de venir, la idea es esa, es una apuesta. Hay que desatar algunos caminos para que la comunidad llegue.

Hay un piso de restricciones producto de que este espacio está asociado con el manicomio, entonces no es tan fácil meterse en el manicomio. Este es el mayor trabajo, el cual, hoy, está puesto afuera, es decir convocar, publicitar los espacios, trabajar con el boca en boca, con el grupo de artistas amplio que viene ofreciendo sus espectáculos, su arte, o lo que fuere.

“Infusiones culturales” está abierta a la comunidad pero tiene una lógica que trabaja con la puerta que comunica con el área de internación abierta. Infusiones culturales es una actividad abierta a la comunidad pero con amplia participación de los pacientes internados. Se abre la puerta del centro cultural nosotros nos transformamos en los mozos del lugar, ofertamos la posibilidad a alguien de poder ver el espectáculo, y que puedan tomar algo. El artista que viene se le paga un cashe por la participación.

El otro espacio, que recién abrimos este año, es el de “Ensayo diferente” tiene otra lógica. La idea también es esa que haya muchas lógicas dentro del centro cultural. Porque no a todo el mundo les cuadra lo mismo, y ese día lo que se oferta es el espacio del salón para el ensayo y tenemos la lista de los artistas que participan durante todo el año. Se oferta esto, no se cobra el espacio, lo que si se pide es que quien venga a utilizar el espacio, permita la entrada del público. Y entonces quien quiere viene a ver el ensayo y ahí si se cierra la puerta del medio. Por lo tanto se instala un movimiento hacia adentro, deben solicitar un permiso, el quipo debe trabajar para gestionar ese permiso, trabajar el efecto de la salida. Entonces es marcar diferentes aperturas y cierres para que alguien se mueva también. El hecho de que la puerta se abra, la de internación, le facilita no solo a la gente llegar sino también a los equipos, los cuales descansan mucho si la puerta se abre. Pareciera que como la puerta se abre alguien puede venir en cualquier condición.

Viene una paciente que esta orinada y yo la acompaño a la internación para que se cambie y venga en condiciones.

- ¿Cuál es el objetivo del centro cultural? ¿A qué estrategias apelan para poder cumplirlo?

L.C: Yo creo que el primer objetivo es que exista el centro cultural, intentamos, todos los días, que siga adelante. El motivo tiene que ver q nosotros apelamos en el trabajo cotidiano que esto se transforme efectivamente en un espacio sustitutivo de lo manicomial. Y cuando digo sustitutivo, me refiero a que sustituya en termino de lógica de trabajo, porque el manicomio es una lógica no es un espacio físico. Las paredes de la institución no son maniocomiales, manicomial es el modo de hacer esa institución. Entonces esto puede seguir dependiendo de la institución Agudo Ávila y no necesariamente ser un manicomio.

Entonces el primer objetivo es sostener una lógica de trabajo que sustituya lo manicomial, desde la cultura. Porque además hay una apuesta y una condición de que no hay posibilidad de trabajar con la locura sino es a partir del lazo social y como ese lazo social se inserta en la cultura. La cultura en términos generales, la cultura que uno puede leer en el Malestar de la cultura de Freud.

Desde un espacio cultural que abre una oferta a distintas actividades y como esas actividades permiten el lazo con el afuera. Yo creo que la apuesta es esa, que alguien que transite por este espacio logre a partir de su pasaje por acá, poder armarse cada uno desde el lugar que le sea posible y desde ahí poder enlazarse con la cultura y este es el objetivo más ambicioso digamos. Las estrategias son difíciles de enumerarlas, pero la modalidad de trabajo es la primera estrategia, es que no de lo mismo que una puerta esté abierta, no da lo mismo que alguien venga en algunas condiciones o no venga, porque todo eso hace a como uno se enlaza. La cultura tiene esquemas que permiten que yo pueda vivir en mi casa y no tenga que vivir en un manicomio, instala códigos de convivencia, modos de establecer un lazo social. Lo que quiero decir, entonces, es que alguien que se ubica o que por “x” motivo se encuentra en ese lugar, genera un malestar.

Nos planteamos también otro objetivo, que es como trabajar hacia el afuera, nos preguntamos ¿que de esa locura es posible acomodar? y ¿qué hay que soportar de esa cultura? permitiendo el lazo, desde las diferencias, porque ninguno de nosotros nos manejamos de la misma manera, todos hacemos de un modo diferente ese alzo, entonces como incorporar la posibilidad de que eso, en algún momento de la historia, eso que solo tenía un lugar desde el encierro, tenga una acción hacia el afuera, con éstos apoyos necesarios, que todos necesitamos para poder defender nuestra vida, y en estos casos el apoyo pasa por este lugar en otros casos pasara por otros, pero que el obstáculo no sea esto que se nombra como lo patológico sino que hablamos de diferentes estructura y la sociedad tiene que prepararse para esas estructuras.

En ese sentido es todo un trabajo a realizar, creo que políticamente algunos actos son saludables en ese sentido porque acompañan estos procesos de desmanicomialización, de construcción de la locura como peligrosa, es lo que permite hacer lugar a las diferencias, porque sociedades como las nuestras altamente normalizadas no permiten el lugar a lo diferente. El trabajo es ese borrar esa diferenciación sin borrar la diferenciación, es borrar eso que marca que hay uno que puede y uno que no puede. Partimos de un esquema social donde alguien determino que era normal y que no era normal. Las normas son enunciados, que apoyan una lógica de trabajo, son herramientas que nos permiten pelear por algo más. Para quienes venimos sosteniendo esta modalidad de la practica desde hace mucho tiempo se necesitan herramientas que apoyen en este sentido, después uno lo q hace es intentar hacer cumplir esas herramientas para que se tornen viables, pero ya es un argumento más, porque no da lo mismo que este o no este la ley nacional. Pone en un piso de igualdad y exigencias a todas las provincias argentinas; permite y habilita un montón de cuestiones, entonces claramente establece pautas para esa transformación. Es un modo de encuadrar una línea de trabajo.

Son modos de establecer ordenamientos y no da lo mismo que este o no este. Hubo que hacer las fuerzas necesarias desde las organizaciones más de base, del trabajador, el usuario. Entonces no da lo mismo a que esté esta ley a que no esté, porque no había ley nacional y que cada provincia armara la propia. Son paraguas de trabajo, nada de eso garantiza que las cosas se modifiquen por la sola existencia de la ley, son herramientas que después tienen que estar acompañadas por otros actos políticos, en

cada lugar de trabajo. Son herramientas de los trabajadores, y como herramienta para reclamos de derechos. Uno se toma de esto para fortalecerse de argumentos

- Podrías nombrarnos que talleres o actividades, concretamente se realizan en el espacio del Centro Cultural

La grilla de talleres, durante la mañana arranca los lunes a las 8.30 con panificación; éste es un grupo cerrado. Es el único taller cerrado, se van liberando cupos a partir de que alguien deja el espacio. En especial porque se trabaja en un espacio muy reducido, manipular elementos cortantes; por esta razón debemos realizar todo un recorrido para que sea posible.

Los lunes a las 10 de la mañana, cerámica. Ahora estamos viendo, porque tuvimos un grave problema con el horno de cerámica y a las 10.30 está el espacio de “yo sí puedo”.

Los martes por la mañana hay “taller de jardinería” y sala de estar; sostenido este último por la compañera terapeuta ocupacional, en la guardia. Se intervino, y se trabajó mucho para lograr el espacio de la guardia, es una salita minúscula, logró transformarse en la sala de estar de la guardia. Se sacó las camillas que había, no se internó a más a nadie, y se transformó físicamente, se puso una televisión, pasamos películas, se llevan juegos, depende el día que tengan ganas de hacer. Este es otro espacio que se sostiene los martes, y a la tarde hay yoga, y a las 15 hs. se sostiene un espacio de cuerpo en movimiento que sostienen dos profesoras, que se incorporaron de la municipalidad, logramos por el momento abrir el juego. Esta actividad es abierta a la comunidad.

Los miércoles a la mañana está el taller de revista, también esta yo sí puedo y a la una se van a aire libre a sostener el espacio de radio. Julián a la tarde sostiene el taller verde.

Los jueves a la mañana está el espacio de radio abierta y el taller de papel, en simultáneo. Y a la tarde viene Julián con taller verde. Y a la tarde se filma luces calientes en el salón.

Los viernes a la mañana está el taller de varieté y en general hay actividades por la tarde; una vez por mes Infusiones y ensayo diferente.